



HOSPITAL DE LA MUJER

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER

APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL TRATAMIENTO
DE LA AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE
AGUASCALIENTES EN EL AÑO 2020

PRESENTADO POR
ARMANDO ARTURO ROBLES MARTINEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

ASESOR (ES)
DR. DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE
DRA. MARIA DEL CONSUELO ROBLES MARTINEZ
DR. JAVIER GONGORA ORTEGA

AGUASCALIENTES, AGS., AGOSTO 2021.



ISSEA
SECRETARÍA DE
SALUD DEL ESTADO
DE AGUASCALIENTES

Contigo al 100 COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

AGUASCALIENTES, AGS. 13 DE AGOSTO DEL 2021.

A QUIEN CORRESPONDA:

EL COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, BASADO EN LOS ESTATUTOS CONTENIDOS EN EL MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, HA TENIDO A BIEN REVISAR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN INTITULADO.

“APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES EN EL AÑO 2020”

OTORGANDO EL DICTAMEN DE “ACEPTADO” NÚMERO DE REGISTRO: 12 ISSEA-021/12

INVESTIGADOR(ES) DE PROYECTO:

DR. Armando Arturo Robles Martínez

SESORES:

Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre.

Dra. María del Consuelo Robles Martínez.

LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

Hospital de la mujer.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Clínica, para la obtención del grado de especialista en ginecología y obstetricia.

ESPERANDO QUE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REDUNDE EN BENEFICIO A NUESTRA POBLACIÓN, QUEDAMOS A SUS ÓRDENES.

ATENTAMENTE:


DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA
SECRETARIO TÉCNICO
C.C.P.- ARCHIVO





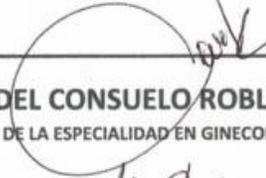
APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL TRATAMIENTO DE LA
AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE
AGUASCALIENTES EN EL AÑO 2020



DR. LEOPOLDO CÉSAR SERRANO DÍAZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES



DRA. MARTHA HERNÁNDEZ MUÑOZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN



DRA. MARÍA DEL CONSUELO ROBLES MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. JAVIER GONGORA ORTEGA
ASESOR METODOLÓGICO



**DR. DANIEL ELY
BRAVO AGUIRRE**



**DRA. MARIA DEL CONSUELO
ROBLES MARTINEZ**

ASESORES CLÍNICOS DE TESIS





DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 20/08/21

NOMBRE: ARMANDO ARTURO ROBLES MARTINEZ

ID 64578

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LGAC (del posgrado):

Obstetricia

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis

() Trabajo práctico

TITULO: APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES EN EL AÑO 2020

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE GUÍA CLÍNICA ANTE AMENAZA DE ABORTO

INDICAR SI/ NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnologica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si x

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dra. Paulina Andrade Lozano

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

INDICE GENERAL

	página
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1 Marco teórico	4
1.1 Epidemiología.....	4
1.2 Cuadro clínico.....	5
1.3 Uso del ultrasonido obstétrico en la amenaza de aborto.....	5
1.4 Etiología.....	7
1.5 Clasificación de la amenaza de aborto.....	9
Capítulo 2 Marco conceptual	10
Capítulo 3 Antecedentes científicos.....	11
Capítulo 4 Justificación.....	12
4.1 Magnitud e impacto.....	13
4.2 Aplicabilidad.....	13
4.3 Factibilidad.....	13
Capítulo 5 Planteamiento del problema.....	13
5.1 Pregunta de investigación.....	14
5.2 Hipótesis.....	14
5.3 Objetivos.....	15
Capítulo 6 Material, muestra y métodos.....	15
6.1 Tipo de estudio.....	15
6.2 Universo de estudio.....	16
6.3 Variables.....	16
6.4 Selección de la muestra.....	20
6.5 Criterios de selección.....	21
6.6 Recolección de la información.....	21
6.7 Análisis estadístico.....	22

6.8 Consideraciones éticas.....	22
6.9 Recursos para el estudio.....	22
6.10 Cronograma de actividades.....	23
6.11 Difusión de la investigación.....	23
Capítulo 7 Resultados.....	23
Discusión.....	29
Conclusiones.....	30
Sugerencias.....	30
Glosario.....	30
Referencias bibliográficas.....	31
Anexos.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

1. Causas de pérdida temprana del embarazo.....	8
2. Clasificación y conceptos de tipos de aborto.....	10
3. Cédula de verificación.....	16
4. Operacionalización de las variables	17
5. Plan de trabajo programado agosto 2021.....	23

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Grupos por edad.....	23
2. Número de gestaciones.....	24
3. Comorbilidades.....	25
4. Tiempo de inicio del tratamiento.....	25
5. Modificaciones cervicales.....	26
6. Ingesta de multivitamínicos.....	26
7. Toxicomanías.....	27
8. Tratamiento.....	28

RESUMEN

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino, con o sin presencia de contracciones uterinas antes de las 22 semanas de gestación, cuya característica principal es la ausencia de modificaciones cervicales. El estudio ultrasonográfico debe revelar que el producto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Esta patología se presenta en el 20 al 25% de los embarazos y hasta el 50% de ellos lo presentarán antes de la semana 8.

La adherencia a la Guía de la Práctica Clínica en el diagnóstico, manejo y tratamiento de la amenaza de aborto es una acción indispensable en la recepción de urgencias de la paciente embarazada, para el adecuado uso de los insumos clínicos. Garantizar su aplicación en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes es el objetivo del presente documento.

La población de estudio son las pacientes atendidas en el área de urgencias y hospitalizadas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, durante el año 2020. El cálculo de la muestra se realiza con la fórmula de proporción de una variable en la población, con un coeficiente de variación de 10%. Es un estudio observacional, descriptivo, transversal.

Se establecen variables de edad, semanas de gestación, número de gestaciones, índice de masa corporal, comorbilidades de las pacientes, tiempo en el que se inició el manejo, manejo establecido y toxicomanías.

La herramienta para validar el apego a la Guía de Práctica es la Cédula de Verificación a las recomendaciones clínicas donde se enumeran los puntos clave durante el diagnóstico, manejo y tratamiento de la amenaza de aborto: prevención, detección, pronóstico y tratamiento.

El apego por parte del personal del Hospital alcanzó el 91.25%, lo cual es muy adecuado y conveniente para asegurar la calidad de la atención.

Palabras Clave: amenaza de aborto, pérdida gestacional, aborto, aborto espontáneo

ABSTRACT

The threat of abortion is the presence of intrauterine bleeding, with or without the presence of uterine contractions before 22 weeks of gestation, the main characteristic of which is the absence of cervical changes. The ultrasound study should reveal that the product shows signs of life (heart beat or movement). This pathology occurs in 20 to 25% of pregnancies and up to 50% of them will present it before week 8.

Adherence to the Clinical Practice Guide in the diagnosis, management and treatment of the threat of abortion is an essential action in the reception of emergencies of the pregnant patient, for the proper use of clinical supplies. Guaranteeing its application in the Aguascalientes Women's Hospital is the objective of this document.

The study population is the patients treated in the emergency area and hospitalized at the Aguascalientes Women's Hospital, during the year 2020. The sample is calculated with the formula for the proportion of a variable in the population, with a coefficient of variation of 10%. It is an observational, descriptive, cross-sectional study.

Variables of age, weeks of gestation, number of pregnancies, body mass index, comorbidities of the patients, time in which management began, established management and drug addiction were established.

The tool to validate adherence to the Practice Guide is the Certificate of Verification of the clinical recommendations where the key points are listed during the diagnosis, management and treatment of the threat of abortion: prevention, detection, prognosis and treatment.

The adherence of the Hospital staff reached 91.25%, which is very adequate and convenient to ensure the quality of care.

Key Words: threatened abortion, gestational loss, abortion, spontaneous abortion

INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto es una de las patologías más comunes que acontecen durante la gestación, siendo esta la causa número uno de los sangrados durante la primera mitad del embarazo, en el cual se afectan aproximadamente de 20% a 25% de los embarazos. Durante este periodo se encuentra en riesgo el embarazo que aún no es viable. 50% de las amenazas de aborto ocurren dentro de las primeras ocho semanas de gestación.¹ (A Peguero, 2019)

La frecuencia de ésta patología es significativa por regiones. Ucrania reporta entre 36 a 40 000 pérdidas del embarazo anualmente. El 10% de los embarazos reconocidos clínicamente se pierden, y un 5% de las mujeres pueden presentar dos abortos consecutivos.² (Nepiyivoda, 2020)

En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes se atendieron un total de 20 620 urgencias, de las cuales, 953 (4.6%) se manejaron con diagnóstico de amenaza de aborto, de éstos se hospitalizaron 71 (7.4%). La aplicación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) del diagnóstico, manejo y tratamiento de la amenaza de aborto mexicana garantiza el uso adecuado de insumos hospitalarios, así como el abordaje clínico y manejo integral para la atención con calidad de la usuaria.

Se analizan 61 expedientes seleccionados aleatoriamente para su revisión y verificación del apego a través de la cédula de verificación, e identificar las áreas de oportunidad para mejora de la atención médica y estandarizar el manejo por parte de los especialistas.

El resultado final de la evaluación aplicando las recomendaciones evaluables en la cédula de certificación de la guía concluye que 91.25% cumple con el apego a la Guía de Práctica Clínica.

CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) reporta que aproximadamente 30% de los embarazos presentan sangrado transvaginal durante el primer trimestre del embarazo. Las complicaciones más comunes, de no hacer el diagnóstico oportuno, son la pérdida del embarazo o un diagnóstico erróneo que conlleve a incrementar la morbilidad materno fetal.³ (Sarah Prager, Vanessa K. Dalton, & and Rebecca H. Allen, 2018)

Se sabe que el riesgo de amenaza de aborto es más alto en mujeres mayores de 35 años, con antecedente de pérdida gestacional recurrente o con alguna enfermedad sistémica⁴ (CENETEC , 2020) además, se asocia al incremento de riesgo obstétrico, la amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacer.⁵ (NICE, 2012)

1.1 Epidemiología.

La frecuencia de pérdida temprana del embarazo, clínicamente reconocida para mujeres de entre 20 y 30 años es de 9% a 17%; ésta tasa aumenta bruscamente a 20% a partir de los 35 años, hasta 40% en los 40 años y en 80% a partir de los 45 años.³ (Sarah Prager, Vanessa K. Dalton, & and Rebecca H. Allen, 2018)

La incidencia de un aborto clínico abarca hasta 15% del total de los embarazos y destaca que no siempre son evidentes los mecanismos que causan el aborto en las primeras doce semanas del embarazo, pero aproximadamente 50% de todos los casos de pérdida temprana del embarazo, se deben a anomalías cromosómicas fetales y los factores de riesgo más comunes son identificados en las mujeres con pérdida temprana radican en la edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo.⁵ (NICE, 2012)

1.2 Cuadro clínico.

Las principales características clínicas identificadas clásicamente en una amenaza de aborto consisten en la presencia de sangrado transvaginal y dolor en hipogastrio irradiado hacia región lumbar, con ausencia de modificaciones cervicales. También han sido identificados como factores de riesgo la amenaza de aborto en gestaciones previas; comorbilidades maternas como enfermedad cardiaca (hipertensión arterial), enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, índice de masa corporal mayor a 18, tabaquismo y uso de drogas recreativas; y las infecciones urinaria y vagina.³ (Sarah Prager, Vanessa K. Dalton, & and Rebecca H. Allen, 2018)

Si se presenta un cuadro de sangrado genital durante el primer trimestre de la gestación se debe realizar una evaluación clínica completa, sobretodo para determinar si el sangrado proviene de cavidad uterina, del cérvix, la vagina o algún sitio extragenital. A través de ultrasonido vaginal se debe determinar la viabilidad embrionaria, si éste tiene una longitud craneo-cauda de 5 mm, la actividad cardiaca debe ser visible.⁶ (Sotiriadis, 2004)

1.3 Uso del ultrasonido obstétrico en la amenaza de aborto.

En un embarazo normal el feto viable puede ser visualizado a partir de las cinco semanas de gestación a través de un ultrasonido transvaginal, y a partir de las seis semanas de gestación, en un ultrasonido abdominal; es a partir de esta semana que el riesgo de un aborto tiene aproximadamente 15% a 30% de ocurrir; sin embargo, esta probabilidad disminuye de 5% a 10% a partir de la séptima a la novena semana de gestación, y aún es menor a 5% después de la novena semana de gestación.⁴ (CENETEC , 2020)

Existen marcadores de mal pronóstico ultrasonográficos, como la bradicardia fetal (menos de 110 latidos por minuto), discrepancia entre la edad ultrasonográfica y la amenorrea mayor a una semana y la discrepancia entre la edad del saco

gestacional y la longitud cráneo caudal. Estos tres incrementan el porcentaje de un 6% de pérdida del embarazo cuando ninguno de estos está presente, a un 84% cuando los tres están presentes.⁶ (Sotiriadis, 2004)

Las indicaciones para realizar ultrasonido durante el primer trimestre son

1. Documentar la viabilidad del producto
2. Documentar la edad gestacional del embarazo.
3. Previo a interrupción del embarazo
4. Durante los procedimientos de diagnóstico o tratamiento que requieren guía visual como biopsia de vellosidades coriales, o cerclaje cervical.
5. En caso de embarazo múltiple determinar la corionicidad y amniocidad.
6. En sospecha de embarazo ectópico, embarazo molar o masas pélvicas.
7. Durante la semana 11-14 para revisar la anatomía básica fetal, en mujeres con riesgo alto de anomalías estructurales o genéticas fetales.
8. Tamizaje genético prenatal midiendo translucencia nucal y en el protocolo de consejo genético.
9. En el protocolo de tamizaje de preeclampsia.⁷ (Van den Hof, 2019)

En los embarazos intrauterinos con viabilidad incierta en los que se observe un saco gestacional con un diámetro mayor a 25 mm, pero sin saco vitelino con, la pérdida del embarazo se debe corroborar 14 días después si no se observa embrión con actividad cardíaca (grado de evidencia C). En embarazos intrauterinos con viabilidad incierta con embrión mayor de 7 mm a través de ultrasonido transvaginal la sospecha de pérdida del embarazo se da 7 días después (grado de evidencia C). si la gonadotropina coriónica humana es de al menos 3510 IU/l debe observarse un saco gestacional intrauterino.⁸ (Huchon, 2016)

En Brasil encontraron 4.5% de hematomas intrauterinos en 783 embarazos, de los cuales tuvieron una mayor proporción de abortos, presentando un diámetro mayor del saco vitelino. Pero la frecuencia cardíaca embrionaria fue determinante para el predecir aborto ($p= 0.017$).⁹ (Borges Peixoto, 2018)

La GPC de Canadá recomienda hacer el diagnóstico de:

1. Muerte embrionaria si éste mide más de 7 mm y no muestra actividad cardiaca (II-2A).
2. Embarazo anembriónico si el saco gestacional mide más de 25 mm de diámetro y no se encuentra evidencia de embrión. (II_A)
3. Pérdida gestacional temprana en pacientes asintomáticas sin evidencia de saco gestacional a los 7 -10 días. (III-A)
4. Riesgo alto de embarazo ectópico si los valores de la β -hCG excede 2000-3000 mIU/mL y no se detecta saco gestacional intrauterino.
5. Embarazo no viable si la β -hCG no incrementa antes de la semana 7, al menos 55% cada 48 horas.¹⁰ (Lucie Morin, 2016)

1.4 Etiología.

Dentro de la etiología identificada en la amenaza de aborto, se describe, históricamente el hematoma subcorial (42.9%), ruptura de seno placentario marginal y hemorragia subcorial; aunado a la presencia de sangrado transvaginal, el cual puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical, antes de la semana 22 de embarazo.⁴ (CENETEC , 2020)

Aunque se pueden encontrar diversos puntos de vista sobre el concepto de amenaza de aborto temprano entre las diferentes literaturas analizadas, se destaca que ésta existe dentro de un embarazo menor a catorce semanas de gestación. Aproximadamente 50% de todos los casos de pérdida temprana del embarazo, según la ACOG (2018), se debe a anomalías cromosómicas fetales.³

Los factores de riesgo más comunes identificados en mujeres con pérdida temprana del embarazo son: la edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo.

La Tabla 1 muestra las principales causas y factores que llevan a la pérdida de un embarazo temprano:¹¹

Tabla 1: Causas de pérdida temprana del embarazo	
Causas de aborto 1º y 2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> – Las anomalías embrionarias provocan del 80 al 90% de los abortos espontáneos en el primer trimestre. –Las anomalías cromosómicas son las causas más comunes de aborto espontáneo (90% son errores citogénicos y morfológicos). –Anormalidades cromosómicas se encuentran en más del 75% de los fetos que cursan con amenaza de aborto durante el primer trimestre. –La frecuencia de anomalías cromosómicas incrementa con la edad materna (mayores de 35 años).
Factores maternos agudos	<ul style="list-style-type: none"> –Infecciones (rubeola, citomegalovirus, ureaplasma, listeria, micoplasma y toxoplasmosis). –Lesiones. –Choque emocional severo también puede ocasionar aborto durante el 1º y 2º trimestres.
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"> –Alcohol, tabaco, cocaína y otras drogas.
Factores Endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> –Se encuentran del 10 al 20% de los casos. –Deficiencia de la fase lútea (disfunción del cuerpo lúteo con producción deficiente de progesterona) es la causa endócrina más frecuente de la amenaza de aborto. –Hipotiroidismo. –Enfermedad de ovario poliquístico.
Factores infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> – Infecciones bacterianas, virales, parasitarias, fúngicas y zoonóticas asociadas con la recurrencia de aborto espontáneo.
Factores inmunológicos	<ul style="list-style-type: none"> –El desarrollo del embrión y el trofoblasto son considerados como inmunológicamente extraños para el sistema inmune materno. –Contribuyen a más del 60% de aborto recurrente espontáneo.
Factores varios	<ul style="list-style-type: none"> – Factores ambientales, medicamentos, enfermedad placentaria, iatrogénica y causas paternas. – Pueden ocasionar más del 3% de los abortos espontáneos recurrentes.
Edad y factores demográficos	<ul style="list-style-type: none"> –En mujeres menores a 20 años el aborto ocurre en el 12% de los embarazos. –En mujeres mayores a 20 años de edad ocurre en el 26% de los embarazos.

(Gaufberg, 2017)¹¹

1.5 Clasificación.

La Amenaza de Aborto se puede clasificar en Temprana cuando existe un embarazo menor de 14 semanas de gestación y la Amenaza de Aborto Tardía es aquella que se presenta entre las semanas 14-22 de gestación. Los signos clínicos y sintomatología ésta no cambia en relación con la Amenaza de Aborto Temprana, únicamente se clasifica de esta manera para enfatizar el desarrollo embrionario o fetal en la que éste se encuentra durante su desarrollo.

La atención de la pérdida precoz y recurrente de la gestación, por ser de origen multifactorial, requiere de atención especializada mediante la valoración clínica y estudios de laboratorio y gabinete para determinar su causa y ofrecer el tratamiento especializado para que se dé una atención prenatal precoz y adecuada.

Dentro de la peculiaridad sobre este tema, se debe enfatizar la prevención del aborto inducido evitando embarazos no planeados. Las acciones de prevención primaria, deben ser resultado de la atención también primaria de la salud y que requieren acciones que incluyan información, comunicación, educación social y del personal de salud; pero sobre todo, prestación de servicio de planificación familiar, en los cuales es menester ofrecer orientación y consejería, además de educar dentro de la gama amplia de métodos anticonceptivos (dentro de los que se incluye la anticoncepción de emergencia); para satisfacer las demandas y prioridades de la población usuaria en las diferentes etapas de su edad reproductiva.

Obviamente todos los servicios de información se deben otorgar con un absoluto respeto a la dignidad de los individuos y las parejas, así como al derecho a su libre decisión y en estricto apego a la normatividad vigente.

Se debe observar que existen medidas preventivas desde la preconcepción para que se pueda tener un embarazo saludable, así como tratamientos médicos oportunos y cambios en el estilo de vida que pueden prevenir la amenaza de aborto, sobre todo en aquellas pacientes con comorbilidades causantes de pérdidas gestacionales tempranas.⁴ (CENETEC, 2017)

En Canadá un estudio reportó que solo el 68% de las mujeres canadienses recibieron una ecografía prenatal en momento óptimo. Los factores que influyen para la realización de ultrasonido temprano son la provincia de atención prenatal, la edad materna y el país de nacimiento, y los antecedentes de aborto espontáneo.¹² (Abdullah, 2019)

CAPITULO 2. MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010)¹³ que determina la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica; la amenaza de aborto se define en la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina sin modificaciones cervicales antes de las 22 semanas de gestación. Así mismo, establece dentro de sus parámetros una clasificación de abortos, dentro de los cuales destacan (Tabla 2):

Tabla 2: Clasificación y conceptos de tipos de abortos	
Aborto en evolución	Presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) incompatibles con la continuidad de la gestación
Aborto inevitable	Presentación clínica que hace imposible la continuación de la gestación generalmente por la presencia de hemorragia genital intensa y/o la ruptura prematura de membranas, aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible
Aborto incompleto	Presencia de expulsión parcial del producto de la gestación y el resto se encuentra aun en la cavidad uterina
Aborto completo	Se corrobora la expulsión total del producto de la gestación y que no requiere evacuación complementaria
Aborto diferido	Presencia de muerte del producto de la concepción, no se expulsa de forma espontánea, generalmente existe el

	antecedente de amenaza de aborto
Aborto séptico	Cualquiera de las variedades anteriores a la que se agrega infección intrauterina

(CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA, 2010)¹³

Cabe señalar que para el diagnóstico y pronóstico; debe existir reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardíaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada y datos clínicos. Así mismo, el tratamiento de la Amenaza de Aborto debe estar enfocado en la etiología, las semanas de gestación y sintomatología, teniendo como objetivo principal evitar la pérdida de la gestación.¹³ (CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA, 2010)

CAPITULO 3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Los objetivos que tienen las guías de atención para la amenaza de aborto radican en establecer los criterios diagnósticos, determinar el manejo y tratamiento oportuno en el primer y segundo nivel de atención y dar a conocer los criterios de referencia de la paciente que cursa con amenaza de aborto, con el fin de mejorar la atención y calidad de la atención de las usuarias del Sistema Nacional de Salud.

Se ha evaluado la calidad de las GPC en tema de Ginecología y Obstetricia desde el año 2013 evaluando la adherencia a la GPC del Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio.¹⁴ (Hernández-Pacheco JA, 2013). Se han evaluado también la adherencia a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo¹⁵ (Escobar-Carmona, 2014), la GPC en pacientes con ruptura prematura de membranas en pretérmino donde se encuentra adherencia en el 76%¹⁶ (Navarrete-Guzman, 2014); la GPC en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia con apego intermedio en el Hospital de Especialidades del Niño y de la Mujer “Dr. Felipe Núñez Lara” en

Querétaro, México,¹⁷ (Rojas-Mancera, 2017); la GPC del control prenatal con enfoque de riesgo en embarazadas atendidas en la consulta externa en la unidad de medicina familiar número 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde también se encuentra debajo de las recomendaciones¹⁸ (Paz-Ramos MA, 2017); la GPC para control prenatal a adolescentes embarazadas¹⁹ (Álvarez-Huante Y, 2017). En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes en 2018, Valenzuela-Banda evalúa la adherencia a las GPC del control prenatal con enfoque de riesgo, preeclampsia y hemorragia obstétrica, encontrando igualmente a los trabajos anteriores, apego deficiente: 74.36% y 67.52%.²⁰ (Valenzuela-Banda, 2018).

CAPITULO 4. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de la amenaza de aborto se establece entre 20% y 25%. La prevalencia varía en relación con las semanas de gestación de la paciente, los conocimientos médicos con los que se cuenta el personal, a las instalaciones necesarias y los insumos necesarios para llevar a cabo la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de aborto.

Cabe señalar que a nivel mundial la mortalidad de un aborto varía o puede ser atribuible entre 4.7% y 12.3% en situaciones y poblaciones donde no existe la seguridad de servicios de salud necesarios para la atención de las pacientes; según datos del INEGI (2020), en México alcanza hasta 6%.²¹

La identificación de los criterios diagnósticos para determinar la amenaza de aborto, basados en GPC, permite implementar el manejo oportuno de la paciente en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, se reduce el riesgo de la pérdida gestacional, favorece mejorar las acciones de atención clínica médica basada en evidencia científica, para tomar decisiones sobre los distintos casos en circunstancias específicas. La adherencia a las guías garantiza el uso adecuado de los recursos hospitalarios.

4.1 Magnitud e impacto.

En el año 2020 del total de consultas en urgencias del Hospital de la Mujer, solo el 4.6 % se atendieron por la amenaza de aborto. A pesar de ser un porcentaje bajo en número se hospitalizaron 71 pacientes, por lo que es importante garantizar el buen uso de insumos y del gasto hospitalario, pues todas requirieron 24 hrs de internamiento y estudios complementarios de laboratorio y gabinete.

4.2 Aplicabilidad

El Hospital de la Mujer se dedica a la atención obstétrica especializada, en su servicio de urgencias se atienden más de 20 000 urgencias al año. La amenaza de aborto al tratarse de un cuadro clínico de emergencia, será atendido por éste servicio. Aunque es menos del 5% de la atención en urgencias, se requirieron 71 hospitalizaciones en el año. El adecuado manejo permite la optimización de recursos, día cama, insumos y estudios de laboratorio y gabinete que se requieren para estos casos.

4.3 Factibilidad.

El análisis del apego a través de la información de los expedientes clínicos no requiere de consentimiento, protege datos personales, se apega a la ética en investigación, tiene la autorización de las autoridades hospitalarias y del comité de investigación estatal. La conveniencia de analizar el apego a GPC es relevante por el hecho de mantener y mejorar la calidad de atención, la optimización de recursos médicos y clínicos y observar áreas de oportunidad.

CAPITULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital de la Mujer de Aguascalientes, es un hospital de segundo nivel que atiende a la población sin derechohabiencia, forma parte del conjunto hospitalario del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA) y es hospital de referencia de las unidades de salud del Estado, así como de Estados

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

circunvecinos, como Zacatecas y Jalisco. Durante el 2020, atendió un total de 20 620 urgencias, de los cuales, 953 (4.6%) se manejaron con diagnóstico de amenaza de aborto, de éstos se hospitalizaron 71 (7.4%).

De 3% a 16% de los embarazos presentan esta patología, y dependiendo de los factores de riesgo, culminará en un aborto en cualquiera de sus variedades. El correcto diagnóstico, manejo y seguimiento de éste; dará como resultado una mejora tanto materna como perinatal, y obtener al binomio materno fetal sano y así poder evitar las fallas tempranas del embarazo.⁴ (CENETEC, 2020)

Es de suma importancia conocer tanto las bases etiológicas, los diferentes criterios diagnósticos clínicos, radiológicos y paraclínicos, así como el tratamiento y seguimiento sobre la amenaza de aborto, ya que esta patología tiende a minimizarse en el servicio de urgencias.

El propósito del siguiente estudio nos permite conocer si en el personal del Hospital de la Mujer sigue los lineamientos sugeridos por la Guía y así, poder ofrecer el adecuado uso de insumos hospitalarios, horas de atención por parte del personal y ocupación de camas. De igual manera, permite conocer si el diagnóstico y tratamiento son los adecuados, ya que está establecido claramente que en una amenaza de aborto sólo es necesario el manejo ambulatorio, pues de esta manera se mejora la calidad de la atención y el beneficio en el ahorro de insumos y ocupación del personal, permanece óptima para el cuidado de las pacientes internadas.

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO ESTABLECIDO POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER SE ADHIERE A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA CORRESPONDIENTE?

5.2 Hipótesis

El personal del Hospital de la Mujer de Aguascalientes SI se adhiere a la Guía de Práctica Clínica en el manejo de la amenaza de aborto

Hipótesis nula

El personal del Hospital de la Mujer Aguascalientes NO se adhiere a la Guía de Práctica Clínica en el manejo de la amenaza de aborto.

5.3 Objetivos.**Objetivo general**

Verificar si el diagnóstico y tratamiento de la paciente con amenaza de aborto se apega a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y referencia de la paciente con Amenaza de Aborto en el primer y segundo nivel de atención”, durante el año 2020.

Objetivos específicos

1. 1 Registrar la edad materna más frecuente en la que se presenta la amenaza de aborto en las usuarias del Hospital de la Mujer.
- 1.2 Conocer los antecedentes patológicos personales que pueden influir en la amenaza de aborto.
- 1.3 Conocer los criterios diagnósticos que el personal del Hospital de la Mujer considera para establecer el diagnóstico de la amenaza de aborto y correlacionarlos con la GPC.
- 1.4 Conocer los criterios de referencia del primer nivel de atención de la paciente que cursa con sospecha de amenaza de aborto.
- 1.5 Conocer el uso de medicamentos indicados en amenaza de aborto y correlacionar con la GPC.

CAPITULO 6. MATERIALES, MUESTRA Y MÉTODOS.**6.1 Tipo de estudio.**

Se trata de un ensayo clínico explicativo, observacional, descriptivo. Su fundamento es la GPC sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto.

6.2 Universo de estudio.

La población de estudio son las pacientes atendidas en el área de urgencias y hospitalizadas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, durante el año 2020. Se establecen variables de edad, semanas de gestación, número de gestaciones, índice de masa corporal, comorbilidades de las pacientes, tiempo en el que se inició el manejo, manejo establecido y toxicomanías.

6.3 Variables.

La herramienta para validar la adherencia a la GPC consiste en la Cédula de Verificación a las recomendaciones clínicas donde se enumeran los siguientes puntos clave durante el diagnóstico, manejo y tratamiento de la amenaza de aborto: prevención, detección, pronóstico y tratamiento. Se aplica un valor de 25% a cada uno de los puntos en cuestión para obtener una validación porcentual y se sugiere el reposo absoluto por 48 hrs. tras el cese del sangrado.

La base información obtenida proviene de los expedientes de las pacientes portadoras del diagnóstico de amenaza de aborto durante el año 2020. El cálculo de la muestra se realiza con la fórmula de proporción de una variable en la población, con un coeficiente de variación de 10%.

La GPC contiene una la Cédula de Verificación, que consiste en una serie de recomendaciones a las cuales se les asigna una puntuación para establecer si el lineamiento de atención en adecuado a la Detección, Pronostico y Tratamiento establecido en el manejo de la amenaza de aborto (Tabla 3)⁴

Tabla 3: CEDULA DE VERIFICACION		
Población Blanco	Usuarios de la Guía	Nivel de Atención
Mujeres en Edad Fertil	Médicos Generales, Médicos Familiares, Personal de Enfermería, Personal de Salud en Formación, Médicos Especialistas	Primer y Segundo Niveles de Atención

PREVENCIÓN: Se recomienda que todas las pacientes embarazadas sean suplementadas con multivitamínicos para prevenir el Aborto.
DETECCIÓN: Se sugiere realizar historia clínica y examen físico completo a las mujeres que presenten datos de amenaza de aborto.
PRONÓSTICO: Se recomienda realizar USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto para determinar el sitio y viabilidad del embarazo.
TRATAMIENTO: Se recomienda el uso de Tocolítico o relajantes musculares por su papel en el tratamiento de la amenaza de aborto. Se sugiere reposo absoluto por 48 hrs tras el cese del sangrado.

(CENETEC , 2020)

A cada una de las recomendaciones se les asigna 1 punto de acuerdo a Si se realizó la recomendación ó 0 Puntos si no se realizó la recomendación. Cada ítem tiene un valor del 25% para un total de 100% si se siguen el total de recomendaciones establecidas.

Las variables incluyen:

Tabla 4: Operacionalización de las variables				
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE LA VARIABLE	INDICADOR	UNIDADES
Edad materna	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la evaluación clínica de la paciente.	Cualitativa Ordinal	Grupo etáreo (1) Adolescente <19 años (2) Edad reproductiva ideal 20 ≤ 35 años (3) Edad materna avanzada >35 años	(1) Adolescente (2) Edad reproductiva ideal (3) Edad materna avanzada

Semanas de Gestación	Semanas transcurridas a partir de la fecha de última regla o determinadas por ultrasonido de Primer Trimestre hasta la evaluación clínica de la paciente	Cuantitativa nominal	Amenaza de aborto Temprana <13 sdg Amenaza de aborto Tardía 14-22 sdg	(1) Amenaza de aborto Temprana (2) Amenaza de aborto Tardía
Número de Gestaciones	Determina el número de embarazos que ha presentado la paciente durante su edad fértil a partir de su primer embarazo hasta su embarazo actual	Cuantitativa nominal	Primigesta (Primer embarazo) Multigesta (Dos embarazos o más)	(1) Primigesta (2) Más de una gesta
Comorbilidades	Patologías establecidas previamente que dificultan un embarazo dentro de condiciones normales	Cualitativa nominal	Enfermedad Cardíaca Hipertensión Crónica Trastornos Hematológicos Trastornos Autoinmunes Epilepsia Asma Grave Diabetes Mellitus	(1) Si (2) No
Tiempo en el que se estableció el tratamiento	Tiempo establecido desde que se recibió la primera indicación médica y se inicia el tratamiento y manejo establecido por el médico	Cuantitativa ordinal	Días	1,2,3, etc.
Pérdidas gestacionales previas	Pérdida previa de embarazos con o sin producto antes de la semana 22.	Cuantitativa nominal	(1) Sin pérdidas (2) Con pérdidas	(1) No (2) Si
Ingesta de Multivitamínicos	Llámesse a la ingesta de suplementos incluidos el ácido fólico	Cualitativa nominal	(1) Sin ingesta (2) Con ingesta	(1) No (2) Si

IMC	Peso(kg) /estatura (m ²)	Cuantitativa nominal	(1) <18.5 Insuficiencia Ponderal (2) 18.5-24.9 Normalidad (3) >25-29.9 Sobrepeso (4) 30-34.9 Obesidad I (5) 35-39.9 Obesidad II (6) >40 Obesidad III	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Tiempo de Inicio de Control Prenatal	Semana en la que se inició la revisión periódica del control prenatal adecuado, incluyendo usg temprano, ingesta de multivitamínicos.	Cuantitativo nominal	Adecuado: antes de la semana 12 Tardío: después de la semana 12	(1) Adecuado (2) Tardío
Uso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas	Llámesese ingesta previa o durante el embarazo actual de alcohol, tabaco y cualquier otra droga de uso recreativo.	Cualitativo nominal	Sin ingesta Con ingesta	(1) No (2) Si
Tratamiento Establecido	Llámesese al manejo con tocolíticos, relajantes uterinos (tratamiento establecido por la GPC) Progesterona 400mg vía vaginal en presencia de hematoma subcoriónico o presencia de debilidad del cuerpo del útero, una dosis de Gonadotropina Coriónica Humana previo a las semana 12 y 17 Dihidroprogesterona después de la semana 12		No lo recibió Lo recibió adecuadamente	(1) Hioscina, (2) Terbutalina (3) Atropina (4) Indometacina (5) Uso de progesterona 400 mg (6) No se utilizaron medicamentos

Datos Ultrasonográficos para determinar el pronóstico	Determinantes establecidas marcadas a través del estudio Ultrasonográfico que pueden orientar a una mala evolución del embarazo que puntualicen la probable falla del mismo		Se realizó	(1) SI
			No se realizó	(2) NO
Internamiento	Indicación de hospitalización por diagnóstico de amenaza de aborto			(1) SI (2) NO
Historia clínica completa con exploración física		Cualitativa	SI se realizó NO se realizó	(1) SI (2) NO

*En azul se encuentran las casillas que se refieren a la cédula de verificación del cumplimiento de la GPC

6.4 Selección de la muestra:

a) **Tipo de Muestreo:** El tamaño de la muestra se realiza en base a la proporción de una variable en una población (el número de personas que tiene apego a las GPC entre las pacientes que son internadas por amenaza de aborto). El muestreo es aleatorio simple.

b) **Tamaño de la muestra:** Se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \alpha \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Donde:

Z = Significancia (1.96, lo usual)

P = Distribución poblacional del fenómeno (20% = 0.20, porcentaje referido donde existe apego a la guía)

Q = 1-P 1- 0.20= 0.80

d = Coeficiente de variación del 10% de aceptación que pueda variar, por lo tanto es 0.10

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.20 * 0.80}{(0.1)^2}$$

N= 61

6.5 Criterios de selección:

- Criterios de inclusión: Expedientes con diagnóstico de amenaza de aborto que se presentaron al Servicio de Urgencias o que ingresaron a hospitalización en el Hospital de la Mujer durante el año 2020.
- Criterios de exclusión (no inclusión): Diagnóstico que no corresponda al cuadro clínico de la amenaza de aborto posterior a su estudio clínico, pacientes con embarazo de alto riesgo y pacientes con comorbilidad materna previa.
- Criterios de eliminación: Expediente incompleto.

6.6 Recolección de la Información

Instrumento(s): Cédula de recolección de datos

Logística

- Búsqueda de expedientes seleccionados en el archivo clínico.
- Selección de expedientes que cumplan los criterios de selección.
- Se vacían los datos obtenidos a través de la nota de urgencias o Historia Clínica presentes en el expediente, objetivando los datos que cumplan con nuestras variables y la cédula de verificación de la GPC.

No se requiere consentimiento para analizar el expediente.

6.7 Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo considerando las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cualitativas, para las variables cualitativas frecuencias absolutas y porcentajes. Se realiza una evaluación del cumplimiento de cada recomendación para identificar aquellas que menos nivel de cumplimiento tienen, por otra parte, se considera un porcentaje global en una escala de 0 a 100%.

Se tiene contemplado un análisis inferencial, considerando si el nivel de apago tiene una distribución normal se utiliza una t de student, o en su defecto U de Mannwhitney, para comparar grupos y en caso de ser más de tres ANOVA o Kruskal-wallis.

6.8 Consideraciones éticas.

Se cumplen los principios científicos y éticos de la investigación médica, contribuye para la solución de problemas de salud. En el título quinto de la Investigación para la Salud, del artículo 100 de la Ley General de Salud, se respeta la confidencialidad. Cumple con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1964, enmendada en Tokio en 1975.

6.9 Recursos para el estudio

Recursos humanos: participa el médico residente a cargo de la investigación, personal de estadística y archivo clínico.

Recursos materiales: *laptop*, impresión de cédula de recolección de datos.

Recursos financieros: no requiere de una partida especial.

6.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla No. 5 Plan de trabajo programado agosto 2021			
1-10 agosto 2021	10-15 agosto 2021	15-20 agosto 2021	21-22 agosto 2021
Realización de protocolo y autorización	Recolección de datos de los expedientes clínicos	Vaciamiento de datos y análisis estadístico	Conclusiones

6.11 Difusión de la investigación.

El producto de la investigación generará la tesis para obtención de grado. Se propondrá publicación en la revista Lux Médica de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

CAPITULO 7. RESULTADOS.

El 87% de las pacientes estudiadas se encuentran la edad reproductiva ideal (20 a 35 años de edad). Las pacientes de los grupos de adolescentes (menores a 19 años) y edad materna avanzada (mayores a 35 años) obtuvieron 6% respectivamente.



Figura No. 1 Número de pacientes por edades.

Fuente: cédula de recolección de datos.

El 65% de las pacientes son multigestas (se tomó en cuenta dos embarazos o más).

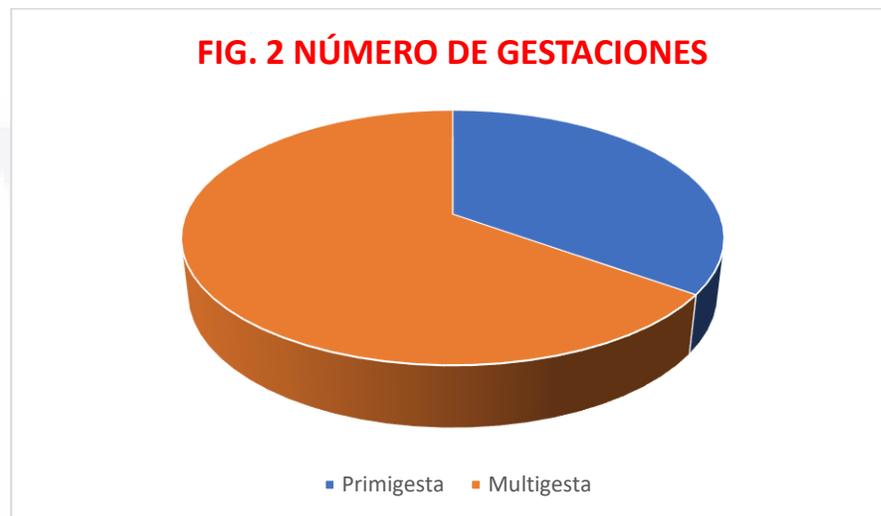


Figura No. 2 Se aprecia que la mayoría de las pacientes con amenaza de aborto son multigestas
 Fuente: cédula de recolección de datos.

Se buscó factores de comorbilidad entre las pacientes, encontrando que el 92% de las pacientes no presentan patologías que dificulten el embarazo. Se observó un 8% de pacientes con las siguientes alteraciones: hipotiroidismo, alto orden fetal, incompetencia ístmico cervical y alergia a la Penicilina (2%, respectivamente); se debe considerar que requieren de atención adicional.

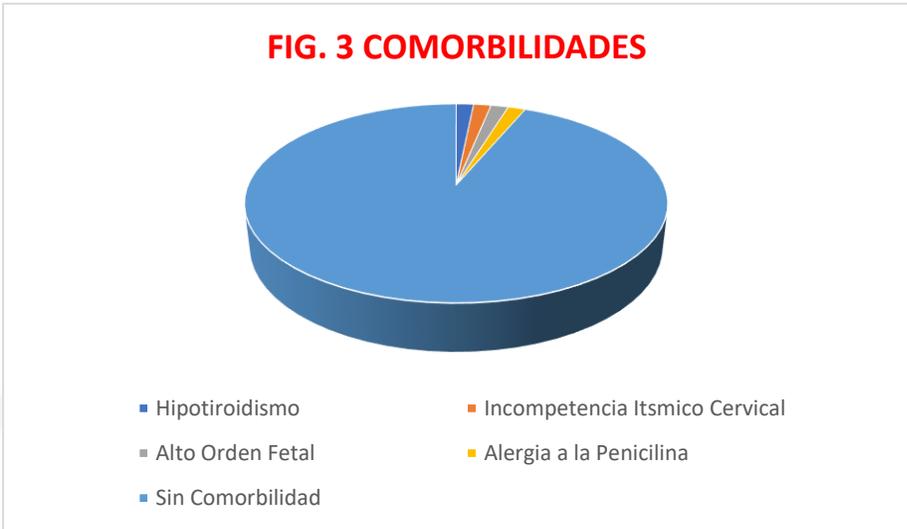


Figura No. 3 La presencia de comorbilidades es del 8%.
 Fuente: cédula de recolección de datos.

84% de las pacientes iniciaron el tratamiento para amenaza de aborto durante las primeras 24 hrs de inicio de síntomas, mientras que 14% lo inició dos días después y, solamente 2% hasta el tercer día.



Figura No. 4 La mayoría de las pacientes (84%) iniciaron tratamiento adecuadamente.
 Fuente: cédula de recolección de datos.

Una de las consecuencias que se presentan en la amenaza de aborto son las modificaciones cervicales, de las cuales 98% de las pacientes analizadas se encontraron sin modificaciones.



Figura No. 5 Únicamente se observaron 2% de las pacientes con modificaciones cervicales.
Fuente: cédula de recolección de datos.

Otro parámetro que se tomó en cuenta consistió en la ingesta de multivitamínicos, dentro de los que se encuentran, evidentemente el ácido fólico, cuyo uso antes y durante el embarazo ayudan a prevenir el aborto espontáneo.



Figura No. 6 Un total de 65% de las pacientes tuvieron apoyo de multivitamínicos como medida preventiva en un aborto espontáneo.

PERTENECE A LA PREVENCIÓN EN LA CEDULA DE VERIFICACION DE LA GPC

Fuente: cédula de recolección de datos.

Conocer el estilo de vida de las pacientes respecto a la ingesta de tabaco, alcohol y drogas recreativas, se considera un elemento que requiere cuidado adicional en la prevención de un aborto espontáneo; en esta indagación se obtuvo que el 95% de las pacientes analizadas en los expedientes carecen de toxicomanías.

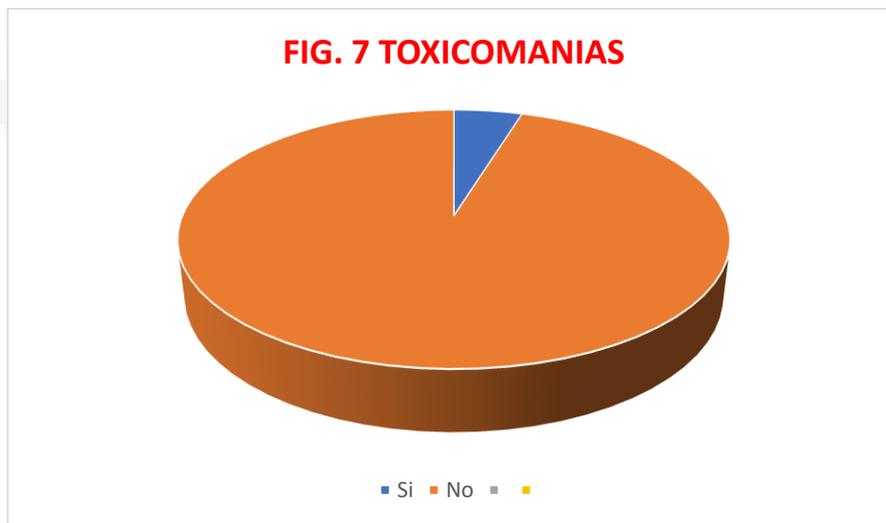


Figura No. 7 Demuestra que un número considerable de pacientes evita el tabaco, el alcohol y las drogas recreativas.

Fuente: cédula de recolección de datos.

En cuanto al parámetro de tratamiento asignado a las pacientes, basados en la GPC, se descubrió que el medicamento más empleado es la Indometacina (95%). Su mecanismo de acción (inhibición en la formación de prostaglandinas a nivel uterino) disminuye las contracciones uterinas, aumenta la perfusión uterina, alivia la isquemia y el dolor espasmódico.

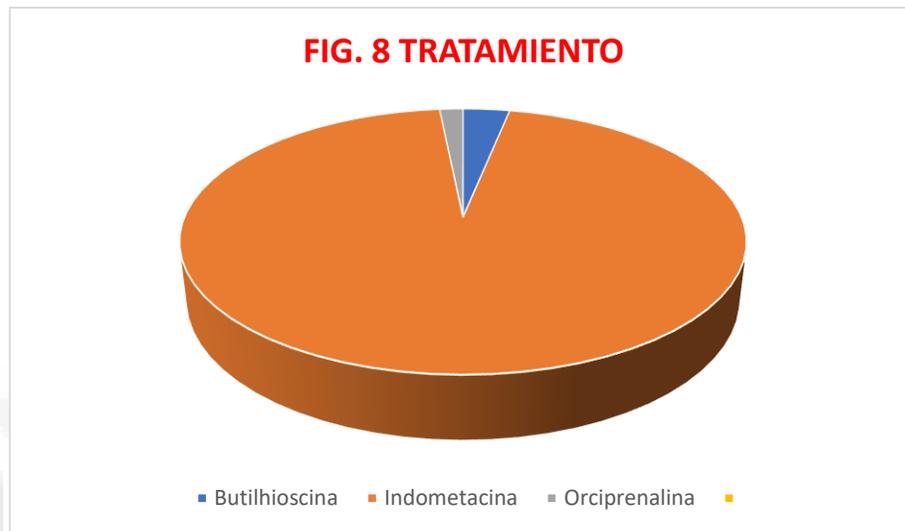


Figura No. 8 Una vez detectado el riesgo de amenaza de aborto, el tratamiento más frecuente consistió en la Indometacina.

PERTENECE AL ITEM TRATAMIENTO EN LA CEDULA DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA GPC.

Fuente: cédula de recolección de datos.

La historia clínica, la exploración física y la realización de ultrasonido obstétrico se realizaron en todas las pacientes, dando un 100% de cumplimiento en estos rubros a la GPC

De las 20,620 urgencias atendidas el 4.6% correspondieron al diagnóstico de amenaza de aborto (4.6%), de éstas se hospitalizaron 71 (7.4%) y 6 pacientes presentaron pérdida del embarazo con realización de evacuación uterina (correspondiente al 0.62% de las pacientes con el diagnóstico de amenaza de aborto y 8.4% de las hospitalizadas).

El resultado final de la evaluación aplicando las recomendaciones evaluables en la cédula de certificación de la guía concluye que 91.25% cumple con el apego a la Guía de Práctica Clínica.

DISCUSIÓN

Los objetivos de la GPC de atención para la amenaza de aborto establecen los criterios diagnósticos, determinan el manejo y tratamiento oportuno, en el primer y segundo nivel de atención, y da los criterios de referencia para mejorar la atención y calidad de la atención de las usuarias del Sistema Nacional de Salud.

Navarrete et al encuentra apego a la GPC en pacientes con ruptura prematura de membranas en pretérmino en el 60.75%¹⁶ (Navarrete-Guzman, 2014). El apego a la GPC en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Especialidades del Niño y de la Mujer “Dr. Felipe Núñez Lara” en Querétaro, México¹⁷ fue un apego intermedio con 76%. (Rojas-Mancera, 2017). Con la GPC del control prenatal con enfoque de riesgo en embarazadas atendidas en la consulta externa en la unidad de medicina familiar número 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra 78.2% de apego, por debajo de las recomendaciones¹⁸ (Paz-Ramos MA, 2017). En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes en 2018, Valenzuela-Banda evalúa la adherencia a las GPC del control prenatal con enfoque de riesgo, preeclampsia y hemorragia obstétrica, encontrando igualmente a los trabajos anteriores, encontrando apego deficiente: 74.36% y 67.52%.²⁰ (Valenzuela-Banda, 2018).

Sin embargo, la adherencia en el manejo de la amenaza de aborto resultó en un 91.25%, lo que alienta a que es posible el manejo adecuado y la calidad de atención, así como la optimización de recursos.

Es conveniente continuar monitoreando el apego a las GPC para evaluar la mejora en la adherencia, garantizando la buena atención al usuario de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

El apego a las GPC nacionales garantizan la optimización de recursos humanos, clínicos y paraclínicos, así como el abordaje y tratamiento adecuado para lograr la calidad de atención y la resolución apropiada y pronta de la patología de la que se trate. La amenaza de aborto es una patología frecuente del embarazo, donde se requiere de una abordaje clínico y paraclínico que implica gastos de laboratorio y gabinete y ocasionalmente hospitalario. El abordaje y manejo de la amenaza de aborto en el Hospital de la Mujer garantiza la adherencia a la GPC correspondiente.

SUGERENCIAS

Según las experiencias previas de evaluación al apego de GPC en México se reportan apegos deficientes por debajo del 80%. Igualmente en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes se ha encontrado apego inadecuado. Se sugiere monitorear la adherencia a las guías con frecuencia para mejorar el apego hasta lograr el apego óptimo.

GLOSARIO

- ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists
GPC Guía de Práctica Clínica
INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peguero, L Nogué, M Illa, P Ferrer, M Muñoz, O Gómez, T Borrell, M Palacio. Manejo de la perdida gestacional de primer trimestre. HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA. 2019
2. Nepyivoda, Oksana M. Threatened miscarriage and pregnancy loss: contemporary aspects of the problema. Wiadomosci lekarskie. 2020; 1021-1027
3. Sarah Prager, MD; Vanessa K. Dalton, MD, MPH; and Rebecca H. Allen, MD, MPH. Early Pregnancy Loss. ACOG Practice Bulletin No. 200. Noviembre, 2018: Wolters Kluwer Health, Inc.
<https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical%20Guidance/Practice%20Bulletin/Articles/2018/11/Early%%Pregnacy%20Loss>
4. CENETEC; Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto, en el primer y segundo nivel de atención, Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. Mexico; 2020.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Ectopic Pregnancy and Miscarriage. NICE Clinical Guideline 154 Manchester UK: Nice 2012.
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg154/resources/guidance-ectopic-pregnacy-and-miscarriage-pdf>. Retrieved January 20,2015. (Level III).
6. Alexandros Sotiriadis, & Stefania Papatheodorou, & George Makrydimas. Threatened miscarriage: evaluation and managment. Department og Obstetrics and Gynaecology University Hospital of Ioannina, 329, 5. 2004 June 3, Cochrane Library Base de datos.

7. Michiel C. Van den Hof, & Mila Smithies, & Ori Nevo, & Annie Oullet. (2019). No.345-Clinical Practice Guideline on the Use of First Trimester Ultrasound. SOGC Journal, ELSEVIER, marzo 2019. Vol. 41. No. 388-395
8. Huchon, C., Deffieux, X., Beucher, G., Capmas, P., Carcopino, X., Costedoat-Chalumeau, N., ... Lemery, D. Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 201. ELSEVIER, 2016. Vol. 201. Pp 18-26.
9. Borges Peixoto, Rodrigues da Cunha Caldas, Galvão Petrini, Palma Romero, Borges, Martins, Araujo. The impact of first-trimester intrauterine hematoma on adverse perinatal outcomes. Ultrasonography. Korean Society of Ultrasound in Medicine (KSUM). 2018.pp 330-336
10. Lucie Morin, & Yvonne M, & Phyllis Glanc. (2016, october). Ultrasound Evaluation of First Trimester Complications of Pregnancy. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 161, 7. 2005, june. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Base de datos.
11. Gauferg, Slava V. Early Pregnancy Loss in Emergency Medicine. Emergency in OB. 2017. Pp 1-14
12. Abdullah, Kurtz, McCague, Macpherson, Tamim. Factors associated with the timing of the first prenatal ultrasound in Canada. BMC Pregnancy and Childbirth.2019. Vol. 19. No. 164 pp 1-14
13. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. "Lineamiento técnico, prevención, diagnóstico y manejo de la Hemorragia Obstétrica". 2010. Secretaría de Salud. México.
14. Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano,§ S, Estrada-Altamirano A, Nares-Torices MA, Casitillo-Ortega VM de J, Mendoza-Calderón S, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de

la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatol Reprod Hum.* 2013;27(4):262-80.

15. Escobar-Carmona I. Apego a la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF No. 1 [Internet]. [IMSS UMF 1 Orizaba, Veracruz]: Universidad Veracruzana; 2014. Disponible en: https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/APEGO_2.3.pdf
16. Navarrete-Guzman E. Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino. [Hospital de Alta Especialidad de Veracruz]: Universidad Veracruzana; 2014.
17. Rojas-Mancera RA. Apego a la Guía de Práctica Clínica en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer «Dr. Felipe Núñez Lara», de marzo del 2015 a marzo del 2016 [Internet]. [Querétaro, Querétaro]: Universidad Autónoma de Querétaro; 2017. Disponible en: <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/250>
18. Paz-Ramos MA, Hernández LE, Jiménez-Báez MV, Sandoval-Jurado L. Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal. *Med Gen Fam.* 2017;6(6):241-5.
19. Álvarez-Huante Y, Muñoz-Cortés G, Chacón-Valladares P, Gómez-Alonso C. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. *Aten Fam.* 2017;24(3):107-11.
20. Valenzuela-Banda A. Apego a guías de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de preeclampsia y hemorragia obstétrica en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes de junio de 2016 a junio de 2017. [Hospital de la Mujer de Aguascalientes]: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2018.

21. INEGI, de: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores>, recuperado en 2020.

ANEXOS

ANEXO A. CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VARIABLE	INDICADOR	PAC 1 - 61
Edad materna	Grupo etéreo (1) Adolescente <19 años (2) Edad reproductiva ideal $20 \leq 35$ años (3) Edad materna avanzada >35 años	
Semanas de Gestación	Amenaza de aborto Temprana <13 sdg Amenaza de aborto Tardía 14-22 sdg	
Número de Gestaciones	Primigesta (Primer embarazo) Multigesta (Dos embarazos o más)	
Comorbilidades	Enfermedad Cardíaca Hipertensión Crónica Trastornos Hematológicos Trastornos Autoinmunes Epilepsia Asma Grave Diabetes Mellitus	
Tiempo en el que se estableció el tratamiento	Días	
Pérdidas gestacionales previas	(1) Sin pérdidas (2) Con pérdidas	
Ingesta de Multivitamínicos	(1) Sin ingesta (2) Con ingesta	
IMC	(1) <18.5 Insuficiencia Ponderal (2) 18.5-24.9 Normalidad (3) >25-29.9 Sobrepeso (4) 30-34.9 Obesidad I (5) 35-39.9 Obesidad II (6) >40 Obesidad III	
Tiempo de Inicio de Control Prenatal	(1) Adecuado: antes de la semana 12 (2) Tardío: después de la semana 12	

Uso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas	(1) Sin ingesta (2) Con ingesta	
Tratamiento Establecido	(1) No lo recibió (2) Lo recibió adecuadamente	
Datos Ultrasonográficos para determinar el pronóstico	(1) Se realizó (2) No se realizó	
Internamiento	(1) Si (2) No	
Historia clínica completa con exploración física	(1) SI se realizó (2) NO se realizó	

