



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (1): 58-62

Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos

[LUIS TAVARA*](#)

Resumen

Se presenta este trabajo con el propósito de precisar si una forma diferente de atender el aborto tiene o no ventajas sobre la metodología convencional. Desde el 1 de junio de 1989 se inició en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú una investigación operacional acerca de la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado. Para ello se evaluó la atención del aborto incompleto en el año inmediatamente anterior, periodo en el cual todos los casos eran manejados a través de hospitalización, con una permanencia promedio de dos días. Los casos seleccionados como aborto incompleto no complicado, luego de preparación en la sala de emergencia, fueron derivados a la sala de legrados uterinos que para tal fin se instaló al ingreso del Centro Obstétrico. Realizado el procedimiento con analgesia o anestesia local, las pacientes eran ubicadas en un ambiente contiguo para observación, y al cabo de dos horas fueron enviados a su casa con la indicación de regresar a control en un mes. Durante el año de evaluación previa, se encontró una tasa de aborto de 193,3 por mil nacidos vivos, todos manejados mediante hospitalización. Al 31 de mayo de 1990, en que terminó la investigación, se había atendido 1078 abortos (tasa 260 por mil n.v.), de los cuales 641 (60%) fueron de manejo ambulatorio. En los casos atendidos ambulatoriamente, no se registró complicaciones en el acto operatorio ni en las dos horas subsiguientes. De otro lado, es notoria la ventaja que significó el uso de este procedimiento al abaratarlos los costos para el hospital y la propia paciente. Por cada procedimiento, el hospital dejó de gastar 106 dólares americanos y, a la paciente le significó reducir el costo a la mitad. De otro lado, el procedimiento contribuye a descongestionar los servicios de hospitalización y dedicar las camas a otro tipo de atenciones, por lo que se aumentó el rendimiento.

En conclusión, recomendamos el uso de este procedimiento en todas las instituciones como metodología para resolver los casos de aborto incompleto no complicado.

Palabras claves: Aborto incompleto. Atención ambulatoria del aborto. Costos en la atención del aborto.

Summary

Starting June 1, 1989, an operational investigation on ambulatory management of noncomplicated incomplete abortion was performed at Maria Auxiliadora's Hospital, Lima-Peru, to establish advantages or disadvantages. Previously, management of incomplete abortion the year before was evaluated, period when all cases were hospitalized during two days. Cases selected as "noncomplicated incomplete abortion" were prepared in the emergency room and sent for dilatation and curettage in a special room in the Obstetrical Center. The procedure was done with analgesia or local anesthesia and then the patient was sent for two hours observation in a contiguous room and finally dismissed home with indications to return for control in one month. The year before the study, abortion rate was 193,3 per thousand live newborns, 1990, 1078 abortions had been attended (rate 260 x 1000 l.n.), including 641 (60%) ambulatory. No complications were present during surgery and within two hours of recovery in the ambulatory group. Ambulatory management reduced hospital costs in 106 U.S. dollars for each procedure and the patient saved one half her expenses. The procedure also frees hospital beds as they can be used for other type of medical attentions. As such, productivity increases. We suggest implementation of ambulatory management of uncomplicated incomplete abortion in all institutions.

Key words: Incomplete abortion. ambulatory attention, hospital costs, abortion rate.



Introducción

Aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o cuando el producto pesa menos de 500 gramos^{2,3,19}. La tasa real del aborto en el Perú es desconocida^{4,23,24}, debido a que en su manejo se involucran aspectos médicos, sociales y legales. Las cifras encontradas por nosotros en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA)²², distan notoriamente de otras publicadas a nivel local y nacional^{8,15,17,18}. En la década de los 60's¹¹ se informó una tasa de 17% para Lima Metropolitana. En la década de los 70's¹⁵ se estudió el aborto en varios hospitales del país y se proyectó una cifra nacional de 18%. En la década de los 80's¹⁷ se publicó un estudio nacional que proporciona una tasa de 14% sobre los; nacidos vivos y, en la década de los 90's²⁰ se publicó una cifra de 13,5% encontrada como promedio en varios hospitales del país.

El HAMA, enclavado en el cono sur de Lima, una de las zonas más pobres de Lima y del país, es el único hospital de referencia en esa zona populosa que presta atención de internamiento en ginecoobstetricia desde octubre de 1986²². Conforme el hospital fue ampliando sus instalaciones, la presión para prestar asistencia a los casos cada vez más numerosos de aborto nos hizo cambiar de estrategia para afrontar su solución.

Existen publicaciones en torno a la atención ambulatoria del aborto^{12,13,25-27} y estamos seguros que en nuestro país se resuelve también muchos casos de aborto en forma ambulatoria. El aborto representa, después del parto, la principal causa de internamiento de pacientes en los servicios de ginecoobstetricia del país¹² y representa causa importante de morbilidad materna^{5,6,9,16,28}. También, su atención representa la realización de un gasto que debe enfrentar la paciente y el propio establecimiento de salud, gastos que muchas veces son difíciles de calcular.

Muy pocos son los trabajos publicados que abordan los costos que representa la prestación del servicio para el manejo del aborto. Las dificultades; en los cálculos aumentan aún más cuando se trata de dar mayor objetividad al asunto^{9,10,14,23}. En el HAMA, desde hace 5 años, hemos acumulado una importante experiencia en el manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado y, además, hemos hecho esfuerzos para reducir los costos que para el magro presupuesto familiar representa la atención del aborto, Así como hemos tratado de reducir los costos hospitalarios y al mismo tiempo aumentar el rendimiento institucional.

Material y Métodos

Durante los primeros meses del año 1989 observamos; que la presión ejercida en los servicios por los casos de aborto era cada vez más exigente y muchas de nuestras camas hospitalarias venían siendo ocupadas por estas pacientes. A esas alturas, hicimos; un primer corte del año anterior, puesto que todos los casos de aborto venían siendo hospitalizados. Decidimos, entonces, realizar una investigación operacional, iniciando la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado a partir del conocimiento del número de abortos atendidos e internados el año anterior, desde el V de junio de 1988 al 31 de mayo de 1989.

Con la información anterior, a partir del 19 de junio de 1989 y durante un año se estableció que todo caso de aborto incompleto no complicado debería ser resuelto mediante el procedimiento ambulatorio. Llamamos aborto incompleto no complicado aquel que se presenta sin gran hemorragia, no infectado, sin compromiso del estado general, sin shock de naturaleza alguna y sin signos evidentes de manipulación.

Los casos seleccionados, preferentemente con menos de 12 semanas de amenorrea, fueron aceptados en el consultorio de emergencia y, luego de preparación perineal, evacuación de vejiga y exámenes de laboratorio mínimos (hemoglobina, hematócrito, hemograma, grupo sanguíneo y Rh), fueron enviados de inmediato con el diagnóstico de aborto incompleto a la sala de legrados; uterinos dispuesta específicamente para este fin, al ingreso del Centro Obstétrico del HAMA.

En el Centro Obstétrico, se aplicó a la paciente solución isotónica intravenosa. Fue colocada en posición ginecológica, se administró atropina 0,25 mg intravenosa más diazepam 10 mg o pentazocina 2 mg o peticlina 50 mg o infiltración paracervical con lidocaina al 1% sin epinefrina. Después de practicar asepsia y antisepsia, se procedió a efectuar examen p4Avico bimanual. Se aplicó valvas vaginales, se tomó el labio anterior del cuello uterino con pinzas tirabalas, se hizo histerometría, y se evacuó los; restos con pinzas de anillos. En seguida, se procedió a curetaje romo y cortante. Después de terminado el procedimiento, que en promedio demoró 10 minutos, se trasladó la paciente a un compartimento contiguo a la sala, se le tomó funciones vitales y se le observó durante dos horas. Luego de comprobar que su estado era bueno, se le envió a su casa con indicación de regresar a control en un mes, o antes si presentara alguna complicación, como sangrado, fiebre o dolor



intenso. Es de subrayar que durante el primer año en que se desarrolló este procedimiento, los únicos autorizados a realizarlo fueron médicos especialistas.

	1988-89	1989-90
Total de partos (> 500g)	2438	4318
Total de RN vivos (>500g)	2364	4154
Total de aborto	458	1078
Tipo de atención		
Hospitalizada	458	437
Ambulatoria	0	641
Tasa de incidencia		(59,46%)
por 100 n.v.	193,30	26000
sobre total de partos	18,78	24,97

Periódicamente, se evaluó los resultados y se efectuó algunos reajustes. Se tuvo especial cuidado en detectar oportunamente alguna complicación. Posteriormente, con la participación de la jefatura de la Unidad de Contabilidad del HAMA, se calculó costos en relación a personal, servicios públicos, sala de operaciones, hospitalización, insumos, alimentación y análisis de laboratorio. No fue considerado en los costos lo relativo a infraestructura ni reposición de equipos. Para efectos de comparación, los costos fueron convertidos a dólares americanos.

Resultados

Del 1º de junio de 1988 al 31 de mayo de 1989 se atendió en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora un total de 2438 partos con 2364 nacidos vivos. Durante ese año se atendió, además, 458 abortos, que representan una frecuencia de 193,3 x 1,000 nacidos vivos y 18,78% en relación al total de partos (Tabla 1). Es de anotar que durante este periodo se produjeron 3667 egresos del Departamento de Ginecoobstetricia y un número importante de abortos era enviado a otros centros asistenciales por no contar con disponibilidad para la hospitalización.

	Nº Pacientes	%
Partos anteriores		
0	112	17,47
1	141	22,00
2	130	20,28
3-4	143	22,31
≥ 5	80	12,48
No precisada	35	5,46
Abortos previos		
0	432	67,39
1	121	18,77



2	40	6,24
3	7	1,09
4	4	0,62
5	2	0,31
No registrados	35	5,46
Total	641	100,0

Tabla 3. Cronología del embarazo		
Semanas de gestación	Nº Pacientes	%
4	71	11,08
5-8	115	17,94
9-12	271	41,28
13-16	126	19,66
> 16	52	8,11
No registradas	6	0,94
Total	641	100,00

De otro lado, el 1º de junio de 1989 al 30 de mayo de 1990 se atendió en el Departamento de Ginecoobstetricia del HAMA un total de 4318 partos con 4154 nacidos vivos. Durante ese mismo periodo, se atendió 1078 abortos, que representan una frecuencia de 260 casos por cada 1000 nacidos vivos y 24,97% en relación al total de partos (Tabla 1). Del total de 1078 abortos atendidos, 641 fueron resueltos ambulatoriamente, lo que representa casi el 60% sobre la totalidad de abortos.

Edad. El grupo de edad más frecuentemente atendido estuvo entre 20 y 29 años (51%).

Paridad. Según la Tabla 2, nuestras pacientes fueron de poca paridad, predominando aquellas que tuvieron de 0 a 2 hijos.

Abortos previos. En la presente serie, 67% de las pacientes abortaron por primera vez; 18,7% por segunda vez y menos de 15% tuvieron 2 ó más abortos en sus antecedentes (Tabla 2).

Cronología del Embarazo. Más de 2/3 de los abortos atendidos ambulatoriamente tuvieron un tiempo de gestación no mayor de 12 semanas. (Tabla 3).

Tabla 4. Gastos de la paciente atendida por aborto incompleto no complicado en HAMA (en US \$)		
Rubro	Hospitalizada	Ambulatoria
Medicamentos	4,08	4,08
Sala de operaciones	5,43	4,35
Análisis de laboratorio	4,08	4,08
Hospitalización	8,70	----
Total	22,29	12,51



Tabla 5. Costos hospitalarios para la atención del aborto incompleto en HAMA (en US \$)		
Rubro	Hospitalizada	Ambulatoria
Personal	101,81	2,20
Servicios públicos	2,31	0,09
Alimentación	3,26	----
Insumos	2,72	1,20
Total	110,10	3,49

Complicaciones. Se tuvo especial cuidado en precisar periódicamente alguna complicación inherente al procedimiento, no encontrando ninguna durante el acto operatorio ni durante el periodo de observación postlegrado.

Costos asignados a las pacientes. En la Tabla 4 resumimos los costos que deben ser enfrentados por cada paciente. En el caso de las pacientes hospitalizadas, se ha calculado, para un promedio de internamiento de dos días.

Costos por cuenta del hospital. En la Tabla 5 resumimos los costos que deben ser efectuados por el hospital por cada paciente, asumiendo que, en el caso de las hospitalizaciones, se ha calculado un internamiento promedio de dos días.

Discusión

Es evidente que la atención del aborto y sus complicaciones representan una cifra importante en este hospital²² y, de acuerdo a otros informes, es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna en el Perú^{1,5,6,15-18,21,23}.

La gran mayoría de los abortos (60%) concurrió al hospital sin mayores complicaciones, excepto el sangrado y el dolor, en la misma forma que debe ocurrir en otros centros asistenciales del país, razón por la que hemos planteado desde hace algún tiempo su atención ambulatoria²³. La mayor frecuencia del aborto en edades entre 20 y 29 años coincide con un informe previo²² y con otras publicaciones a nivel nacional y local. Ello simplemente refleja el mayor potencial reproductivo de la mujer en esta década de la vida.

Tabla 6. Evolución de las tasas de aborto en HAMA				
Año	Nº Partos	N.V.	Nº Abortos	Tasa*
1990	4825	4689	1310	279
1991	4636	4547	1492	328
1992	5617	5383	1516	282
1993	5441	5265	1617	307
Total	20519	19884	5935	299

*Por mil nacidos vivos.



Año	T. Abortos	Hospitalizada %	Ambulatoria %
1990	1310	353(27)	957(73)
1991	1492	398(28)	1094(72)
1992	1516	525(35)	991(65)
1993	1617	508(31)	1109(69)
Total	5935	1784(30)	4151(70)

Consideramos que una proporción importante de estos abortos pueden haber sido inducidos y, por ello, no sorprende encontrar baja paridad en nuestras pacientes, como si quisieran de alguna forma limitar su fertilidad^{4,22,28}.

Fue predominante el aborto en las primeras 12 semanas, lo que coincide con nuestro estudio anterior²². El cuidado en la selección de las pacientes para manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado nos dio la satisfacción de no haber tenido complicaciones, por lo menos inmediatas; sin embargo, hemos identificado en los siguientes años algún tipo de complicación como, perforación uterina en dos casos aislados. Por ello, se hace necesario seguir observando hacia el futuro y determinar otras potenciales complicaciones^{18,19}. Dado el evidente éxito con la técnica ambulatoria, resulta entendible la mayor demanda de atención del aborto, así vemos, en la Tabla 6, cómo la tasa de aborto en HAMA ha llegado a un nivel de 300 por mil, con tendencia a mantenerse. Igualmente, la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado aumentó rápidamente, habiéndose situado en una proporción del 70% sobre el total de aborto, conforme se aprecia en la Tabla 7.

Es notoria la diferencia en los costos por cuenta del Hospital y de las pacientes. Igualmente, si comparamos nuestros costos con los de los hospitales de México, para el manejo del aborto por aspiración manual, el procedimiento nuestro es clarísimamente más económico¹². De los resultados aquí presentados se desprende fácilmente que, por cada caso atendido ambulatoriamente, el hospital redujo sus costos en 106,61 dólares americanos. Si tomamos en cuenta que entre 1990 y 1993 se ha atendido ambulatoriamente un total de 4151 abortos incompletos no complicados, conforme se aprecia en la Tabla 7, resulta que el HAMA ha dejado de gastar 442 538 dólares americanos en estos 4 años. Por estos hallazgos, nos hemos permitido recomendar el procedimiento para su utilización en otros establecimientos hospitalarios, sobre todo en los menos complejos", dado que con ello abrimos la posibilidad de atender un mayor número de pacientes, no las rechazamos, dejamos la hospitalización para casos complicados y abarataremos los costos para la institución y para la paciente. En nuestros resultados, ha sido evidente que de un año a otro proporcionamos más atenciones y se aumentó, de esta manera, el rendimiento del servicio.

Referencias Bibliográficas.

1. Bardales V, Aborto en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Tesis de Bachiller 56p. Universidad San Martín de Porras, Lima-Perú; 1993.
2. Benson R, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, México: Manual Médico Moderno 1979.
3. Calandra D, Del Valle E, Olivares D, Regueira C y Normandini O. Aborto, estudio clínico, psicológico, social y jurídico, 368 p. Buenos Aires Ed. Panamericana. 1973.
4. Cardich R y Carrasco F, Visiones del Aborto, 19 p. Lima: Manuela Ramos y Pop. Council. 1993.
5. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los Hospitales del Perú, 218 p. Lima: Ministerio de Salud - Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología - OPS/OMS; 1988.



6. Chumbe O, Távara L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. *Ginecología y Obstetricia* 1994, 40 (1): 49-54.
7. Figueroa C, Guevara H, Rivera F. Aborto: Congreso peruano de Obstetricia y Ginecología, 59; Lima, 1993.
8. Gálvez J. Estudio sobre el aborto hospitalario en la ciudad de Trujillo, 47 p, Lima: Asociación Peruana de Facultades de Medicina. 1976.
9. Gonzales-Enders R. El aborto en el Perú: Problema de salud. Seminario Taller: Salud Materna y Riesgo Reproductivo, Aborto y Esterilización, 1976; Lima-Perú, 39-41.
10. Gonzales-Enders R, 1993. Costos del tratamiento hospitalario del Aborto. En: Consideraciones Médico Sociales para el Tratamiento del Aborto Incompleto (Ed. Manuel Ramos): Lima-Perú. 1993. 85-89.
11. Hall F. Planificación en Lima-Perú. Centro de estudios de Población y Desarrollo, 1:3, 1966.
12. Johnson B, Benson J, Hawkins B. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto con el AMEU-IPAS. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*, 1992; 2(2):1-6.
13. Leonard A, Yordy L. Protocolo para la utilización de los instrumentos de IPAS para aspiración manual endouterina. *Adelantos en el Tratamiento del Aborto*. 1992; 2(1): 1-12.
14. 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 (Ed. Manuel Ramos): 1993; Lima-Perú, pág. 90-107.
15. Ludmir A. Problemas diagnósticos en el conocimiento de la realidad peruana sobre el aborto séptico. *Memorias del Séptimo Congreso, Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia*, Quito-Ecuador. 1973; 1206:34.
16. Maradiegue E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana* 1987; 14: 54-58.
17. Ministerio de salud. El aborto en los establecimientos de salud del país, 57p, Lima-Perú. 1980.
18. Palma R, Linares W. El aborto en la Maternidad de Lima. *Acta Médica Peruana* 1985; 12: 86-89.
19. Schwarz R, Duverges G, Díaz AG, Fescina R. *Obstetricia*, Buenos Aires: El Ateneo; 1986.
20. Tang L y col. El aborto en el Peru. *Ginecologia y Obstetricia Lima - Perú* 1992; 38(13):78-81.
21. Távara L. Los Servicios de Salud Materna y Planificación Familiar. En: *Salud Materna y Perinatal*. (Ed. Red peruana de Perinatología) 151-62; Lima - Perú; 1990, pag 151-162.
22. Távara L, Nuñez M, Mimbela J. Consideraciones epidemiológicas del Aborto en el Cono Sur de Lima. En: *Reproducción Humana* (Ed. Colegio Médico del Perú. Lima - Perú, 1991; Pag. 258-65.
23. Távara L, Mimbela J, Nuñez M. Manejo 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* (Ed. Manuela Ramos) Lima - Perú, 1993; pág. 54-63
24. The Alan Gutmacher Institute. *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, 32p, New York: The Alan Gutmacher Institute, 1994.
25. Universidad George Washington. *Regulación menstrual, Qué es?*. Informes médicos 1973; 17:2.
26. Universidad George Washington. *Técnicas de aspiración Uterina: interrupción del embarazo*. Informes Médicos 1973; F:3.
27. Universidad George Washington. *Conceptos actuales sobre regulación menstrual*. Informes Médicos 1974; FA.
28. Viel B. El aborto inducido. Seminario Taller: Salud materna y riesgo reproductivo, aborto y esterilización, Lima - Perú; 1983 p. 87-93.