

Trabajo Original

Experiencia clínica del uso de la ficha SIP/CLAP en mujeres con aborto espontáneo resuelto por vía quirúrgica

Clinical experience of the use of the SIP/CLAP form use in women with spontaneous abortion treated by surgical means

Francisca Solar¹, Karen Rumante², Fernanda Valenzuela², María Durán², Manuela Bugueño³, Julio Jiménez⁴.

¹ Ginecóloga Referente Programa MUSA, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

² Residentes Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile Sede Centro, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

³ Interna Medicina, Universidad de Chile Sede Centro, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

⁴ Ginecólogo Obstetra y Profesor Asistente departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Sede Centro Universidad de Chile.

Proyecto Financiado por Red Centros Centinelas de atención de Mujeres en Situación de Aborto (Red CLAP MUSA). Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Organización Panamericana de la Salud, OPS.

Correspondencia a karen.rumante@gmail.com

RESUMEN

Introducción y Objetivos: En Chile, existen datos parcializados en cuanto a la prevalencia de aborto. La población migrante ha generado un cambio en las características de las pacientes en situación de aborto. El objetivo es describir las características demográficas y clínicas de las mujeres con aborto de manejo quirúrgico con y sin complicaciones.

Métodos: Estudio Descriptivo Transversal. Se incluyeron mujeres atendidas por aborto, sometidas a método de evacuación y que estuvieran ingresadas al sistema SIP/CLAP. Se compararon mujeres con o sin complicaciones con respecto a diferentes características demográficas y clínicas. Se calculó Odd Ratio para algunas variables de interés.

Resultados: Se incluyeron 554 mujeres, un 13% (N= 73) tuvo complicación al ingreso, principalmente hemorrágica (40%). Las características demográficas fueron similares en ambos grupos. Hubo mayor riesgo de complicación en mujeres con abortos previos (OR: 2,4 (IC 1,3-4,5), p =0,00), cuando el diagnóstico de ingreso fue aborto incompleto (OR: 85,3 (IC 25,2-288), p=0,00) y cuando se realizó legrado (OR: 4 (IC 2,5-6,5) p=0,00). La mayoría de las pacientes con complicaciones no planeó el embarazo (OR: 11 (IC 3,4-37,7), p=0,00) y no usó método anticonceptivo en esta gestación. El 70% recibió método anticonceptivo al egreso.

Conclusiones: Existen características clínicas asociadas a complicación en mujeres con aborto de manejo quirúrgico en nuestro centro, como diagnóstico de ingreso, embarazo no planificado, aborto previo y tipo de

evacuación. Existen limitaciones en cuanto a la cantidad y calidad de información, sin embargo, nuestros resultados permiten conocer el perfil de pacientes atendidas por aborto en nuestro centro.

Palabras claves: Aborto, legrado, mujeres, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: In Chile, there are partial data regarding the prevalence of abortion. The migrant population has generated a change in the characteristics of patients in an abortion situation. The objective is to describe the demographic and clinical characteristics of women with surgical abortion with and without complications.

Methods: Transversal Descriptive Study. Women treated for abortion, undergoing evacuation method and who were admitted to the SIP / CLAP system were included. Women with or without complications were compared with respect to different demographic and clinical characteristics. Odd Ratio was calculated for some variables of interest.

Results: 554 women were included, 13% (N = 73) had complication at admission, mainly hemorrhagic (40%). Demographic characteristics were similar in both groups. There was an increased risk of complication in women with previous abortions (OR: 2.4 (IC 1.3-4.5), p = 0.00), when the diagnosis of admission was incomplete abortion (OR: 85.3 (IC 25.2- 288), p = 0.00) and when curettage was performed (OR: 4 (IC 2.5-6.5) p = 0.00). The majority of patients with complications did not plan pregnancy (OR: 11 (IC 3.4-37.7), p = 0.00) and did not use a contraceptive method in this pregnancy. 70% received contraceptive method upon discharge.

Conclusions: There are clinical characteristics associated with complications in women with surgical management abortion in our center, such as admission diagnosis, unplanned pregnancy, previous abortion and type of evacuation. There are limitations regarding the quantity and quality of information, however, our results allow us to know the profile of patients treated for abortion in our center.

Keywords: Miscarriage, curettage, women, complications.

Cuadro de abreviaturas

Abreviatura	
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MUSA	Mujeres en situación de Aborto
SIP	Sistema Informático Perinatal
OR	Odd Ratio

INTRODUCCIÓN

La pérdida reproductiva forma parte del ciclo vital de la mujer y su enfrentamiento de forma segura es un gran desafío, ya que se deben incluir en las estrategias de manejo consideraciones éticas, interculturales y de género, que aseguren una atención integral de la mujer en situación de aborto ⁽¹⁾.

Las complicaciones del aborto siguen siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materna,

alcanzando hasta un 8% a nivel mundial ⁽²⁾, mientras que en los países en desarrollo su prevalencia es menor al 1%, e incluso menor que las complicaciones asociadas a un parto ⁽³⁾.

En Chile, existen datos parcializados en cuanto a la prevalencia de aborto. Según información oficial de los egresos por aborto de todos los establecimientos hospitalarios de Chile entre 2001 y 2010 registrados por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de

Salud de Chile, la cifra total de los egresos hospitalarios por aborto es de 334.485 con un promedio anual de 33.500 egresos ⁽⁴⁾. Con la implementación de los métodos de planificación familiar y los protocolos de atención de aborto seguro, se ha reducido la morbilidad y mortalidad materna de forma considerable ⁽¹⁾. Además, con la ley de interrupción voluntaria del embarazo promulgada en septiembre de 2017, que despenaliza el aborto en tres causales: riesgo de vida de la madre, inviabilidad fetal y por violación, existe mayor necesidad de mejorar de manera constante la atención de mujeres con este problema de salud ⁽⁵⁾.

En relación a las complicaciones durante o post atención de aborto, dependen del tipo de intervención ya sea con medicamentos, dilatación y curetaje o aspiración manual endouterina (AMEU), presencia de comorbilidades, paridad y la edad gestacional en la que ocurre el aborto ⁽⁶⁾. De las más frecuentemente documentadas incluyen: hemorragia, infección, sepsis y perforación. ⁽⁷⁾.

A pesar de que el aborto y sus complicaciones, actualmente no constituyen la principal causa de morbimortalidad en la salud de las mujeres en Chile, la población migrante ha generado un cambio en las características de las pacientes en situación de aborto. En el último tiempo, ha aumentado progresivamente la población migrante en Chile y el mundo, constituyendo este fenómeno, un importante determinante social de la salud. Lo anterior, dado que determina mayor vulnerabilidad en cuanto a la situación sanitaria de las mujeres, debido a problemas para acceder a la atención de salud, métodos de planificación familiar y controles de salud preventivos. ⁽⁸⁾ Esto genera un importante desafío para determinar si hay nuevos factores de riesgos asociados a estas complicaciones, con el fin de prevenirlas y mejorar las estrategias de manejo en estas mujeres ⁽⁹⁾.

El Centro latinoamericano de perinatología (CLAP), perteneciente a la Organización Panamericana de Salud (OPS), estableció una red de instituciones con el compromiso de mejorar la vigilancia y el cuidado en la atención de las mujeres durante el embarazo. En este contexto dos condiciones se han establecido como prioritarias en la reducción de la mortalidad materna: trabajar con mujeres con morbilidad grave o Near Miss y mujeres

en situación de aborto (MUSA) dado su peso en carga de enfermedad ⁽¹⁰⁾. Es por ello, la importancia de tener información fidedigna y oportuna que permita obtener datos para la toma de decisiones basadas en evidencia, con respecto a esta problemática.

Para cumplir este objetivo, OPS y CLAP en el año 2011, formularon un sistema informático perinatal (SIP) para la monitorización de mujeres en situación de aborto en los países de Latinoamérica y entre ellos Chile. Corresponde a una plataforma online, implementada en algunos centros centinelas como Hospital San Borja, que permite obtener reportes estadísticos periódicos de este problema de salud. La ficha CLAP, es una ficha clínica electrónica, que contiene datos demográficos y clínicos de mujeres en situación de aborto. (Figura N°1).

Por este motivo este estudio pretende describir, a través de la información disponible en este sistema informático SIP/CLAP ⁽¹¹⁾, las características demográficas y clínicas de pacientes en situación de aborto con intervención quirúrgica en el Hospital San Borja Arriarán desde julio 2016 a julio 2019 y además comparar el grupo de pacientes con y sin complicaciones, con respecto a diferentes variables de interés.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en Hospital San Borja Arriarán, centro centinela en atención de mujeres en situación de aborto, perteneciente a Red CLAP MUSA OPS. Este centro hospitalario, es un establecimiento de salud de alta complejidad, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central, posee una de las principales maternidades de la capital. Los usuarios pertenecen a las comunas de Santiago, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda, Maipú y Cerrillos. También es centro de referencia nacional en varias especialidades, recibiendo pacientes de Arica a Punta Arenas.

Se recopiló información de la ficha clínica SIP, de todas las mujeres ingresadas al sistema atendidas por aborto y a quienes se realizó intervención quirúrgica en el período Julio 2016 a Julio 2019, de un universo total de 1900 pacientes egresadas por aborto en este periodo de estudio.

Se incluyeron todas las mujeres atendidas por aborto, que requirieron manejo quirúrgico como

método de evacuación, ya sea AMEU o legrado. Se excluyeron mujeres que no estuvieran enroladas en sistema SIP, aquellas que tuvieron aborto espontáneo completo o que el manejo del aborto fuera a través de medicamentos, sin intervención quirúrgica.

Se analizó la información del total de fichas perinatales ingresadas al sistema SIP y además el subgrupo de pacientes que tuvieron alguna complicación derivada del aborto.

Las variables a analizar fueron cualitativas y cuantitativas, tanto demográficas como clínicas. Además se registró el porcentaje de datos completos en ficha SIP y datos faltantes para cada variable. De las variables demográficas, se analizó rango etario, nivel de escolaridad y nacionalidad. De las variables clínicas, presencia de comorbilidades, uso de método anticonceptivo previo, embarazo planeado, paridad, edad gestacional, diagnósticos de ingreso, motivo de consulta y antecedentes de abortos previos. De los motivos de consulta, no son mutuamente excluyentes, dado que una paciente podría presentar más de un motivo de consulta. Del ingreso, se evaluó método de evacuación, porcentaje y tipo de complicaciones. Con respecto al método de evacuación, AMEU y legrado, ambos no fueron mutuamente excluyentes, dado que existen dos casos en que se realizó ambos procedimientos en la misma paciente. Del egreso, indicación método anticonceptivo posterior a la evacuación y previo al alta. Se analizaron las mujeres con o sin complicaciones y para variables seleccionadas se calculó Odd ratio con intervalo de confianza 95% un nivel de significancia estadística $p < 0,05$. Se utilizó el programa *epiinfo* versión 7, para realizar el análisis estadístico.

Los datos se recogieron y extrajeron del sistema SIP de forma anónima, sin identificación de las pacientes. El trabajo fue aprobado por comité de ética de Servicio de Salud Metropolitano Central en Acta N° 109/06 en certificado de plenaria N°58 en Agosto de 2019.

RESULTADOS

El estudio incluyó 554 mujeres atendidas por aborto registradas en ficha perinatal. En la tabla N° 1, se describen las características demográficas, donde se incluye el porcentaje de registro de datos en la ficha

SIP. Además, se exponen los resultados en los dos grupos de estudio, complicadas y sin complicación.

Destaca que el grupo mayoritario de las pacientes atendidas por aborto estaban en el rango etario de 20-35 años, por lo que se consideró el grupo no expuesto. Las mujeres con edad mayor a 35 años tuvieron un 70% menos riesgo de padecer complicaciones en relación al grupo de mujeres de 20 a 35 años (OR: 0,3 (IC 0,1-0,5), $p = 0,00$).

Con respecto a la escolaridad, al menos un 80% tenía escolaridad secundaria y universitaria. El riesgo de padecer complicación fue 8 veces mayor en el grupo sin estudios al compararlo con el grupo con educación secundaria, sin embargo, no fue estadísticamente significativo (OR: 8,5 (IC 0,7-97,7), $p = 0,1$). Además, las mujeres con educación universitaria tuvieron 3 veces mayor riesgo de complicación con respecto al mismo grupo, con significación estadística (OR: 2,8 (IC 1,4 – 5,3, $p = 0,0$). En relación a la nacionalidad, podemos observar que el 64% de las pacientes fue extranjera, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a complicaciones entre los grupos. Es necesario reconocer el bajo porcentaje de fichas completas en relación a la escolaridad y nacionalidad, correspondiendo ambos a menos del 60% de la información requerida.

En la tabla N°2a y 2b, se describe la relación entre educación y complicaciones en el subgrupo de chilenas y extranjeras. En el cruce de estas variables, vemos que la razón de presentar una complicación versus no presentarla, es 3 veces mayor en el grupo de extranjeras con educación secundaria o universitaria comparado con ninguna educación y educación primaria (OR: 3,4 (IC 1,1- 10,4), $p = 0,04$). No así en el grupo de chilenas (OR: 0,9 (IC 0,2-4), $p = 1$).

En la tabla N°3, se describen las características clínicas, también se incluye el porcentaje de registro de datos en la ficha SIP. Ambos grupos, fueron similares en porcentajes de pacientes sin ninguna comorbilidad. De las gestaciones previas, se obtuvo el 100% de los datos, y la distribución de primigestas versus mujeres con más de una gestación previa fue similar entre los grupos. Con respecto a los abortos previos, existe 2,4 veces más riesgo de complicación con el antecedente de uno o más abortos previos (OR:

2,4 (IC 1,3-4,5), $p=0,00$). La edad gestacional al momento del diagnóstico en ambos grupos fue similar, la mayoría con diagnóstico en el primer trimestre de embarazo.

Con respecto a si el embarazo fue planeado hubo poca información, solo un 13%. Al comparar el riesgo de complicaciones existe 11 veces mayor riesgo cuando el embarazo no fue planeado (OR: 11 (IC 3,4-37,7), $p=0,00$). La mayoría de las pacientes no usó método anticonceptivo previo a esta gestación.

Con respecto a las características al ingreso y procedimiento realizado, se describen los resultados en la tabla N°4. Los motivos de consulta más frecuentes fueron metrorragia y dolor en ambos grupos de pacientes. De los diagnósticos de ingreso, al comparar ambos grupos existe 85 veces mayor riesgo de tener alguna complicación cuando el diagnóstico de ingreso es aborto incompleto versus frustrado (OR: 85,3 (IC 25,2-288), $p=0,00$). Del método de evacuación, hubo 4 veces mayor riesgo de complicación en pacientes con legrado versus AMEU (OR: 4 (IC 2,5-6,5), $p=0,00$).

De los métodos anticonceptivos post evacuación, la mayoría de las pacientes se fue con método anticonceptivo al egreso (Promedio ambos grupos 70%).

Del total de pacientes atendidas por aborto, hubo 13% (N= 73) con alguna complicación al ingreso. Los tipos de complicaciones se describen en la Figura N°2. El 40% de nuestras pacientes tuvieron complicaciones hemorrágicas y 30% sepsis. No hubo pacientes con perforación ingresadas en SIP en el periodo de estudio.

DISCUSIÓN

Con respecto a las características demográficas, la edad > 35 años aparece como un factor protector para complicaciones, sin embargo no hay literatura nacional ni internacional que lo sustente. Una hipótesis podría ser, que las mujeres mayores tienen embarazos planeados y por ende con mayor control y accesos a los servicios de salud, por lo cual ante alguna complicación consultarán precozmente. Son necesarios más estudios para comprobar esta hipótesis.

De la escolaridad, existe mayor riesgo de complicación por aborto, en mujeres con mayor

escolaridad, secundaria o universitaria, lo cual no es concordante con la literatura, ya que la mayoría de las complicaciones se dan en mujeres sin escolaridad ⁽¹²⁾. Sin embargo, es posible que la inmigración y las dificultades de acceso al sistema de salud, puedan propiciar mayores complicaciones aún con adecuada escolaridad. Al hacer análisis de subgrupos en relación a chilenas y extranjeras, encontramos 3 veces más riesgo de tener complicaciones en el grupo con mayor educación en extranjeras. Lo anterior podría explicarse, por que el estatus de migración es en sí un factor de riesgo de vulnerabilidad y acceso a salud, aunque no podemos asegurar un efecto causal, es significativo el riesgo de presentar una complicación en el grupo de extranjeras, independiente del nivel educacional.

Dentro de las variables clínicas, las comorbilidades no fueron determinantes en el porcentaje de complicaciones. Ambos grupos en su mayoría tuvieron ausencia de comorbilidades, concordante con que la población fue mayoritariamente mujeres jóvenes entre 20-35 años. Con respecto a gestaciones previas y edad gestacional al ingreso, no hubo diferencias estadísticamente significativas. El antecedente de aborto previo, tuvo 2,4 veces mayor riesgo de complicaciones por aborto con significación estadística, pero este resultado no está descrito en la literatura, no obstante, existe aumento del riesgo de aborto recurrente en mujeres con antecedentes de abortos previos ⁽¹³⁾.

Existe 11 veces mayor riesgo de complicaciones en mujeres con aborto que no planearon el embarazo, pero este dato sólo se obtuvo en un 13% de los casos. La literatura es concordante con este resultado, sin embargo los estudios son en pacientes con aborto provocado ⁽¹⁴⁾. El uso de método anticonceptivo previo, no resultó estadísticamente significativo.

Los motivos de consulta más frecuentes tanto en pacientes con y sin complicación, fueron en orden de frecuencia descendente dolor, hemorragia y fiebre. Estos hallazgos, son similares a la literatura internacional, en un estudio realizado en Perú, 99,6% sangrado, 83,9% dolor y 2% fiebre ⁽¹⁵⁾.

Al analizar los diagnósticos de ingreso, los abortos incompletos tienen mayor riesgo de complicación que los frustrados (retenidos), lo que es concordante con la

literatura internacional. Una revisión sistemática publicada en Cochrane 2012, se describe mayor riesgo de transfusión, mayor riesgo de sangrado y necesidad manejo quirúrgico no planificado, en mujeres con abortos incompletos ⁽¹⁶⁾.

Del tipo de evacuación, se realizó mayoritariamente AMEU y el grupo de legrado tuvo 4 veces mayor tasa de complicaciones que el grupo con AMEU, resultado que está ampliamente documentado en la literatura internacional ⁽¹⁷⁾.

En resumen, las fortalezas de nuestro estudio, es que no existen estudios similares nacionales ni internacionales y logramos determinar asociaciones estadísticamente significativas que pudieran determinar riesgo de complicación en mujeres atendidas por aborto como: antecedente de abortos previos, embarazo no planeado, diagnóstico al ingreso como aborto incompleto y evacuación mediante legrado. La muestra recogida de la ficha SIP/CLAP es representativa de nuestras pacientes y el registro incompleto de datos fue de manera aleatoria.

Las limitaciones de este estudio son derivadas de las dificultades para el registro de la información en la ficha SIP/CLAP y por ende la exportación de los datos de forma incompleta. La literatura internacional enfatiza la deficiente calidad de la información en países de América Latina y el Caribe, en cuanto al aborto y sus complicaciones, situación similar a la ocurrida en nuestro centro ⁽¹⁸⁾. Es necesario reforzar la importancia del sistema SIP/CLAP como herramienta de registro informático validada de forma internacional, para poder extrapolar los resultados a otros grupos de interés ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

Existen características clínicas asociadas a complicación en mujeres atendidas por aborto en nuestro centro, como diagnóstico de ingreso, embarazo no planificado, antecedente de aborto previo y tipo de evacuación. Existen limitaciones en cuanto a la cantidad y calidad de información, sin embargo, nuestros resultados permiten conocer el perfil de pacientes atendidas por aborto en nuestro centro y así planificar estrategias de mejora en la atención. Futuros estudios deben apuntar a completar las fichas de manera detallada y poder aprovechar de

forma eficiente este recurso clínico e informático, con el objetivo de generar planes de prevención y manejo del aborto de forma segura en nuestra realidad local.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer el apoyo financiero y estratégico de la Organización mundial de la Salud, Organización panamericana de la Salud y el Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.

Asesores Regionales y estadísticos, Unidad de investigación Clínica y epidemiológica Uruguay.

Personal clínico y administrativo, servicio de Ginecología Hospital San Borja Arriarán.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. . 1st Ed. Santiago 2011.
2. Caron R Kim, Ózge Tuncalp, Bela Ganatra, Ahmet Metin.. WHO Multi-Country Survey on Abortion-related Morbidity and Mortality in Health Facilities: study protocol. *BMJ Glob Health* 2016;1:e000113. doi:10.1136/bmjgh-2016-000113
3. FIGO/WHO Task Force. Abortion: a professional responsibility for obstetricians and gynecologists: Workshop Final Report. Cemicamp, Campinas, Brasil, March, 1997.
4. Ramiro Molina-Cartes,, Temístocles Molina,, Ximena Carrasco, Pamela Eguiguren. Profile of abortion in Chile, with extremely restrictive law. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013, 3, 732-738
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en la alguna de las tres causales que regula la ley 21.030. 1st Ed. Santiago 2018.
6. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y de gestión de prevención y tratamiento. Ginebra 1995.
7. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra 2014.
8. Ministerio de Salud. Políticas de salud de Migrantes Internacionales 2018.
9. María Teresa Valenzuela, Pamela San Martín, Gabriel Cavada. Aborto, ¿es un problema de

- salud pública en Chile en el campo de la salud materno-perinatal? Rev Med Chile 2017; 145: 1013-1020
10. Organización Panamericana de Salud. Red CLAP MUSA. Red de centros centinelas de atención a mujeres en situación de aborto. Uruguay 2015.
 11. Fescina Rh. Sistema Informático Perinatal e historia clínica perinatal. CLAP/SMR 2011.
 12. Elva Díaz, Luisa Álvarez, Ubaldo Farnot. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 27, n. 1, p. 26-35, 2001.
 13. Alfredo Germain, Cecilia Fabres, Cristián Huidobro, Emilio Fernández. Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. Revista médica Clínica Las Condes 2014, 25(6) 898-907.
 14. Second- Trimester Abortion. Practice Bulletin. Obstetrics and Gynecology vol. 121, no. 6, June 2013.
 15. Margarita Manríquez. Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en Hospital Nacional de Daniel Alcides entre enero a julio de 2003. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia, Lima Perú 2004. .
 16. Nanda K, López LM, Grimes DA, Peggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane database Syst Rev 2012 Mar 14;(3):CD003518.
 17. Tunçalp Ö , Gülmezoglu AM , Souza JP . Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage . Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 , Issue 9 . Art. No.: CD001993 . DOI: 10.1002/14651858.CD001993.pub2
 18. Ana Langer. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica 2002;11:192-205.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características Demográficas de las mujeres en situación de aborto con intervención quirúrgica según la presencia o ausencia de complicaciones.

Característica	% Datos	Total	Complicaciones (N=73)		Sin Complicaciones (N=481)		OR (IC 95%)	P
			N	%	N	%		
Edad	N		N	%	N	%		
< 20 años	554/554	17	04/73	5,4	13/481	2,7	1,5(0,5-4,7)	0,51
20-35 años	100%	342	59/73	80,8	283/481	58,8	1	
> 35 años		195	10/73	13,6	185/481	38,4	0,3(0,1-0,5)	0,00
Escolaridad	N		N	%	N	%		
Ninguno	217/554	3	2/59	3,4	1/158	0,6	8,5 (0,7-97,7)	0,10
Primaria	39%	17	5/59	8,5	12/158	7,6	1,8 (0,6-5,5)	0,34
Secundaria		126	24/59	40,7	102/158	64,6	1	
Universitaria		71	28/59	47,5	43/158	27,2	2,8 (1,4-5,3)	0,0
Nacionalidad	N		N	%	N	%		
Chilenas	290/554	104	21/73	28,8	83/217	38,3	1	
Extranjeras	52,4%	186	52/73	71,2	134/217	61,8	1,6 (0,9-2,8)	0,16

Tabla N°2a Nivel de educación en mujeres chilenas según complicación o no

Chilenas	Complicadas	No Complicadas	OR (IC 95%)	P
Ninguna Educación/Primaria	3	8	1	
Secundaria/Universitaria	16	40	0,9 (0,2-4)	0,04

Tabla N°2b Nivel de educación en mujeres extranjeras según complicación o no

Extranjeras	Complicadas	No Complicadas	OR (IC 95%)	P
Ninguna Educación/Primaria	4	25	1	
Secundaria/Universitaria	36	67	3,4 (1,1-10,4)	0,04

Tabla 3. Características clínicas de las mujeres en situación de aborto con intervención quirúrgica.

Característica	% Datos	Total	Complicadas (N=73)		Sin Complicaciones (N=481)		OR (IC 95%)	P
Comorbilidades *	N		N	%	N	%		
Ninguno	501/554	359	66/73	90,4	293/428	68,5	1	
Al menos una	90%	93	6/73	8,2	87/428	20,3	0,3 (0,1-0,7)	0,00
Dos o más		49	1/73	1,4	48/428	11,2	0,1 (0,0-0,6)	0,00
Gestas Previas	N		N	%	N	%		
Primera	554/554	139	22/73	30,1	117/481	24,3	1	
2 o más	100%	415	51/73	69,9	364/481	75,7	1,3 (0,8-2,3)	0,3
Abortos Previos	N		N	%	N	%		
Sin Abortos	554/554	265	22/73	30,1	243/481	50,5	1	
1 aborto previo	100%	134	24/73	32,9	110/481	22,9	2,4 (1,3-4,5)	0,00
2 o más		155	27/73	37	128/481	26,6	2,4 (1,3-4,3)	0,01
Edad Gestacional **	N		N	%	N	%		
I trimestre	506/554	459	63/73	86,3	396/438	90,4	1	
II trimestre	91,3%	47	5/73	6,9	42/438	9,6	0,7 (0,3-2,0)	0,66
Embarazo Planeado	N		N	%	N	%		
Sí	73/554	20	6/50	12	14/23	60,9	1	
No	13%	53	44/50	88	9/23	39,1	11 (3,4-37,7)	0,00
MAC previo	N		N	%	N	%		
Sí	327/554	116	15/34	44,1	101/332	30,4	1	
No	59%	250	19/34	55,9	231/332	69,6	0,6 (0,3-1,1)	0,12

(*): Comorbilidades como Tuberculosis, diabetes, Hipertensión crónica, Preeclampsia, Eclampsia, Otros.

(**): Edad gestacional definida como, primer trimestre hasta las 12 semanas más 6 días y segundo trimestre desde las 13 a las 23 semanas más 6 días.

Tabla N°4. Características clínicas al ingreso de las mujeres en situación de aborto con intervención quirúrgica.

Características	% Datos	Total	Complicadas (N=73)	Sin Complicaciones (N=481)		OR (IC 95%)	P
Motivo Consulta	N		N	%	N	%	
Metrorragia	554/554	380	70/73	95,9	310/481	64,5	
Dolor	100%	231	46/73	63	185/481	38,5	
Fiebre		36	23/73	31,5	13/481	2,7	
Otros		57	3/73	4,1	54/481	11,2	
Diagnóstico Ingreso	N		N	%	N	%	
Espontáneo	242/554	99	66/73	90,4	33/169	19,5	85,3 (25,2-288,7)
Frustrado	44%	131	3/73	4,1	128/169	75,7	1
Otros		12	4/73	5,5	8/169	4,7	21,3 (4,1-112,1)
Tipo Evacuación	N		N	%	N	%	
AMEU	556/554	401	34/75	45,3	367/479	76,6	1
Legrado	100%	154	41/75	54,6	112/479	23,4	4,0 (2,4-6,5)
MAC post	N		N	%	N	%	
Sí	469/554	300	58/73	79,5	242/396	61,1	1
No	84,7%	169	15/73	20,6	154/396	38,9	0,4 (0,2-0,7)

HISTORIA CLINICA - MUJERES EN SITUACION DE ABORTO - CLAP/SMR - OPS/OMS

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ALFA BETA: no si

ESTUDIOS: ninguno primario secundario universitarios

ESTADO CIVIL: casado unión estable soltera otro

Lugar de procedencia:

Lugar del parto/aborto:

DOMICILIO:

EDAD (años): años en el mayor nivel < de 15 > de 35

ESTADO CIVIL: vive sola no si

1ª Identidad:

LOCALIDAD / MUNICIPIO:

TELEF:

ANTECEDENTES

FAMILIARES: no si

PERSONALES: no si

OBSTETRICOS: no si

gestas previas: no si

abortos: no si

vaginales: no si

nacidos vivos: no si

viven: no si

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año

menos de 1 año: no si

ULTIMO PREVIO: normal no si

EG CONFABLE por FUM: no si

EGO <20 s: no si

ANTECEDENTES: no si

FUMACT: no si

FUM PAS: no si

DROGAS: no si

ALCOHOL: no si

EMBARAZO PLANEADO: no si

FRACASO METODO ANTICONCEP: no si

GRUPO: Rh - Rh +

PESO ANTERIOR: Kg

TALLA (cm):

EG CONFABLE por FUM: no si

EGO <20 s: no si

ANTECEDENTES: no si

FUMACT: no si

FUM PAS: no si

DROGAS: no si

ALCOHOL: no si

EMBARAZO PLANEADO: no si

FRACASO METODO ANTICONCEP: no si

GRUPO: Rh - Rh +

ADMISSION POR ABORTO: si

MOTIVO DE CONSULTA: no si

ABORTO LEGAL: no si

EDAD GESTACIONAL:

ACOMPANANTE: no si

PROCEDENCIA: no si

TRANSPORTE: ambulancia personal publico desconocido

TRaslADO DESDE OTRO SERVICIO: no si

TIEMPO DE TRASLADO: días horas minutos

PRE - PROCEDIMIENTO

SIGNOS VITALES: PULSO PRESION ARTERIAL TEMPERATURA FRECUENCIA RESPIRATORIA HEMOGLOBINA VDRL/RPR TIT. SIFILIS VIH

LABORATORIO: no si

SINTOMATOLOGIA: no si

COMPLICACIONES: no si

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: completo desconocido incompleto no aplica

EXAMEN CLINICO: lucida soporosa excitada comatosa

EXAMEN GINECOLOGICO: normal no si

ECO: no si

ANALGESIA: no si

SANGRADO: leve moderado severo

DOLOR: no si

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO

FECHA DE PROCEDIMIENTO: día mes año hora min

MADURACION CERVICAL: no si

EVACUACION UTERINA: no si

AMBIENTE: no si

HALLAZGOS:

OTROS PROCEDIMIENTOS: No si

POST-PROCEDIMIENTO

FECHA de procedimiento: día mes año hora min

Consejería/Información: oral escrito ring

EGRESO: no si

TIPO DE EGRESO: egreso médico contra voluntad médica fallece

CONDICION AL EGRESO: sana con patología traslado muerte

ANTICONCEPCION: no si

ACO "píldora": soluble recb inyectable implante

ANTIRUBEOLA: no si

REFERIDA: No Si

RESPONSABLE:

HCP: ESP_Aborto (18-04-2016) Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Figura 1. Sistema Informático Perinatal SIP/CLAP



Figura 2. Tipos de complicaciones de pacientes atendidas por aborto con intervención quirúrgica.