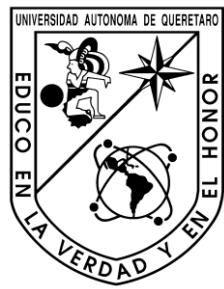


2025

“Apego al lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023”

Tonalí Torres Fuentes



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina \_\_\_\_\_

“Apego al lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023”

Trabajo escrito

Que como parte de los requisitos para obtener el  
diploma de:

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Med. Gral. Tonalí Torres Fuentes

Dirigido por:

Med.Esp. Gustavo Chávez Gómez

Facultad de Medicina UAQ

Junio, 2025

**La presente obra está bajo la licencia:**  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



## CC BY-NC-ND 4.0 DEED

### Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

#### **Usted es libre de:**

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

#### **Bajo los siguientes términos:**



**Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.



**NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



**SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

#### **Avisos:**

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



## **Portada Interna de Tesis**

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

“Apego al lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023”

### **TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma/grado de la

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

#### **Presenta:**

Med. Gral. Tonalí Torres Fuentes

#### **Dirigido por:**

Dr. Gustavo Chávez Gómez

### **SINODALES**

Med. Esp. Gustavo Chávez Gómez

Presidente

Med.Esp. Fabián Hilario Mendoza

Secretario

Med.Esp. Juan Manuel Camacho Rendón

Vocal

Med.Esp. Manuel Alcocer Alcocer

Suplente

Med.Esp. Ivette Mata Maqueda

Suplente

**Centro Universitario**

**Querétaro, Qro.**

**Junio, 2025**

## RESUMEN

El aborto es la finalización, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos. La OMS define un aborto inseguro como "un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias, o en un entorno que carece de estándares médicos mínimos, o ambos". Los abortos seguros tienen una tasa de mortalidad de menos del 0.2%, mientras que las tasas de mortalidad del aborto inseguro varían del 4.7 al 13.2%. La tasa de letalidad del aborto inseguro es de 30 por cada 100,000 procedimientos en América Latina. Las complicaciones del aborto inseguro en México son la quinta causa más común de muerte materna (involucrando cerca del 6% al 8% de todas las muertes relacionadas con el embarazo). Existe evidencia epidemiológica de que los abortos inseguros conducen a un aumento de la morbilidad materna. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el porcentaje de adherencia al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro durante el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, en el periodo comprendido entre marzo de 2022 y marzo de 2023. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se revisaron inicialmente 243 expedientes clínicos, de los cuales se excluyeron tres: uno por diagnóstico histopatológico de mola completa y dos por documentación incompleta. La muestra final incluyó 240 expedientes. Se planeó la hipótesis de que el apego al lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Marzo 2022 a Marzo 2023, se encuentra mayor al 90 %. La adherencia fue evaluada con base en el cumplimiento de los diez pasos establecidos en el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro, encontrando un apego total de 98.79%.

Palabras clave: Aborto seguro, lineamiento técnico, OMS, porcentaje de apego.

## **SUMMARY**

Abortion is the spontaneous or induced termination of a pregnancy before 22 weeks of gestation or when the fetus weighs less than 500 grams. The WHO defines unsafe abortion as “a procedure for terminating an unwanted pregnancy, performed by individuals lacking the necessary skills, or in an environment that does not meet minimum medical standards, or both.” Safe abortions have a mortality rate of less than 0.2%, while the mortality rates for unsafe abortions range from 4.7% to 13.2%. The case fatality rate for unsafe abortion is 30 per 100,000 procedures in Latin America. Complications from unsafe abortions in Mexico are the fifth most common cause of maternal death (accounting for approximately 6% to 8% of all pregnancy-related deaths). There is epidemiological evidence that unsafe abortions lead to increased maternal morbidity. The objective of this study was to determine the percentage of adherence to the Technical Guidelines for Safe Abortion Care during the first trimester at the Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, during the period from March 2022 to March 2023. An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted. Initially, 243 clinical records were reviewed, of which three were excluded: one due to a histopathological diagnosis of complete mole and two due to incomplete documentation. The final sample included 240 records. The hypothesis was that adherence to the Technical Guidelines for Safe Abortion Care during the first trimester at the Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer from March 2022 to March 2023 would be greater than 90%. Adherence was evaluated based on compliance with the ten steps established in the Technical Guidelines for Safe Abortion Care, revealing an overall adherence rate of 98.79%.

Keywords: Safe abortion, technical guidelines, WHO, adherence percentage.

## **DEDICATORIA**

A mi madre, tías y hermanas por estar presentes cada día y recibir su apoyo incondicional durante toda mi formación como médico y ser humano. Y a Matías por ser la razón.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a la Universidad Autónoma de Querétaro por darme la oportunidad de formar parte de una de las mejores Universidades del país brindándome las herramientas para poder desempeñarme profesionalmente.

Agradezco a todos los médicos y Obstetras del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer por contribuir en mi formación como residente brindándome conocimiento y apoyo en cada etapa de mi desarrollo como Ginecóloga.

Agradezco al Dr. Gustavo Chávez, Dr. Fabian Hilario y a la Dra. Ivette Mata por estar interesados y colaborar activamente en mi investigación. Por brindarme su tiempo y recomendaciones.

## INDICE

	<b>Página</b>
Resumen	III
Summary	IV
Dedicatoria	V
Agradecimientos	VI
Índice	VII
Índice de gráficas y tablas	VIII
Abreviaturas y siglas	IX
I. INTRODUCCIÓN	10
II. REVISIÓN DE LITERATURA	10
• Antecedentes	10
III. HIPÓTESIS	14
IV. OBJETIVOS	14
V. METODOLOGÍA	14
• Diseño	14
• Definición de universo	14
• Tamaño de la muestra	15
• Tipo de muestreo	15
• Criterios de selección	15
• Criterios de inclusión	15
• Criterios de exclusión	15
• Criterios de eliminación	15
• Definición de variables y unidades de medida	16
• Organización de la investigación	19
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
VII. CONCLUSIONES	29
VIII. BIBLIOGRAFÍA	30

## ÍNDICE DE GRAFICAS Y TABLAS

<b>Gráfica</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Relación entre cada uno de sus apartados de acuerdo con el lineamiento técnico de aborto seguro y su porcentaje de apego.	22
2	Programación de cita de seguimiento.	23
3	Asistencia a cita de seguimiento en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia.	23
4	Tipo de antibiótico utilizado.	24
5	Tipo de aborto atendido.	25
6	Método anticonceptivo utilizado.	26
7	Edad de las pacientes atendidas.	26
8	Semanas de gestación, frecuencia y porcentaje.	27

<b>Tabla</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Relación entre cada uno de sus apartados de acuerdo con el lineamiento técnico de aborto seguro y su porcentaje de apego.	21
2	Relación entre semanas de gestación, frecuencia y porcentaje.	27

## **ABREVIATURAS Y SIGLAS**

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- D&E: Dilatación y Evacuación
- ACOG: American College of Obstetrics and Gynecologist
- RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud define como aborto a la terminación de un embarazo antes de las 22 SDG o producto con peso de menos de 500 gramos.

La falta de acceso a un aborto seguro hace que el 45 % de todos los abortos del mundo sean inseguros lo cual representa complicaciones a largo plazo como infertilidad y dolor crónico.

Las características que un aborto seguro debe cumplir son: condiciones sanitarias adecuadas, con personal médico capacitado, bajo métodos reconocidos por la OMS para garantizar efectividad y minimice riesgos, la paciente deberá tener acceso a la atención postoperatoria, asegurando una recuperación adecuada, sin complicaciones y finalmente deberá ser informada sobre el procedimiento y sus alternativas bajo su consentimiento de manera autónoma, así como ofrecer consejería en cuanto a métodos anticonceptivos, con el objetivo de brindar en nivel más alto de bienestar físico, mental sexual y reproductivo a todas las mujeres que soliciten atención.

El presente estudio tiene como objetivo general determinar el porcentaje de apego al lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023. Para ello se llevó a cabo un estudio Observacional, descriptivo y transversal, analizando los expedientes de pacientes con atención de aborto del primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Este trabajo tiene relevancia dado que nos permitirá analizar las áreas de oportunidad para brindar una mejor atención a todas las usuarias, que se reflejará en una disminución de la morbilidad materna.

## **II. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

El aborto es la finalización, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos. Hablando

de abortos inducidos en el mundo, 6 de cada 10 embarazos son terminados voluntariamente, donde el 45% de estos son inseguros, con el 97% ocurriendo en entornos con bajos recursos. (17)

La OMS define un aborto inseguro como "un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias, o en un entorno que carece de estándares médicos mínimos, o ambos" (16, 18, 19). Esto es importante porque la atención deficiente conduce a muchas complicaciones (10, 14). Un tercio de los abortos complicados son estadísticamente en el segundo trimestre, ya que la edad gestacional en el momento del aborto influye en las tasas de mortalidad (7, 9).

Las complicaciones del aborto inseguro incluyen hemorragia, septicemia, peritonitis, lesiones cervicales y de vísceras abdominales (14). Del 20% al 30% resulta en infecciones del tracto genital, las cuales pueden extenderse al tracto genital superior en el 20% al 40% de los casos. Una de cada cuatro mujeres experimentará una discapacidad temporal o permanente que requiera atención médica después de tales procedimientos (22).

La atención postabortion juega un papel crítico en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna; la calidad de la atención se ha enfocado mucho en la atención segura del aborto (1, 10, 25). Una de las complicaciones del aborto es el aborto séptico, definido como la infección de los productos de la concepción (feto y placenta) que lleva a bacteriemia localizada en el espacio intervelloso materno, creando toxinas que liberadas en la circulación sistémica podrían llevar a daño endotelial que resulta en disfunción de órganos distantes. Aquí, el tratamiento es quirúrgico (evacuación de productos infectados) y se da una cobertura antibiótica de amplio espectro (7).

La OMS recomienda el uso de regímenes de dilatación y evacuación para los abortos, así como el aborto con medicamentos que se puede utilizar en cualquier edad gestacional (11). En pacientes sometidos a D&E, el uso de antibióticos profilácticos es preferido y reduce el riesgo de infección hasta en un 40% (13). Uno de los regímenes más ampliamente aceptados es doxiciclina 100 mg por vía oral

una hora antes del procedimiento, luego 200 mg post evento quirúrgico. Este manejo nos lleva a menos complicaciones que el aborto con medicamentos y es el tratamiento aceptado en anomalías de la placentación (13).

Los medicamentos usados hoy en día para inducir el aborto son mifepristona y misoprostol, siendo la mifepristona un modulador selectivo del receptor de progesterona actuando como antiprogestágeno, con acciones que incluyen necrosis decidual, ablandamiento cervical, contractilidad uterina y aumento de la sensibilidad a las prostaglandinas (28).

El misoprostol, es un análogo de la prostaglandina E1 que conduce al ablandamiento cervical y contracciones uterinas (3, 8). La administración de misoprostol se prefiere hacer de manera sublingual ya que el tiempo de expulsión es más corto en comparación con la vía oral. El régimen más efectivo para el aborto con medicamentos es mifepristona, seguido 24–48 horas después por misoprostol (2, 5, 11,18). Esta intervención tiene el máximo beneficio 36–48 horas post administración de mifepristona (15), reduciendo así el tiempo de inducción (de 7 a 9 horas) y requiriendo menos dosis de misoprostol, así como una disminución en el manejo del dolor (1).

Existen condiciones médicas para las cuales el aborto con medicamentos es preferible a la intervención quirúrgica, incluidas patologías que distorsionan el canal cervical o la cavidad uterina. De igual manera, existen contraindicaciones para su uso, como la sospecha de embarazo ectópico, terapia corticosteroide sistémica extendida, insuficiencia adrenal crónica, coagulopatía, terapia anticoagulante, porfiria hereditaria e intolerancia o alergia a la mifepristona o misoprostol (4, 11, 12, 15).

En todo el mundo, la tasa es de 64 embarazos no planificados por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años). El aborto representa el 61% de los embarazos no deseados. Esto se traduce en una tasa global de aborto de 39 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años (23). La tasa nacional de aborto es de 7 abortos por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años (29). En todo el mundo, casi 73 millones de abortos se realizan cada año. A nivel global, al menos 22 millones de estos son

inseguros, y el 98% de ellos ocurren en naciones en desarrollo. Un 45% de abortos globales, fueron inseguros entre 2010 y 2014.

Los abortos seguros tienen una tasa de mortalidad de menos del 0.2%, mientras que las tasas de mortalidad del aborto inseguro varían del 4.7 al 13.2%. La tasa de letalidad del aborto inseguro es de 30 por cada 100,000 procedimientos en América Latina (29, 24). Las complicaciones del aborto inseguro en México son la quinta causa más común de muerte materna (involucrando cerca del 6% al 8% de todas las muertes relacionadas con el embarazo) (27). Existe evidencia epidemiológica de que los abortos inseguros conducen a un aumento de la morbilidad materna (2,19, 21, 25).

En lugares donde el acceso legal al aborto está restringido, la incidencia del aborto no disminuye; en cambio, aumentan las prácticas de aborto inseguro, como muestra la experiencia (26). Los abortos inseguros son una de las principales causas de complicaciones en regiones donde ya sea el aborto está restringido, o no se dispone de personal capacitado, anticoncepción o servicios de atención post aborto (19). En nuestro país, el marco legal puede haber cambiado, pero los servicios y la tecnología segura o actualizada son limitados.

Establecer condiciones de higiene, personal médico capacitado, en base a la metodología de acuerdo a la OMS para la efectividad y la minimización de riesgos, atención postoperatoria que garantice la correcta evolución, sin complicaciones, buena información al paciente sobre el procedimiento quirúrgico y las alternativas, toma de decisiones autónoma, y consejo contraceptivo, etc., para proporcionar a todas las mujeres que necesiten asistencia el mayor nivel de salud física, mental, sexual y reproductiva: un derecho a la salud en sí mismo. (6, 20, 19). El aborto debe ser regulado como una forma de cuidado médico ordinario (20).

Las habilidades y estándares médicos necesarios para proporcionar un aborto seguro dependen de la edad gestacional y del método más reciente basado en la evidencia.

### **III. HIPOTESIS**

El apego al lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Marzo 2022 a Marzo 2023, se encuentra mayor al 90 %.

### **IV. OBJETIVOS**

- Objetivo general.

Determinar el porcentaje de apego al lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023.

- Objetivos específicos.

Conocer el tipo de manejo médico o quirúrgico aplicado a estas pacientes

Conocer la consejería de anticoncepción aplicado a estas pacientes

Determinar porcentaje de mujeres que recibieron atención postabortion

Identificar si se proporciona información acerca de las características del procedimiento, efectos adversos y datos de alarma

Determinar el uso de antibiótico profiláctico

Describir el apego al Lineamiento según el apartado de 10 pasos

### **V. METODOLOGÍA**

Este estudio fue realizado en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer ubicado en Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario, Querétaro, Querétaro.

**Diseño.**

Observacional, descriptivo y transversal.

**Definición del universo.**

Expediente de Paciente con atención de aborto en el primer trimestre, atendida en el Hospital de Especialidades del Niño y la mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023.

**Tamaño de la muestra.** Universo 551 pacientes

Tamaño de la muestra ajustado para población finita: 240 pacientes.

**Tipo de muestreo:** Por conveniencia.

**Criterios de selección:****Criterios de inclusión:**

- Expedientes clínicos completos
- Expedientes de pacientes con atención de aborto del primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la mujer de Marzo 2022 a Marzo 2023.

**Criterios de exclusión:**

- Expedientes de pacientes que hayan ingresado con aborto completo
- Expedientes de pacientes que hayan rechazado el tratamiento propuesto (ya sea médico o quirúrgico)
- Expedientes de pacientes con atención de aborto del segundo trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la mujer
- Pacientes que hayan sido atendidas en otro Hospital

**Criterios de eliminación:**

- Expediente de Mujeres con resultado de patología que descarte aborto.
- Expedientes clínicos incompletos.

### Definición de variables y unidades de medida.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable. Escala de medición	Indicador
Aborto	Terminación, espontánea o inducida, de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa nominal	Si/ No
Aborto seguro	Procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas con capacitación y experiencia, en un ambiente que se ajusta a estándares médicos mínimos.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa ordinal	Si/ No

Edad gestacional	Semanas contadas a partir de la fecha de ultima regla.	Edad gestacional de acuerdo con la historia clínica del expediente clínico.	Cuantitativa continua	Trimestre.0-11.6 sdg 12-25.6 sdg 26- 42 sdg
Anticoncepción	Empleo de medicamentos, dispositivos o cirugía para prevenir el embarazo.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa nominal	Si/ No
Consentimiento informado	Proceso mediante el cual una persona recibe toda la información relevante sobre un tratamiento, intervención o procedimiento que se le va a realizar, y luego da su acuerdo de manera voluntaria y consciente.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa nominal	Si/ No

Valoración médica	Evaluación completa que realiza un profesional de la salud con el objetivo de conocer el estado de salud de una persona.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa nominal	Si/ No
Efectos adversos	Respuesta no deseada y perjudicial que ocurre como resultado del uso de un medicamento, tratamiento o intervención médica.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa nominal	Si/ No
Riesgos psicosociales	Factores que pueden afectar la salud mental y emocional de las personas.	Se tomará del expediente clínico	Cualitativa nominal	Si/ No

## **ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información:**

#### **Fuentes de selección**

- Para la selección de los datos, se tiene censado el número de pacientes que fueron atendidas con diagnóstico de aborto del primer trimestre en el periodo de tiempo de Marzo de 2022 a Marzo 2023 en los censos anuales del Hospital de Especialidades del niño y la Mujer.
- Se seleccionaron un total de 240 expedientes de acuerdo con el tamaño de la muestra ajustado para población finita en el periodo de tiempo de Marzo de 2022 a Marzo 2023 y se analizó el apego al Lineamiento de aborto seguro, según el apartado de 10 pasos.
- Se contó con el apoyo de archivo clínico para recabar los expedientes del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer que cuenten con el diagnóstico de aborto del primer trimestre.

#### **Técnicas y procedimientos de recolección de información**

Se recopiló el nombre de las pacientes con diagnóstico de aborto del primer trimestre de los censos anuales del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo de tiempo de Marzo de 2022 a Marzo 2023, con ello se solicitó de manera directa a archivo clínico los expedientes clínicos para recopilación de la información como edad, diagnóstico, fecha de atención, procedimiento realizado, método de planificación familiar utilizado, tipo de aborto, tipo de antibiótico administrado, así mismo se desarrolló una base de datos de acuerdo a apartado de 10 pasos donde se analizó el apego a lineamiento técnico de aborto seguro en un archivo de Microsoft Excel. Finalmente se realizó un análisis estadístico que incluía las variables de estudio.

## **Definición del plan de procesamiento y presentación de la información:**

### **Definición del plan de procesamiento**

- Se identifica un total de 243 expedientes de mujeres diagnosticadas con aborto del trimestre en el periodo de tiempo de Marzo de 2022 a Marzo 2023, se eliminaron 3 expedientes; 1 con resultado de patología de mola completa y 2 expedientes incompletos.
- Se recopilan datos como edad, diagnóstico, fecha de atención, procedimiento realizado, método de planificación familiar utilizado, tipo de aborto, tipo de antibiótico administrado.
- Se desarrolla una base de datos en un apartado de 10 pasos donde se analiza el apego a lineamiento técnico de aborto seguro.
- Se realiza un análisis estadístico descriptivo.

### **Presentación de la información**

Se presentan graficas de barras y tablas que muestran la distribución de las variables y los resultados clave.

## **IV. Resultados y discusión**

Se revisaron un total de 243 expedientes de pacientes que presentaron aborto del primer trimestre en el periodo comprendido de Marzo 2022 a Marzo 2023, de los cuales se eliminaron 3 expedientes, 1 con resultado de patología de mola completa y 2 expedientes incompletos.

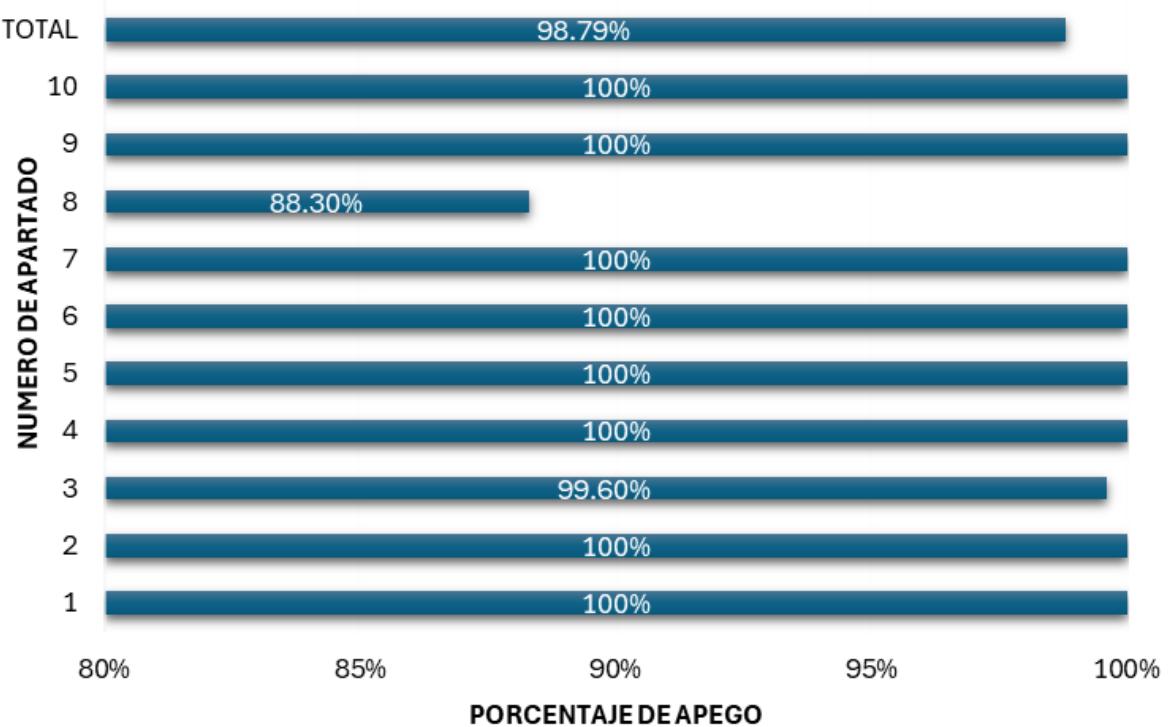
De acuerdo con el apartado de 10 pasos correspondiente al lineamiento técnico de atención de aborto seguro, encontramos un apego total de 98.79%, encontrando en el apartado 8 un menor porcentaje de apego que corresponde al 88.3%, seguido del apartado 3 con un 99.6%.

**Tabla 1. Relación entre cada apartado de 10 pasos de acuerdo con el lineamiento técnico de aborto seguro y su porcentaje de apego.**

Número de apartado	Porcentaje de apego
1. Se realiza contacto con usuaria que solicita atención de aborto seguro.	100%
2. Se realiza valoración médica que incluye exploración física, ultrasonido y toma de laboratorios.	100%
3. Consejería para toma de decisiones, manejo de alternativas de anestesia y anticoncepción.	99.60%
4. Elección de procedimiento en base a la decisión de la usuaria y la valoración clínica.	100%
5. Se proporciona información acerca de las características del procedimiento, efectos adversos y datos de alarma.	100%
6. Firma de consentimiento informado y método anticonceptivo elegido.	100%
7. Se lleva a cabo el procedimiento médico/quirúrgico en base a las normativas.	100%
8. Se programa consulta para seguimiento médico.	88.30%
9. Se identifican otras problemáticas de salud o riesgos psicosociales.	100%
10. En caso de identificar un problema, se da referencia a Unidad médica y/o servicio especializado en atención de violencia.	100%
<b>TOTAL</b>	<b>98.79%</b>

**Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro**

**Gráfica 1. Relación entre cada uno de sus apartados de acuerdo con el lineamiento técnico de aborto seguro y su porcentaje de apego.**

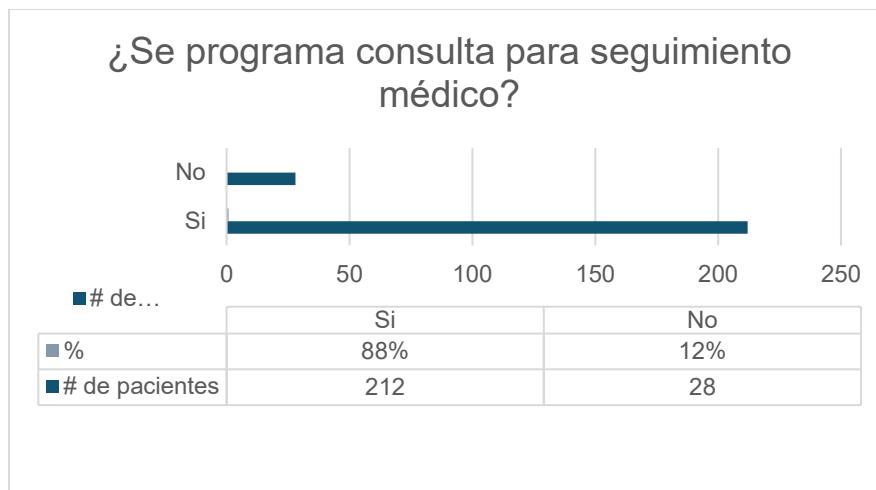


**Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro**

De las 240 pacientes se programó cita de seguimiento a la consulta externa a 212 pacientes, que corresponde con el 88% del total, el 12% restante corresponde a un total de 28 pacientes que se dieron de alta sin programar su cita.

## Gráfica 2. Programación de cita de seguimiento.

N=240

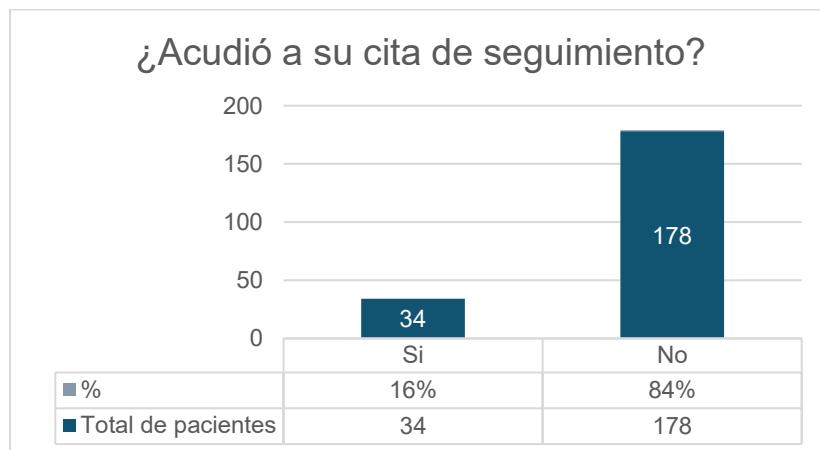


Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro

De las 212 pacientes a las cuales se le programó cita a la consulta externa, únicamente 34 pacientes acudieron a su cita de seguimiento que corresponde con el 16% del total.

## Gráfica 3. Asistencia a cita de seguimiento en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia.

N=212

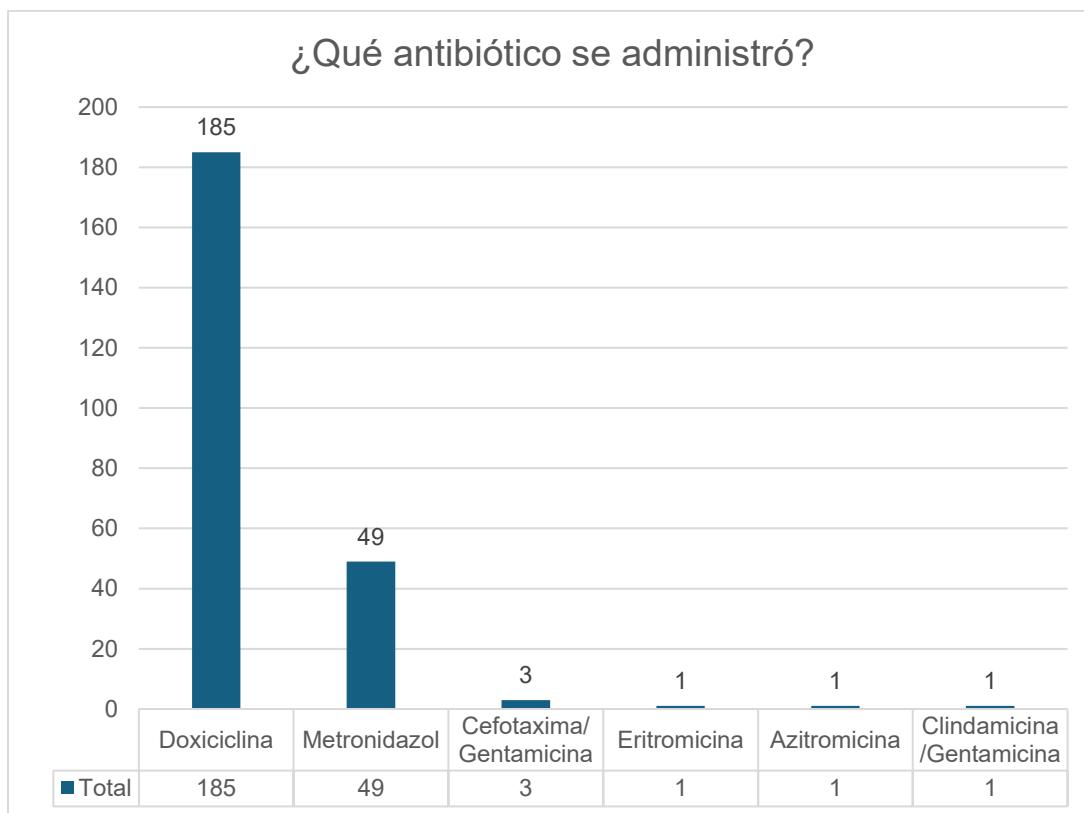


Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro

Con respecto al antibiótico utilizado se encontró: a un total de 185 pacientes se les administró doxiciclina, a 49 pacientes metronidazol, 3 pacientes cefotaxima con gentamicina, 1 paciente clindamicina con gentamicina; estas cuatro últimas corresponden con abortos sépticos. 1 paciente recibió azitromicina y finalmente 1 paciente con eritromicina.

**Gráfica 4. Tipo de antibiótico utilizado.**

N=240



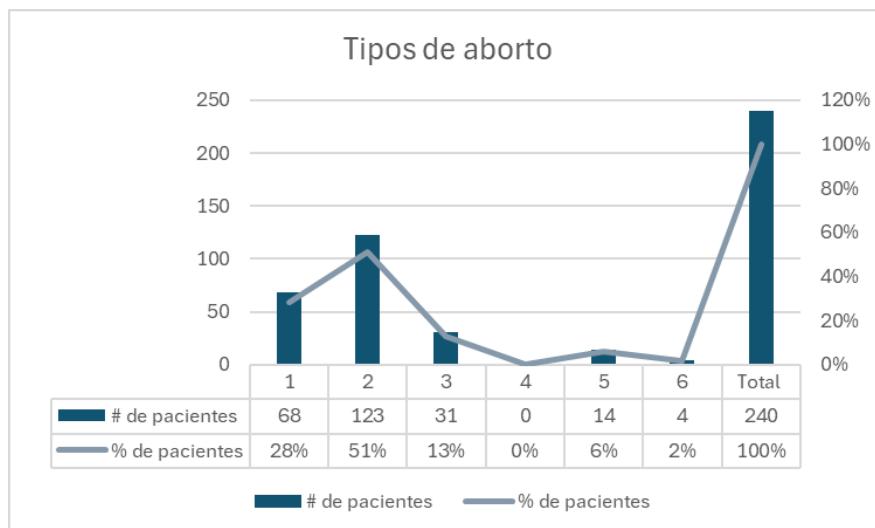
**Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro**

En cuanto al tipo de aborto del primer trimestre atendido en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo de tiempo de Marzo 2022 a Marzo 2023, encontramos: 68 pacientes atendidas con aborto diferido que corresponde al 28%; 123 pacientes con aborto incompleto que corresponde al 51%; 31 pacientes

con embarazo anembriónico que corresponde al 13%; ningún aborto inevitable; 14 pacientes con aborto en evolución que corresponde al 6% y finalmente 4 pacientes con aborto séptico que corresponde con el 2% del total de pacientes atendidas.

#### Gráfica 5. Tipo de aborto atendido.

N=240

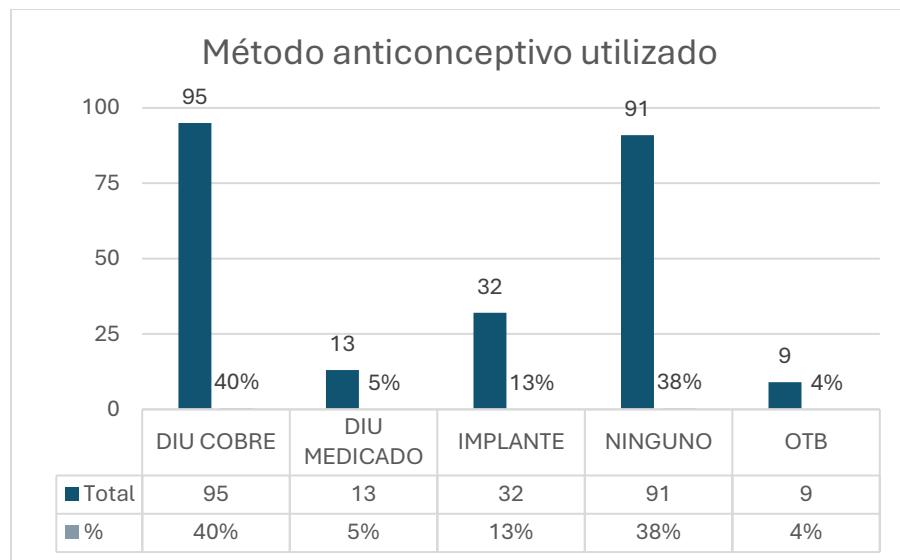


Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro

De acuerdo con la base de datos, en cuanto a método de planificación familiar utilizado, del total de 240 pacientes: 95 pacientes solicitaron DIU de cobre correspondiendo al 40%; 13 pacientes DIU medicado que corresponde al 5%; 32 pacientes implante correspondiendo con el 13%, 91 pacientes rechazaron método anticonceptivo con 38% del total de pacientes y 9 pacientes solicitaron OTB que corresponde al 4% del total de pacientes atendidas.

### Gráfica 6. Método anticonceptivo utilizado.

N=240

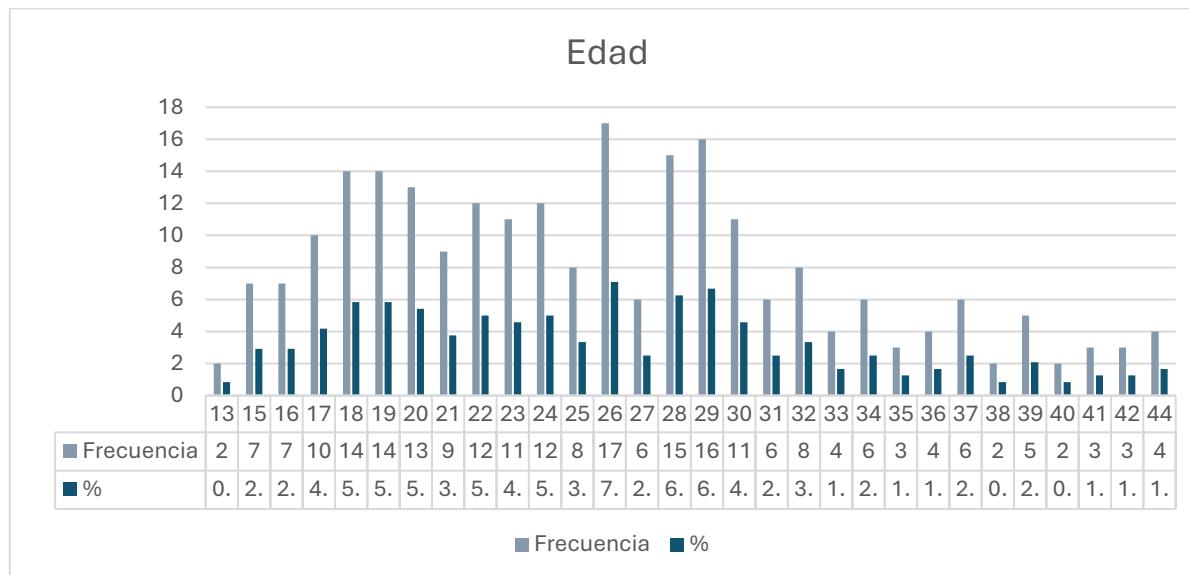


Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro

La media de edad de pacientes atendidas fue de 26 años.

### Gráfica 7. Edad de las pacientes atendidas.

N=240



Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro

La media de edad gestacional al momento de su atención fue de 8.5 SDG.

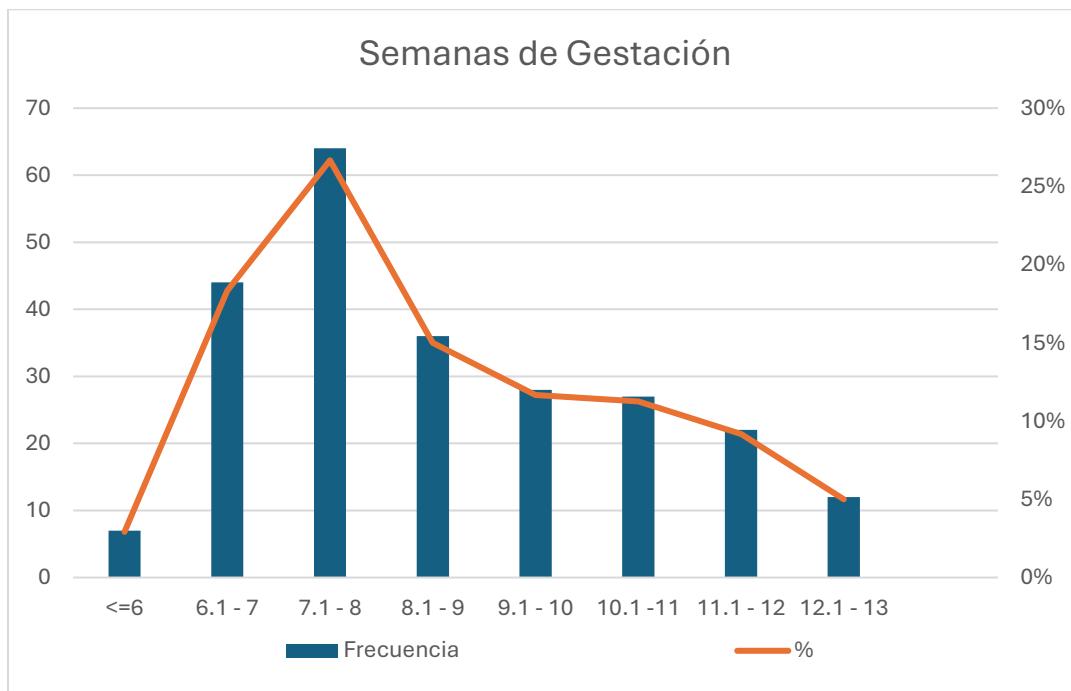
**Tabla 2. Relación entre semanas de gestación, frecuencia y porcentaje.**

SDG	Frecuencia	%
<=6	7	3%
6.1 - 7	44	18%
7.1 - 8	64	27%
8.1 - 9	36	15%
9.1 - 10	28	12%
10.1 - 11	27	11%
11.1 - 12	22	9%
12.1 - 13	12	5%

**Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro**

**Gráfica 8. Semanas de gestación, frecuencia y porcentaje.**

N=240



**Fuente: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Querétaro**

## **DISCUSIÓN**

La media de edad gestacional al momento de la atención de aborto fue de 8.5 SDG, aún no se tienen registros en la literatura de una media de edad gestacional en abortos del primer trimestre, sin embargo, se refiere que hasta un 92% de los abortos se presentan a una edad gestacional menor a las 13 SDG (Bridwell RE et al., 2022).

La media de edad de pacientes atendidas fue de 26 años este resultado fue contrario a lo que menciona ACOG, donde se asocia un mayor riesgo de pérdida conforme la edad materna avanzada, con un porcentaje de pérdida para las mujeres de 20 a 30 años del 9-17%, que aumenta al 20% a los 35 años; a un 40% a los 40 años y finalmente un 80% a los 45 años. En cuanto a estadística la mayor tasa de abortos se presenta de los 20 a 29 años (Bridwell RE et al., 2022)

Al comparar el tipo de antibiótico utilizado, se observó que la Doxiciclina es la terapia más utilizada; similar a las recomendaciones de la literatura. (Cameron, 2022; ACOG, 2018; RCOG, 2022). En relación con el tratamiento de aborto séptico, se administró en 3 pacientes Cefotaxima y Gentamicina y en 1 paciente Clindamicina y Gentamicina, este último tratamiento concuerda con lo indicado en la literatura (Schenbach, 2015; Wall LL et al., 2022; Bridwell RE et al., 2022)

Se encontró que el aborto incompleto se presentó en un 51%, siendo el más frecuente en la población estudiada, sin embargo, por ACOG solo se reporta al aborto como espontáneo.

El apego al lineamiento técnico de atención de Aborto Seguro en el primer trimestre en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer De Marzo 2022 a Marzo 2023 de acuerdo con el apartado de 10 pasos es del 98.7% cumpliéndose con la hipótesis de trabajo.

## V. CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron un alto porcentaje de apego al lineamiento técnico de Atención de Aborto Seguro en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, de acuerdo con el apartado de 10 pasos.

Encontrando menor porcentaje de apego en la consulta de seguimiento médico, en este estudio se analizó únicamente el seguimiento a pacientes a las que se realizó aspiración manual endouterina y aunque la tasa de complicaciones mayores es baja sobre todo en el primer trimestre; se recomienda seguimiento entre los 7 y 21 días posterior al evento, encontrando un seguimiento del 16%, resultado que nos indica una falta seguimiento médico en una proporción importante.

Hablando de anticoncepción, se ha documentado que el retorno a la fertilidad es inmediato independientemente del tratamiento llevado a cabo, es indispensable que la usuaria quede claramente al tanto de esta situación previo a su alta, y que en el momento de su estancia hospitalaria se evalúe su deseo de embarazo a corto, mediano y largo plazo, para brindar la consejería adecuada sobre los diversos métodos anticonceptivos que se ofrecen por parte del Hospital y en caso de no contar con el método acorde a las necesidades, preferencias y riesgos de la usuaria; realizar referencia a su unidad de Salud para otorgar dicho método. En conclusión, los servicios de asesoramiento, educación y planificación familiar después de la atención de aborto deben ofrecerse rápidamente, lo que ayudará a evitar la repetición de aborto, así como una disminución en la morbilidad y mortalidad materna.

En cuanto a estrategias se propone implementar programas dirigidos a hombres, con la finalidad de fomentar conciencia para una adecuada planificación familiar ya que se ha visto que la mayoría de las pacientes dudan ante el uso de métodos anticonceptivos en base a la opinión de su pareja. Así mismo reforzar la educación, sensibilización y difusión masiva durante la estancia intrahospitalaria de cada paciente en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y la importancia del seguimiento médico, adaptándose al contexto social y cultural de las usuarias. De manera que se logre aumentar el porcentaje de seguimiento en la consulta externa.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Libr [Internet]. 208 [citado el 6 de septiembre de 2024]; Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD006714/FERTILREG\\_metodos-quirurgicos-versus-medicos-para-el-aborto-inducido-del-segundo-trimestre](https://www.cochrane.org/es/CD006714/FERTILREG_metodos-quirurgicos-versus-medicos-para-el-aborto-inducido-del-segundo-trimestre)
2. Fathalla MF. Safe abortion: The public health rationale. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020;63:2–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010>
3. Shantikumar U, Bagga R, Kalra J, Jain V, Suri V, Singh A, et al. Second-trimester medical abortion with misoprostol preceded by two sequential doses of mifepristone: An observational study. J Obstet Gynaecol India [Internet]. 2022;72(Suppl 1):26–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13224-021-01521-x>
4. Royal College of Obstetricians, Gynecologists. Best practice in abortion care. 2022 [citado el 6 de septiembre de 2024]; Disponible en: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1633>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin no. 200: Early pregnancy loss. Obstet Gynecol [Internet]. 2018;132(5):e197–207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002899>
6. Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. Obstet Gynecol [Internet]. 2006;107(1):128–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000189095.32382.d0>
7. Eschenbach DA. Treating spontaneous and induced septic abortions. Obstet Gynecol [Internet]. 2015;125(5):1042–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000795>
8. LI . Carbonell J, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sánchez C. Misoprostol vaginal para el aborto del segundo trimestre temprano. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2000 [citado el 6 de septiembre de 2024];26(1):28–35. Disponible en:

- en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2000000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000100005)
9. Wall LL, Yemane A. Infectious complications of abortion. Open Forum Infect Dis [Internet]. 2022;9(11):ofac553. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ofid/ofac553>
10. Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2015;129(2):98–103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.011>
11. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020;63:37–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008>
12. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Society of Family Planning. Medication abortion up to 70 days of gestation: ACOG practice bulletin, number 225. Obstet Gynecol [Internet]. 2020;136(4):e31–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004082>
13. ACOG Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. Obstet Gynecol [Internet]. 2013;121(6):1394–406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc>
14. Volkov VG, Granatovich NN, Survillo EV, Pichugina LV, Achilgova ZS. Abortion in the structure of causes of maternal mortality. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2018;40(6):309–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1657765>
15. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. Reprod Health Matters [Internet]. 2008;16(31 Suppl):162–72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31371-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31371-8)
16. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México [Internet]. gob.mx. [citado el 6 de septiembre de 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>

17. Bridwell RE, Long B, Montrief T, Gottlieb M. Post-abortion complications: A narrative review for emergency clinicians. *West J Emerg Med* [Internet]. 2022;23(6):919–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2022.8.57929>
18. Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion. *F1000Res* [Internet]. 2018;7:1881. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.15441.1>
19. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2009;31(12):1149–58. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34376-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34376-6)
20. Fathalla MF. Abortion: Professional responsibility beyond safe healthcare. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020;62:1–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.007>
21. Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2011;115(1):77–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.018>
22. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Internet]. Who.int. [citado el 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://apo.who.int/publications/i/item/safe-abortion-technical-and-policy-guidance-for-health-systems-second-edition>
23. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020;8(9):e1152–61. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6)
24. El aborto inducido en México DS. En *Resumen InBrief* [Internet]. Gob.mx. [citado el 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/54566/Datos\\_sobre\\_aborto\\_inducido\\_en\\_Mexico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/54566/Datos_sobre_aborto_inducido_en_Mexico.pdf)

25. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG [Internet]. 2016;123(9):1489–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13552>
26. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet [Internet]. 2017;390(10110):2372–81. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31794-4)
27. Juarez F, Singh S, Garcia SG, Olavarrieta CD. Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? Int Fam Plan Perspect [Internet]. 2008;34(4):158–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1363/ifpp.34.158.08>
28. Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, Diaz C, Aracena B, Garcia SG, et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. Reprod Health Matters [Internet]. 2009;17(33):120–32. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)33432-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(09)33432-1)
29. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander LT, Schiavon R. Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000-2016. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2020;148(3):369–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13077>