

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en
pacientes con aborto incompleto en Hospital Belén de Trujillo
en el año 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR:

LEÓN NUREÑA, JUAN CARLOS

ASESOR:

DR. ALCANTARA ASCON RENE

TRUJILLO – PERU

Enero 2016

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme dado la vida y ser parte de una gran familia; por permitirme brindar ayuda a quienes más lo necesiten; por ser mi guía y fortaleza ante situaciones difíciles; por protegerme día a día y guiar mi camino, porque sin Dios no sería nada.

A MIS PADRES

Porque gracias a ellos soy lo que soy, por sembrar en mí la humildad, honradez, bondad, solidaridad y el trabajo; por ser mis únicos y verdaderos amigos, por brindarme su apoyo incondicional y compartir junto a mí, mis logros y desaciertos,

A MIS HERMANOS

Por brindarme su apoyo incondicional y ser mis ejemplos a seguir; mostrándome la realidad de la vida y lo maravillosa que puede ser si nos esforzamos y vamos tras nuestros sueños dando asiduidad a lo que hacemos.

A MIS ABUELITOS

Por darme los mejores padres, criados en una cultura de vida llena de valores; por cuidar de mí, en ausencia de mis padres por motivos de trabajo y tener que soportar mis travesuras.

A CECI

Por ser mi compañía y apoyo incondicional en todo momento; por ser mi motivación a conseguir más logros y mejorar como ser humano.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y poder ser partícipe de la recuperación de quienes lo necesiten, siempre con fe y su bendición. A mis padres Juan Manuel León Plasencia y Rosa Isabel Nureña de León por ser mis verdaderos amigos y escultores de este ser que intenta ser cada día mejor como ellos lo son. A mis hermanos Manuel Alexander, José Luis y Daniel Enrique por su apoyo incondicional. A mis abuelitos Alejandro Wilberto Nureña Rodríguez, “papá Alejito” por mostrarme lo que significa ser humilde, justo y trabajador; y Alcira Catalina León Lezcano “mamá Catita” por haberme brindado tanto amor y cariño durante los maravillosos años que compartí junto a ella y que desde el cielo sigue cuidando de mí.

A mi Asesor, Dr. Rene Alcántara Ascon, por brindarme su valioso conocimiento y ayuda desinteresada en la realización de esta investigación. Así mismo hago extensivo mi agradecimiento a los miembros del jurado.

ÍNDICE

	Pág.
PAGINA DE MIEMBROS DE JURADO	ii
PAGINA DE ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
INDICE	04
RESUMEN	05
ABSTRACT.....	06
INTRODUCCION.....	07
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	31
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
Anexos:.....	41

RESUMEN

Objetivo: Determinar la sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con aborto incompleto en Hospital Belén de Trujillo en el año 2015

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, de pruebas diagnósticas. La población de estudio estuvo constituida por 80 pacientes con sospecha de aborto incompleto; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin aborto incompleto.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a edad, grado de instrucción y estado civil. La distribución de hallazgos ecográficos en pacientes fue: aborto incompleto 93% y no aborto 7%. La distribución de hallazgos anatomopatológicos en pacientes fue: aborto incompleto 93% y no aborto 7%. La sensibilidad y especificidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto fue 98% y 83% respectivamente.

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto fue 98% y 83% respectivamente.

Palabras Clave: Sensibilidad diagnóstica, ultrasonografía transvaginal, aborto.

ABSTRACT

Objective: To determine the sensitivity diagnosed with transvaginal ultrasonography in patients with suspected abortion in Bethlehem in Trujillo Hospital in 2015

Material and Methods: A study of analytical , observational , retrospective type of diagnostic tests was conducted . The study population consisted of 80 patients with suspected abortion; who they were divided into 2 groups: those with and without abortion .

Results: No significant differences between the study groups in relation to age, level of education and marital status were noted. The distribution of sonographic findings in patients with abortion was: abortion 93 % and no abortion 7%. The distribution of pathologic findings in patients with abortion was: abortion 93 % and no abortion 7 % . The sensitivity and specificity of ultrasound findings in the diagnosis of abortion was 98 % and 83 % respectively

Conclusions: The sensitivity and specificity of ultrasound findings in the diagnosis of abortion was 98 % and 83 % respectively.

Keywords: Sensitivity diagnosed, transvaginal ultrasound, abortion.

I. INTRODUCCION

1.1. Marco teórico:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera aborto a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gr de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado ⁽¹⁾. El aborto precoz es el que ocurre antes de las 12 semanas de gestación, y el aborto tardío es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación. La sintomatología más frecuente en un aborto espontáneo es el sangrado vaginal y el dolor hipogástrico en el contexto de una historia de amenorrea. La terminología no ha sido estandarizada por lo que hay mucha variación en los términos usados ^(2,5): Amenaza de aborto. El síntoma más habitual es el sangrado vaginal acompañado de un leve dolor hipogástrico. Al examen clínico se objetiva un cérvix cerrado, un tamaño uterino acorde a la edad gestacional y actividad cardiaca fetal positiva, si la gestación es lo suficientemente avanzada. Entre el 90 y el 96 por ciento de las gestaciones que presentan actividad cardiaca positiva y sangrado vaginal entre las semanas 7 y 11, continuaran sin problemas la gestación, ese porcentaje es mayor cuanto mayor es la edad gestacional ^(3,6). Aborto en curso, inevitable o inminente. Cuando el aborto es inminente, el sangrado y el dolor aumentan y el cérvix se dilata (orificio cervical interno > 8 mm). Pueden visualizarse restos ovulares a través del orificio cervical o en vagina si la expulsión del producto ya se ha iniciado. 5 Aborto incompleto. El cuadro clínico se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio cervical aparece abierto, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional. El diagnóstico ecográfico no siempre es fácil y aunque no existe consenso, se suele utilizar un grosor de la línea media uterina mayor o igual a 15 mm, medida con

sonda vaginal ⁽⁹⁾. Además, la presencia de una ecogenicidad heterogénea hace sospechar la existencia de restos ovulares en el útero. Aborto completo. Éste sucede cuando se produce la expulsión completa del tejido embrionario. Ocurre aproximadamente en un tercio de los casos. Clínicamente se manifiesta por la desaparición del dolor y del sangrado activo, un útero de tamaño normal y bien contraído, con cérvix cerrado. El diagnóstico se basa en un grosor de la línea media uterina menor de 15 mm. Aborto retenido. Se refiere a la muerte “in útero” del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo. Según la imagen ecográfica se distinguen dos tipos: el aborto diferido, en el que se observa un embrión sin latido y la gestación anembrionada (“huevo huero”), en el que se observa un saco mayor o igual a 18 mm sin identificarse embrión con o sin latido. Clínicamente el útero suele ser más pequeño de lo esperado, generalmente el cérvix está cerrado y no existe sangrado activo. La ecografía es la base del diagnóstico. Aborto séptico. Los datos clínicos del aborto séptico incluyen fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia purulento. La exploración genital evidencia un útero blando con cérvix dilatado y sangrado genital, purulento o no. La analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda. La infección suele deberse al *Staphylococcus aureus*, bacilos Gram negativos o cocos Gram positivos. También pueden encontrarse infecciones mixtas con anaerobios y hongos. La infección se puede diseminar dando lugar a salpingitis, peritonitis y septicemia. Es una complicación frecuente en abortos ilegales ^(1,3,5,6)

En lo que respecta al diagnóstico, en la anamnesis se debe estimar la edad gestacional en base a la fecha de última regla, la duración habitual del ciclo menstrual, la existencia y tipo de irregularidades menstruales, y la fecha en que se obtuvo la primera prueba de embarazo positiva. La sintomatología generalmente consiste en amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal, si bien, dada la realización de estudios ecográficos cada vez más precoces, en muchas ocasiones las pacientes se encuentran asintomáticas en el momento del diagnóstico.^(4,6,7)

Exploración física Es importante, en principio, confirmar la estabilidad hemodinámica de la paciente y descartar un abdomen agudo. Se debe realizar

especuloscopia para comprobar el origen, la cantidad y el aspecto del sangrado, y una exploración bimanual para constatar si existe dilatación cervical, si el tamaño y la forma uterina son acordes con los datos menstruales, y si se identifican masas anéxales.^(8,9,10.)

El diagnóstico de certeza debe establecerse mediante la exploración ecográfica. Su realización es obligatoria ante cualquier embarazada con sospecha de aborto^(11,12). Se debe emplear sonda vaginal siempre que se disponga de ella^(13,14,15). Ser cauto, y en caso de duda repetir la exploración tras un intervalo de tiempo (7 días) para evitar un falso diagnóstico de aborto. Los signos ecográficos que permiten de forma inequívoca el diagnóstico de aborto diferido son: Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalo-caudal (LCC) >5 mm^(16,17). Saco gestacional con un diámetro medio de ≥ 08 mm sin evidencia de saco vitelino en su interior o ≥ 18 mm sin embrión^(18.). La ecografía posee su ya reconocida importancia en Ginecología, sin embargo la sensibilidad y efectividad, así como la ultrasonografía transvaginal presente una utilidad sustantiva para la evaluación de los órganos pelvianos femeninos. Sin embargo, su máximo desempeño se limita a los diagnósticos gineco obstétricos debido a que es el mayor interés de los profesionales que la realizan, Pineros y colaboradores mencionan al respecto que la ecografía transvaginal tiene una eficacia diagnostica del 68 al 86%⁽¹⁹⁾ El Ultrasonido transvaginal para confirmar el diagnóstico de aborto completo tiene un valor predictivo de 98%.⁽²⁰⁾ La ecografía transvaginal cumple un papel muy importante en la evaluación de la cavidad uterina durante el aborto espontáneo al detectar los productos de concepción retenidos. Estos podrían causar sangrado o corioamnionitis. La visualización de una masa anecogénica y vascularizada dentro de la cavidad uterina apoya el diagnóstico de restos retenidos. El Examen ecográfico transvaginal tiene sensibilidad de 100% y una especificidad de 80% para diferenciar el aborto espontaneo completo del incompleto⁽²¹⁾

Determinación de β -HCG Resulta de utilidad como complemento a la ecografía en caso de que no se pueda establecer con seguridad la localización de la gestación. A partir de niveles >1000 mUI/ml es factible localizar la gestación por ecografía transvaginal. Cuando los niveles de β -HCG superan las 1.500 mUI/ml, es posible localizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos. En

una gestación intrauterina viable, los niveles de β -HCG tienden a duplicar su valor cada 48 horas. Si el incremento es menor, se debe sospechar la presencia de una gestación ectópica. Cuando los niveles disminuyen a los 2 días nos encontramos ante una gestación no viable, ya sea intrauterina o ectópica ^(16,22)

1.2. Introducción

La mejora de la salud materna era uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, el número de muertes maternas ha disminuido en un 43%. ⁽²⁾

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.^(1,2,4) Las principales complicaciones, causantes de las muertes maternas, son: 56% en la etapa de puerperio, 26% durante el embarazo y 14% durante el parto. Entre las principales causas directas se menciona la hemorragia obstétrica (43%), trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (35%), embarazo que termina en aborto (15%), infecciones relacionadas al embarazo (6%) y anomalías del trabajo de parto (1%) ^(1, 3, 5,23)

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de

muerres maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ^(24,25)

Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial ^(23,26)

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. ^(27, 28,30)

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. ^(29,31,33)

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida ⁽³²⁾ El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. ^(34,35,36)

1.3. Antecedentes:

Papaioannou G, et al en Norteamérica en el 2011 quienes desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la utilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de aborto en gestantes con hemorragia del primer trimestre por medio de un diseño de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 729 gestantes con aborto y 4698 sin esta condición , reconociendo para esta técnica una especificidad de 86% y una asociación significativa con el diagnóstico de esta entidad ($p < 0.05$).⁽³⁷⁾

Abdallah Y, et al en Arabia en el 2011 quienes desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la utilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de aborto en gestantes con hemorragia del primer trimestre, por medio de un diseño de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 1060 gestantes; identificando una sensibilidad del 97% y una especificidad del 91% así como asociación significativa entre los hallazgos y el referido diagnóstico ($p < 0.05$).⁽³⁸⁾

Abdallah Y, et al en Arabia en el 2011 quienes desarrollaron una investigación con el propósito de precisar la utilidad de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de aborto en gestantes con hemorragia del primer trimestre por medio de una revisión de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 359 gestantes observando un valor de especificidad de 90%, así como la significancia estadística correspondiente⁽³⁹⁾.

1.4. Identificación del Problema

Estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos. ^(1, 6) Según estadísticas de la organización mundial de la salud se estima que 46 millones de embarazos terminan en aborto inducido cada año, alrededor de 20 millones de estos se realiza de manera no segura. ⁽⁹⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) calcula que la incidencia del aborto en Latinoamérica es la más alta del mundo, donde cuatro de cada diez embarazos terminan en abortos. ⁽²⁾ Otros expertos, como Ahman y Shah (2002), concluyen que la tasa más elevada de abortos a nivel mundial se observa en América Latina, con 29 abortos por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años de edad. ⁽¹⁰⁾ La frecuencia del aborto identificado clínicamente aumenta de 12% en mujeres menores de 20 años, a 26% en quienes tienen más de 40 años. La frecuencia de aborto aumenta si la mujer concibe en los siguientes 90 días de haber dado a luz un producto de término. ^(40,42)

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 409 en el 2014, lo que representa un descenso de 10% en éste índice según fuente de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA. Al 2015 el número de muertes maternas es de 80; por departamentos quien presento el mayor índice es actualmente Lima con 11 casos, continua Cajamarca y Loreto con 07 casos; y en tercer lugar La Libertad con 06 casos. Según el número de DIRESA/DISA 2015 Lima Sur 11 casos, La Libertad y Loreto 9 casos y en tercer lugar Junín 07 casos, Según regiones naturales la sierra 38%, la selva 32% y la costa 30%, según grupos de edad comprendidos entre 10 a 44 años, el mayor porcentaje entre los 20-24 años con 21.7% continua 35-39años con 20.3% y tercero entre 15-19 años con 18.8% ⁽⁰⁵⁾

1.5. Justificación.

El aborto incompleto es un problema significativo de salud pública en muchos países, como se demuestra por la alta proporción de pacientes con aborto incompleto ingresadas a las salas de ginecología. Las complicaciones relacionadas con el aborto contribuyen significativamente a la mortalidad y la morbilidad materna.

El hecho de que la mujer se haya incorporado completamente a la vida laboral, y que por ese motivo planifique la maternidad, unido a la disponibilidad de test de embarazo fiables en cualquier farmacia, hace que las gestaciones y sus interrupciones, se diagnostiquen cada vez más en estadios muy precoces, convirtiéndose en uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias de nuestros hospitales.^(37,39,48) Alrededor del 25% de las mujeres experimentarán un aborto precoz, entendiendo como tal el que se produce antes de las 12 semanas, a lo largo de su vida ⁽⁴²⁾. El aborto espontáneo clínico se produce entre el 8 y el 20% de los embarazos, y el 80% acontece antes de la duodécima semana ^(43,44,46). Hasta hace poco tiempo, la mayoría de las mujeres con aborto espontáneo se sometían a un legrado, porque se asumía que el tejido retenido aumentaba el riesgo de infección y hemorragia. No obstante, hay estudios que sugieren que estas complicaciones sólo afectan a menos del 10% de las mujeres que abortan, por lo que el tratamiento quirúrgico debe ser indicado sólo ante circunstancias específicas (grado de recomendación C) ^(45,47). Además, en los últimos años, estamos asistiendo a un cambio en la práctica médica, sobre todo en nuestra especialidad. Las pacientes demandan técnicas menos intervencionistas y, por ello, está en auge la posibilidad del tratamiento médico o farmacológico del aborto, o incluso el tratamiento expectante, en los que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica. ^(49,50)

1.6. Formulación del Problema Científico

¿Cuál es la sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con sospecha de aborto incompleto en Hospital Belén de Trujillo en el año 2015?

1.7. Objetivos

Objetivo General

Determinar la sensibilidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con sospecha de aborto incompleto en Hospital Belén de Trujillo en el año 2015

Objetivos Específicos

- Determinar la especificidad diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con sospecha de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015.
- Determinar el valor predictivo positivo de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con sospecha de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015.
- Determinar el valor predictivo negativo de la ultrasonografía transvaginal en pacientes con sospecha de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015.
- Comparar edad, estado civil, procedencia y grado de instrucción entre pacientes con aborto incompleto.

1.8. Hipótesis

Hi: La ultrasonografía transvaginal tiene sensibilidad diagnóstica en pacientes con sospecha de aborto en Hospital Belén de Trujillo en el año 2015.

H₀: La ultrasonografía transvaginal no tiene sensibilidad diagnóstica en pacientes con sospecha de aborto en Hospital Belén de Trujillo en el año 2015

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1.Poblaciones

Población Diana o Universo:

Mujeres con sospecha de Aborto en el Hospital Belén de Trujillo del año 2015

Población de Estudio:

Criterios de Inclusión

- Todas las historias clínicas de pacientes con sospecha de aborto de enero a diciembre 2015.
- Historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a legrado uterino con legras y/o AMEU en el 2015.
- Historias clínicas de pacientes con informe ecográfico.
- Historias clínicas con informe Anatomopatológico.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas que no dispongan de diagnóstico clínico, ecográfico y Anatomopatológico evaluados en este trabajo de investigación.
- Historias clínicas con datos incompletos respecto a variables incluidas en esta investigación.

2.2.Muestra

Unidad de análisis

Es cada una de las pacientes, con sospecha de aborto incompleto a quienes se les realizó legrado uterino, atendida en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero - Diciembre 2015 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Unidad de muestreo

Informe anatomopatológico.

Tamaño muestral

Se utilizará la siguiente ecuación para calcular el tamaño muestral en un estudio de cohorte ²¹:

$$N = \frac{n'}{4} \left(1 + \sqrt{\frac{1 + 2(c+1)}{n' c |p_0 (RR-1)|}} \right)^2$$

$$\text{donde: } n' = \frac{\left(z_{\alpha} \sqrt{(c+1) p (1-p)} + z_{\beta} \sqrt{c p_0 (1-p_0) + p RR (1-p_0 RR)} \right)^2}{c (p_0 (1-RR))^2}$$

$$p = \frac{(p_0 RR) + (p_0 + c)}{1 + c};$$

- $q = 1 - P;$

- P_0 = es la frecuencia de la condición en estudio en la población no expuesta, expresada en forma decimal: 0,05 (5 %);
- RR es el riesgo relativo que se considere digno de ser detectado (o mayor): RR =1 significa que el factor de exposición no se encuentra asociado a un aumento del riesgo, puesto que este es igual en expuestos y no expuestos;
- c = es la relación numérica de expuestos/no expuestos (muestra si las cohortes son de igual tamaño o no);
- α es el error α y $z \alpha$ es su respectivo valor z ;
- β es el error β y $z \beta$ es su respectivo valor z ;

El tamaño muestral se tomara en 80 historias clínicas

2.3.Diseño del Estudio

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y retrospectivo

Diseño específico

Analítico, observacional, retrospectivo de pruebas diagnósticas.

		Valoración anatomopatológica	
		Aborto	No Aborto
Valoración ecográfica	Aborto	a	b
	No aborto	c	d

SENSIBILIDAD: $a / a + c$

ESPECIFICIDAD: $d / b + d$

VALOR PREDICTIVO PROPOSITIVO: $a / a + b$

VALOR PREDICTIVO NEGATIVO: $d / c + d$

EFICIENCIA: $a + d / a + b + c + d$

2.4. Variables

- **Variable Dependiente:** Pacientes con sospecha de Aborto Hospital Belén de Trujillo del año 2015
- **Variable Independiente:**
 - Valoración ecográfica

2.5. Definición operacional

Variable	Definición de Variable	Operacionalización de Variable	Tipo de Variable	Escala de Variable	Indicadores	Índice
Aborto Incompleto	Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable	Resultados obtenidos de las historia clínicas del diagnóstico de ingreso	cualitativa	nominal	Aborto incompleto	Si presenta / No presenta
Edad	Periodo de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta el momento del legrado	Resultado obtenido de las historias clínicas	cuantitativa	De Razón	Fecha de nacimiento	< 15 años 15-24años 25-35 años >35años

<p>Grado De Instrucción</p>	<p>es el máximo nivel de estudio de la paciente, ya sea que lo haya completado o no</p>	<p>Resultado obtenido de las historias clínicas</p>	<p>cuantitativa</p>	<p>ordinal</p>	<p>Nivel de Escolaridad</p>	<p>Ninguna Primaria Secundaria Superior</p>
<p>Estado Civil</p>	<p>Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos</p>	<p>Resultado obtenido de las historias clínicas</p>	<p>cualitativa</p>	<p>nominal</p>	<p>Datos RENIEC</p>	<p>Soltera Casada Viuda Divorciada</p>

<p>Procedencia</p>	<p>Lugar donde ha vivido hasta hace cuatro meses.</p>	<p>Resultado obtenido de las historias clínicas</p>	<p>cualitativa</p>	<p>nominal</p>	<p>Referencia de la paciente en la historia clínica</p>	<p>Rural Urbano</p>
<p>Diagnóstico clínico</p>	<p>Diagnóstico que realiza el médico tratante luego de evaluar a paciente</p>	<p>Resultado obtenido de las historias clínicas</p>	<p>cualitativa</p>	<p>ordinal</p>	<p>Aborto incompleto</p>	<p>Si/No</p>

<p>Diagnostico ecográfico</p>	<p>Técnica de imagen que permite ver órganos y estructuras blandas del cuerpo, por medio de ondas sonoras</p>	<p>Resultado obtenido de las historias clínicas</p>	<p>cualitativa</p>	<p>ordinal</p>	<p>visualización de una masa anecogénica y vascularizada dentro de la cavidad uterina</p>	<p>Si/No</p>
<p>Diagnóstico Anatomopatológico</p>	<p>Diagnóstico que realiza el patólogo al describir macroscópica y microscópicament e la pieza obtenida</p>	<p>Resultado obtenido de las historias clínicas</p>	<p>cualitativa</p>	<p>ordinal</p>	<p>Restos fetales</p>	<p>Si/No</p>

2.6.Procedimientos

- Se tomara los datos de historias clínicas con sospecha de Aborto incompleto que fueron sometidas a legrado uterino de enero a diciembre del 2015
- Se tomara datos de reportes anatomopatológicos de las muestras obtenidas de legrados uterinos a pacientes con diagnóstico clínico de aborto.
- Se revisará que cumplan con los criterios de selección.
- Para un mejor orden en la obtención de datos se utilizara una ficha de recolección diseñada para los fines de investigación
- Luego los datos serán trasladados a una base de datos del SPSS IBM STATISTIC v-23 para su procesamiento.

2.7.Recolección y Análisis de Datos

Los datos serán recolectados de manera directa y ordenada de cada una de las historias clínicas seleccionadas del Hospital belén de Trujillo. Y el procesamiento de la información será automático y se utilizará una computadora Intel Core i5 con Windows 8 y el Paquete estadístico SPSS v. 20. Los datos obtenidos de las encuestas serán pasados a una base de datos del programa SPSS IBM STATISTIC v-23 y se analizarán en base a Estadística Analítica. El Nivel de significación utilizado para la interpretación de los resultados es $\alpha = 0,05$.^(41,43)

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2011 –2015:

Características	Aborto incompleto (n=74)	No Aborto (n=6)	Significancia
Sociodemográficas			
Edad: - Promedio - D. estandar	24.5 3.8	26.7 4.4	T student: 1.12 p>0.05
Estado civil: - Conviviente - Soltera - Casada	26(35%) 35(47%) 13(18%)	1(17%) 3(49%) 2(34%)	Chi cuadrado: 0.66 p>0.05
Grado de instrucción - Primaria - Secundaria - Superior	19(26%) 48(65%) 7(9%)	2(34%) 3(49%) 1(17%)	Chi cuadrado: 0.72 p>0.05

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO –Archivo historias clínicas: 2015.

Tabla N° 2: Distribución de hallazgos anatomopatológicos en pacientes con sospecha de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2015:

Hallazgos anatomopatológicos	Pacientes	
	n	%
Aborto incompleto	74	93
No aborto incompleto	6	7
Total	80 (100%)	100

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO –Archivo historias clínicas: 2015.

La distribución de hallazgos anatomopatológicos en pacientes con sospecha de aborto incompleto fue: aborto (93%) y no aborto (7%).

Gráfico N° 1: Distribución de hallazgos anatomopatológicos en pacientes con sospecha de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2015:

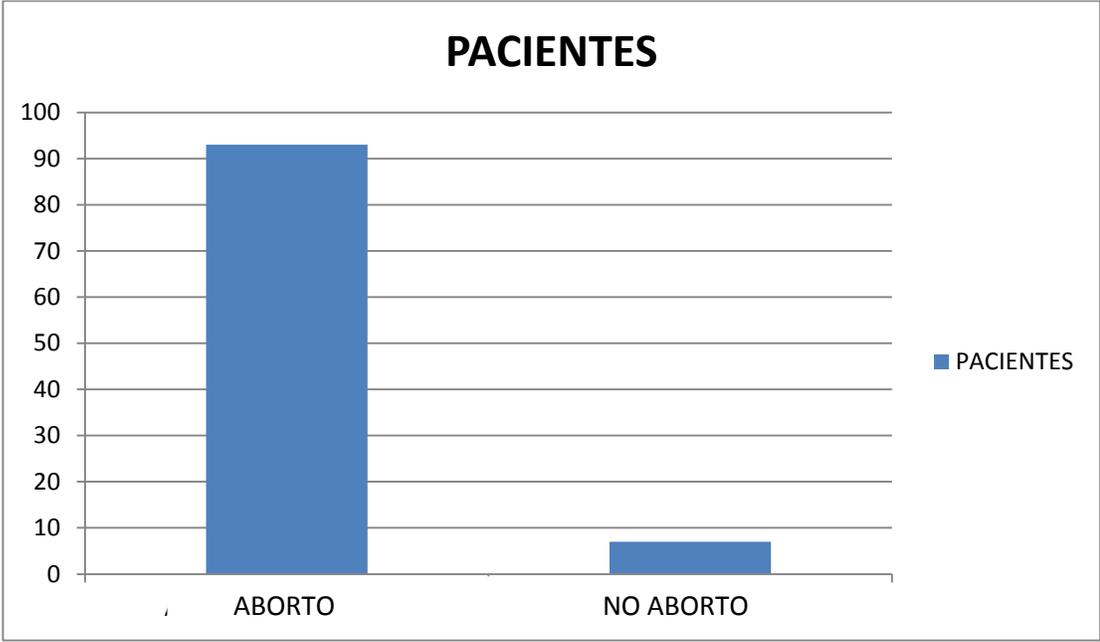


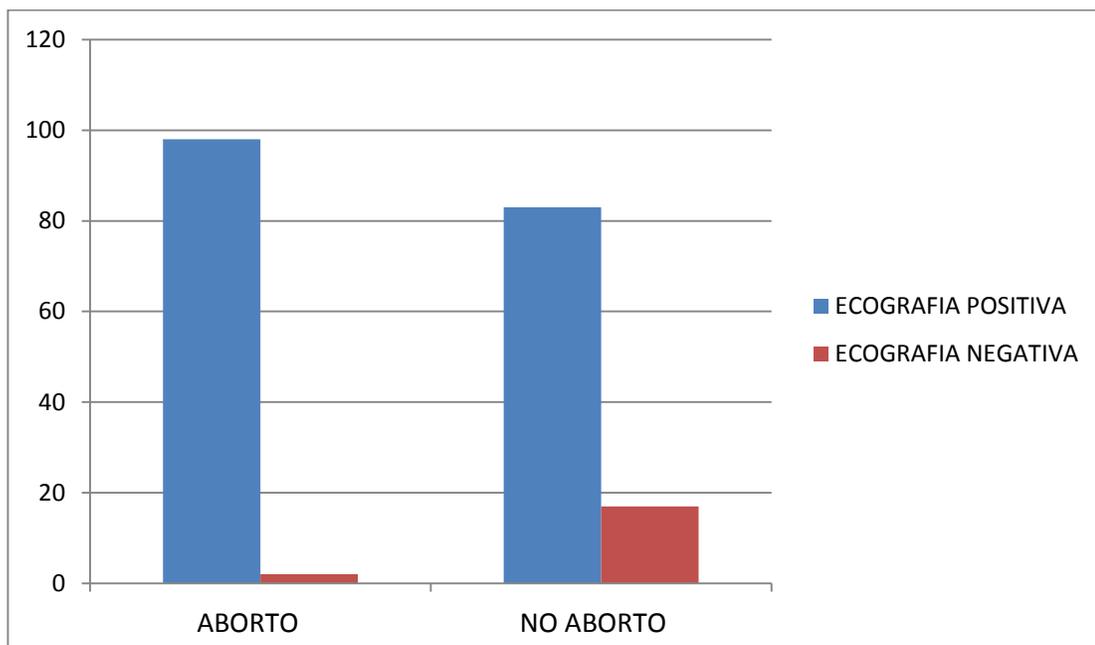
Tabla N° 3: Sensibilidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2015:

Valoración ultrasonografía	Valoración anatomopatológica		Total
	Aborto	No aborto	
Aborto	73 (98%)	1(17%)	74
No aborto	1 (2%)	5 (83%)	6
Total	74	6	80

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO –Archivo historias clínicas: 2015.

- Sensibilidad: 98%
- Especificidad: 83%
- Valor Predictivo Positivo: 98%
- Valor Predictivo Negativo: 83%
- Prueba exacta de Fischer: 123.8
- Eficiencia diagnostica: 97.5%
- $p < 0.01$

Gráfico N° 2: Sensibilidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto incompleto en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2015:



IV. DISCUSION

El aborto incompleto es un problema significativo de salud pública en muchos países, como se demuestra por la alta proporción de pacientes con aborto incompleto ingresadas a las salas de ginecología. Las complicaciones relacionadas con el aborto contribuyen significativamente a la mortalidad y la morbilidad materna. Hasta hace poco tiempo, la mayoría de las mujeres con aborto espontáneo se sometían a un legrado, porque se asumía que el tejido retenido aumentaba el riesgo de infección y hemorragia. No obstante, hay estudios que sugieren que estas complicaciones sólo afectan a menos del 10% de las mujeres que abortan, por lo que el tratamiento quirúrgico debe ser indicado sólo ante circunstancias específicas

En la tabla N° 1 se consideraron variables intervinientes de interés como edad, estado civil y grado de instrucción; respecto a estas variables no se observaron diferencias significativas entre las gestantes con y sin aborto; esto condiciona un contexto de homogeneidad entre los grupos de estudio lo cual resulta conveniente para minimizar la posibilidad de sesgos; en este sentido nuestra investigación es coincidente con los hallazgos de; **Papaioannou G, et al**⁴⁸ en Norteamérica en el 2011; **Abdallah Y, et al**⁴⁹ en Arabia en el 2011 y **Abdallah Y, et al**⁵⁰ en Arabia en el 2011; quienes tampoco observaron diferencias significativas entre las gestantes de uno u otro grupo en relación la edad y estado civil.

En la tabla N° 2 se describe la distribución de las gestantes con sospecha de aborto, según los hallazgos anatomopatológicos definitivos, en tal sentido es posible reconocer que según este criterio el 93% de la muestra presenta aborto incompleto y el 7% no presenta esta complicación.

En la Tabla 3 precisamos la cuantificación de la utilidad diagnóstica de la técnica de imagen en estudio, la cual se expresa por medio de los valores de sensibilidad y especificidad, los cuales fueron de 98% y 83% respectivamente; estas cifras resultan adecuadas para las expectativas puestas en esta valoración; simultáneamente se documenta la significancia de la asociación entre las variables en estudio por medio de la prueba exacta de Fischer.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a **Papioannou G, et al**⁴⁸ en Norteamérica en el 2011 quienes desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la utilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de aborto en gestantes con hemorragia del primer trimestre por medio de un diseño de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 729 gestantes con aborto y 4698 sin esta condición, reconociendo para esta técnica una especificidad de 86% y una asociación significativa con el diagnóstico de esta entidad ($p < 0.05$). En este caso el estudio de referencia se desarrolla en un contexto poblacional de características muy diferente al nuestro, siendo una revisión reciente pero que contempla a una muestra considerablemente más numerosa, es posible identificar similitud en relación la especificidad asignada para la valoración ecográfica que en nuestro caso fue de 83%.

Por otro lado tenemos el estudio de **Abdallah Y, et al**⁴⁹ en Arabia en el 2011 quienes desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la

utilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de aborto en gestantes con hemorragia del primer trimestre, por medio de un diseño de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 1060 gestantes; identificando una sensibilidad del 97% y una especificidad del 91% así como asociación significativa entre los hallazgos y el referido diagnóstico ($p < 0.05$). En este caso el referente en mención se desarrolla en una realidad poblacional diferente, si bien emplea la misma estrategia de análisis, lo hace tomando en cuenta un tamaño muestral más numeroso; respecto a los valores de sensibilidad y especificidad se reconoce concordancia con nuestros valores particularmente para la sensibilidad diagnóstica la cual fue idéntica.

Cabe mencionar las tendencias descritas **Abdallah Y, et al**⁵⁰ en Arabia en el 2011 quienes desarrollaron una investigación con el propósito de precisar la utilidad de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de aborto en gestantes con hemorragia del primer trimestre por medio de una revisión de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 359 gestantes observando un valor de especificidad de 90%, así como la significancia estadística correspondiente. En este caso el estudio en mención toma en cuenta una realidad sanitaria y sociodemográfica distinta, con un número mayor de individuos y con el mismo diseño empleado en nuestro análisis, se asigna a la ecografía un valor de especificidad que puede considerarse concordante con el observado en nuestra serie.

V. CONCLUSIONES

1. La sensibilidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto incompleto fue 98%.
2. La especificidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto incompleto fue de 83%.
3. El Valor predictivo positivo de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de aborto incompleto fue de 98%.
4. El Valor predictivo negativo de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de aborto incompleto fue de 83%.
5. No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a edad, grado de instrucción y estado civil.
6. La distribución de hallazgos anatomopatológicos en pacientes con sospecha de aborto fue: aborto incompleto 93% y no aborto 7%.

VI. SUGERENCIAS

1. Se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de corroborar las tendencias observadas en otras fracciones de nuestra población; con mayor significancia que la obtenida en el presente estudio.
2. Tomando en cuenta que la ultrasonografía es una valoración accesible a la mayoría de centros sanitarios de nuestra población, se debería implementar el acceso universal a este método de imágenes en la totalidad del sistema sanitario de nuestra población.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto; 2015
2. Protocolo Asistencia en Obstetricia de la SEGO. [Online].; 2010. Consultado en Marzo 2011.
(<http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=554&Itemid=141>)
3. Maternal mortality in noviembre 2015: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World Health Organization; 20075
4. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. III Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en obstetricia y PERINATOLOGÍA. PERÚ-2007 Pag. 17-25
5. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 2000; 320: p. 1708-12.
6. WHO. Model List of Essential medicines. 16th edition (March 2010) (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_a_dult_list_en.pdf)
7. 6. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th edition. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf .
8. Deaton JL, Honoré GM, Huffman CS, Bauguess P. Early transvaginal ultrasound following an accurately dated pregnancy: the importance of finding a yolk sac or fetal heart motion. Hum Reprod. 1997; 12: p. 2820-23.
9. Sawyer E, Ofuasia E, Ofili-Yebovi D, Helmy S, González J, Jurkovic D. The value of measuring endometrial thickness and volumen on transvaginal ultrasound scan for the diagnosis of imcomplete miscarriage. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007; 29(2): p. 205-9

10. Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovic N, Shaw LM, Day NL, Kline J. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *N Engl J Med.* 1999; 340(5): p. 333-9.
11. Venners SA, Wang G, Cjen C, Wang L, Chen D, Huang A, Ryan L, O'Connor J, Lasley B, Overstreet J, Wilcox A, Xu X. Paternal smoking and pregnancy loss: a prospective study using a biomarker of pregnancy. *AM J Epidemiol.* 2004 May; 159(10): p. 993-1001.
12. ACOG Committee opinion. Misoprostol for postabortion care. Number 427. 2009 feb. http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/ACOG-ref.pdf
13. Henriksen TB, Hojllund NH, Jensen TK, Bonde JP, Andersson AM, Kolstad H, Ernst E, Giwercman A, Skakkebaek, Olsen J. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol.* 2004; 160: p. 661-7.
14. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ.* 2003 August; 327: p. 368.
15. Nielsen GJ, Sorensen HT, Larsen H, Pedersen L. Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs:
16. George L, Mills JL, Johanson AL, Nordmark A, Olander B, Granath F, Cnattingius S. Plasma folate levels and risk of spontaneous abortion. *JAMA.* 2002; 288(15): p. 1867-73.
17. Helgstrand S, Nybo Andersen AM. Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005; 84(12): p. 1197-1201.
18. Pasquali R, Gambineri A. Metabolic effects of obesity on reproduction. *Reprod Biomed Online.* 2006; 12(5): p. 542-51.
19. Klein J, Stein Z. Epidemiology of chromosomal anomalies in spontaneous abortion: prevalence, manifestation and determinants. In Bennett MJ, editor. *Spontaneous and recurrent abortion.* Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987. p. 29.
20. Pineros J, Rivero B, Fernandez M. Histertomia en la perimenopausia. Adenomiosis. *Progresos de Obstetricia y Ginecologia.* Vol 48. Num 11. Noviembre 2005.
21. Ortiz M. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente. *Guia de práctica clínica.* Mexico 2009; pag 15.

22. Kurjak A, Chervenak. *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*, 2º Edición , Madrid. 2008 Pag 211
23. Hsu LY. Prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities through amniocentesis. In Milunsky A, editor. *Genetic Disorders and The Fetus*. 4th ed. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1998. p. 203-248.
24. Henionen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. An evaluation of 182 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1982; 61(2): p. 157-62.
25. Cabill PDJ, Wardle PG. Bleeding and pain in early pregnancy. In James D, Steer PJ , Weiner CP , Gonik B. *High risk pregnancy: management options*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006. p. 84-104.
26. Cullen MT, Green JJ, Reece EA, Hobbins JC. A comparison of transvaginal and abdominal ultrasound in visualizing the first trimester coceptus. *J Ultrasound Med*. 1989; 8(10): p. 565-9.
27. Brown DL, Emerson DS, Felker RE, Cartier MS, Smith WC. Diagnosis of early embryonic demise by endovaginal sonography. *J Ultrasound Med*. 1990; 9: p. 631-6.
28. Abaid LN, As-Sanie S, Wolfe HM. Relationship between crown-rump length and early detection of cardiac activity. *J Reprod Med*. 2007; 52: p. 374-8.
29. Chung K, Allen R. The use of serial human chorionic gonadotropin levels to establish a viable or a nonviable pregnancy. *Semin Reprod Med*. 2008; 26: p. 383-90.
30. Savaris RF, Braun RD, Gibson M. When a pregnancy seems like an ectopic but isn't. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: p. 1439-42.
31. Nyberg DA, Filly RA, Laing FC, Mack LA, Zarutskie PW. Ectopic pregnancy. Diagnosis by sonography correlated with quantitative HCG levels. *J Ultrasound Med*. 1987; 6: p. 145-50.
32. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38828.593125.55 (May 2006). .
33. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Hum Reprod*. 2001; 16(2): p. 365-9.

34. Chen BA, Creinin MD. Cotemporary management of early pregnancy failure. *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50: p. 67-88.
35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline nº 7. 2004 September.
36. Nanda K, Peloggia A, Grimes D. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; CD003518.
37. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Aus N Z J Obstet Gynaecol.* 2005; 45(2): p. 122-7.
38. Papaioannou G, Syngelaki A, Maiz N. Ultrasonographic prediction of early miscarriage. *Hum Reprod.* 2011 ;26(7):1685-92.
39. Abdallah Y, Daemen A, Kirk E. Limitations of current definitions of miscarriage using mean gestational sac diameter and crown-rump length measurements: a multicenter observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(5):497-502.
40. Abdallah Y, Daemen A, Guha S. Gestational sac and embryonic growth are not useful as criteria to define miscarriage: a multicenter observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(5):503-9.
41. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, Alhamdan D, Condous G. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the "2-week rule". *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 35(2): p. 223-7.
42. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre. Base de datos *Cochrane Database Syst Rev* 2007, número 4, artículo nº CD003037, doi 10,1002/14651858.CD003037.
43. Watkinson G, Hopkins A, Akbar FA. The therapeutic efficacy of misoprostol in peptic ulcer disease. *Postgrad Med J.* 1988; 64(1): p. 60-77.
44. Tang O, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynecol Obst.* 2007; 99: p. 160-7.
45. Cicinelli E, de Ziegler D, Bulleti C, Matteo MG, Schonauer LM, Galantino P. Direct transport of progesterone from vagina to uterus. *Obstet Gynecol.* 2000; 95: p. 403-6.

46. Danielsson KG, Marions L, Rodriguez A, Spur BW, Wong PY, Bygdeman M. Comparison between oral and vaginal administration of misoprostol on uterine contractility. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(2): p. 275-80.
47. Kotsonis FN, Dodd DC, Reigner B, Kohn FE. Preclinical toxicology profile of misoprostol. *Dig Dis Sci.* 1985; 30(11): p. 142S-6S.
48. Henriques A, Lourenco AV, Ribeirinho A, Ferreira H, Graca LM. Maternal death related to misoprostol overdose. *Obstet Gynaecol.* 2007; 109: p. 489-90.
49. Kim JO, Han JY, Choi JS, Ahn HK, Yang JH, Kang IS, Song MJ, Nava-Ocampo AA. Oral misoprostol and uterine rupture in the first trimester of pregnancy. A case report. *Reprod Toxicol.* 2005; 20: p. 575-7.
50. Pastuszak AI, Schuler L, Speck-Martins CE, Coelho KE, Cordello SM, Vargas F, Brunoni D, Schwert IV, Larrandaburu M, Safattle H, Meloni VF, Koren G. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius´ syndrome in infants. *N Engl J Med.* 1998; 338: p. 1881-5.
51. Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, Schweer H, Watzer B, Zimmermann R, Von Mandach U. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191(6): p. 2168-73

Anexos

ANEXO 1. Formulación de recolección de datos

Correlación del diagnóstico clínico y anatómopatológico en pacientes con aborto sometidas a legrado uterino en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015

1.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Numero de formulario _____ Fecha _____

Historia clínica _____

Edad: _____ años

Grado de instrucción: Ninguna ()
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()

Estado civil: Soltera ()
Casada ()
Viuda ()
Divorciada ()
Unión libre ()

Diagnóstico clínico: _____

Diagnostico ultrasonido: _____

Diagnostico anatomopatológico _____

Se le realizo LEGRADO UTERINO SI () NO ()