

Factores de riesgo para hemorragia postaborto, estudio de casos y controles

Risk factors for post-abortion bleeding, case-control study

Lida Janeth Uribe Berrío¹, Carlos Albeiro Ruiz Correa¹, John Jairo Zuleta Tobón²

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores de riesgo para hemorragia grave en caso de aborto.

Metodología: estudio de casos y controles, entre el primero de octubre de 2006 y el 31 de octubre de 2007, en la Unidad intermedia San Javier. Se analizaron 131 historias clínicas, 40 de los 45 casos de hemorragia postaborto del periodo y 91 controles obtenidas en forma aleatoria a partir del listado de los casos de aborto atendidos en igual periodo.

Resultados: el principal factor para el desencadenamiento de una hemorragia grave postaborto es el hecho de tener un aborto séptico OR 8.5 (IC 95% 3.1-23). Otros factores que también contribuyen de manera significativa pueden ser: realizar un deficiente interrogatorio, ejecutar un deficiente examen físico, la subvaloración del cuadro clínico y el retraso en consultar.

Conclusiones: es necesario detectar la infección de forma temprana en mujeres con aborto para iniciar un tratamiento oportuno. El hecho de realizar un interrogatorio minucioso y un examen físico detallado evitarían la subvaloración del cuadro clínico y sus consecuencias. Es importante aprender de los errores propios y ajenos y hacer una retroalimentación diaria con el fin de disminuir la frecuencia y las consecuencias negativas de las complicaciones obstétricas.

Palabras clave: Aborto. Hemorragia. Factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: to determine the risk factors for severe bleeding in cases of abortion.

Methods: a case-control study was carried out between October first 2006 and October 31, 2007 in the Unidad Intermedia of San Javier. 131 medical histories were analyzed, 40 of 45 cases of postabortion hemorrhage during that period and 91 controls were obtained in a randomized way.

Results: the most important factor leading to severe postabortion hemorrhage was the presence of a septic abortion 8.5 (CI95% 3.6–23). Poor anamnesis and physical examination, as well as, the underestimation of the clinical condition and untimely healthcare seeking are also factors possibly contributing to the negative obstetric complications.

Conclusions: it is necessary to detect the infection at an early stage in order to be able to do the appropriate treatment. Carrying out a more meticulous anamnesis and a more detailed physical examination should avoid the underestimation of the clinical condition and its potential consequences. It is also important to learn from own and other people's mistakes, and having daily feedback in order to diminish the frequency of negative consequences of obstetric complications.

Keywords: abortion; hemorrhage; risk factors.

¹ Ginecólogo y obstetra. Medellín, Colombia

² Ginecólogo y obstetra, Epidemiólogo, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Grupo Nacer. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: John Jairo Zuleta Tobón. Correo electrónico: jjzuleta@une.net.co

Fecha de recibido: 10 de noviembre de 2010

Fecha de aprobación: 28 de marzo de 2011

INTRODUCCIÓN

El aborto se define como la terminación del embarazo, en forma espontánea o provocada, antes de que el feto tenga la suficiente capacidad para sobrevivir. Se suele definir, por consenso, como la terminación antes de las 22 semanas o cuando el producto pesa menos de 500 gramos. Más del 80% de los abortos ocurre en las primeras 12 semanas del embarazo y al menos la mitad es consecuencia de anomalías cromosómicas¹. Un problema mayor que el aborto espontáneo es el del aborto inducido. En el mundo mueren 68 mil mujeres al año por esta causa, lo que representa el 13% de la mortalidad materna². Aunque la principal causa directa de muerte de las mujeres con aborto es la infección, la hemorragia ocupa también un lugar importante.

En nuestro país, según el informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de las 536 defunciones maternas ocurridas en el año 2006, último año con cifras definitivas, 43 fueron causadas por embarazos que terminan en aborto, de los cuales, cinco se presentaron en el departamento de Antioquia³. En el año 2005 en Antioquia, de un total de 62 defunciones maternas, ocho se dieron por complicaciones relacionadas con el aborto, lo que representa un 12.9%³. Esta situación se presenta principalmente en el grupo de edad comprendido entre los 25 y 29 años, mujeres que se encuentran en plena edad productiva de la vida, además de que muchas de las que sobreviven a las complicaciones quedan con secuelas y discapacidades importantes.

Desde el año 2006 los principales esfuerzos para disminuir la morbi-mortalidad obstétrica en el departamento de Antioquia se han dirigido a impactar la hemorragia obstétrica y el aborto, tanto espontáneo como inducido, aporta una gran proporción de casos. En una revisión de la literatura, con múltiples búsquedas, de los artículos publicados durante los últimos diez años en la base de datos Medline, con los siguientes descriptores en inglés: *miscarriage*, *abortion*, *early pregnancy loss*, *fetal wastage*,

first trimester haemorrhage, *bleeding*, *loss blood*, *pregnancy*, nos permitió identificar pocos estudios que evaluaban los factores de riesgo de hemorragia grave secundaria a aborto y se concluyó que éstos no están aún bien definidos en la literatura^{4,5}. La identificación de estos factores podría contribuir a la solución del problema, porque permitiría detectar de manera temprana las mujeres con aborto que requieren una atención prioritaria o en instituciones de salud que tengan mayores recursos humanos y tecnológicos. Es igualmente relevante identificar las conductas médicas que contribuyen a esta complicación. Con esta investigación se pretende determinar los factores de riesgo que hacen que una paciente que sufre un aborto llegue a presentar una hemorragia secundaria importante.

METODOLOGÍA

Estudio de casos y controles. La población de referencia estaba conformada por las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de aborto, atendidas en la Unidad hospitalaria de Jesús Peláez Botero de la E.S.E., Metrosalud, en la ciudad de Medellín, Antioquia, Colombia. La Unidad actúa como centro de atención de segundo nivel de complejidad de la red pública de prestación de servicios del municipio y atiende pacientes afiliados al régimen subsidiado de la seguridad social, a pacientes no asegurados (vinculados) y sólo ocasionalmente atiende personas que pertenecen al régimen contributivo. En el momento de la investigación, la institución contaba con servicio de obstetricia las 24 horas del día. Se obtuvieron los datos de las pacientes atendidas entre el primero de octubre de 2006 y el 31 de octubre de 2007.

El criterio de inclusión fue el diagnóstico de aborto en los registros estadísticos institucionales con posterior confirmación en la historia clínica. Se establecieron como criterios de exclusión la presencia simultánea de enfermedades crónicas graves que, dentro de su proceso fisiopatológico, pueden inducir anemia (insuficiencia renal crónica, cáncer de cualquier

origen, enfermedades reumatológicas, anemia de células falciformes, talasemias, anemias aplásicas y hemoglobinopatías), el empleo de anticoagulantes en los tres meses previos al aborto, la historia previa de diátesis hemorrágica o la necesidad de transfundir hemocomponentes por enfermedades diferentes a la hemorragia. Se excluyeron también aquellas pacientes con historia clínica incompleta.

Se definió como caso la paciente que recibió al menos dos unidades de glóbulos rojos empacados por causa de una hemorragia postaborto y, como control, la paciente con aborto que no requirió transfusión de hemocomponentes. Estos controles se seleccionaron al azar con el programa Excel® a partir del universo de las pacientes atendidas por aborto en el periodo establecido. Aquellas historias que no se encontraron fueron reemplazadas por la historia inmediatamente anterior del listado y, si esta última tampoco se encontraba, se seleccionaba la siguiente. De manera similar se procedió con las historias clínicas que, por ausencia de datos, se consideraban no evaluables. Los datos de la investigación se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas.

Las variables se clasificaron en tres categorías: demográficas, clínicas y características de la atención.

Demográficas: se definió como edad el número de años cumplidos; gestas (abortos, partos, cesáreas) al número de embarazos previos; controles prenatales como las consultas para la evaluación del embarazo; semanas al comienzo del control prenatal. Se trata de la semana en la que se dio inicio al control prenatal; seguridad social como el régimen de salud consignado en la hoja de ingreso; y escolaridad como el número de años de estudio.

Clínicos: se definió morbilidades asociadas como otras enfermedades que presentaba la paciente; el diagnóstico de aborto séptico se asumió cuando, al ingreso o durante la hospitalización, alguno de los médicos tratantes consignó el diagnóstico en la historia clínica

y ordenó tratamiento antibiótico, choque hipovolémico, de acuerdo con dicho diagnóstico clínico; clasificación del choque hipovolémico, si el médico tratante consignó en la historia clínica la gravedad del choque; líquidos endovenosos infundidos en la primera hora como la cantidad de cristaloides o coloides en centímetros cúbicos suministrados en la primera hora a partir del ingreso; tiempo a la consulta como el tiempo transcurrido en horas desde el inicio del sangrado y el momento de la consulta; cantidad de hemocomponentes es el número de unidades de glóbulos rojos administrados; misoprostol es el uso de este medicamento con la intención de finalizar el embarazo; tipo de aborto, según la presentación clínica definida como incompleto, completo, inevitable o retenido.

Características de la atención: todas las historias clínicas se sometieron a una doble evaluación para calificar aspectos específicos de la atención; por un lado, el comité integrado por especialistas del grupo Nacer, que realiza la vigilancia epidemiológica de la morbilidad obstétrica grave en la ciudad de Medellín y, por otro, el grupo de investigadores que revisó nuevamente todos los casos y analizó las historias clínicas de los controles. En estos comités no participaron los médicos tratantes de la institución en la que se hizo el estudio. Para hacer los juicios, se confronta la atención recibida según lo consignado en la historia clínica con las directrices de las guías de práctica clínica del tema.

Se estableció el grado de capacitación de quién hizo el ingreso como el nivel de especialización del médico que atendió inicialmente a la paciente; dificultades en la ubicación en un nivel superior de atención se definió como la demora o la negativa para el traslado de la paciente a un tercer nivel de atención cuando la condición clínica lo ameritaba según el criterio del médico tratante; dificultades en el traslado cuando el médico tratante consignó en la historia que hubo demora o imposibilidad para el transporte de la paciente a un nivel superior de atención donde ya había sido aceptada o cuando se encontraron elementos en las historias clínicas y en las notas

de remisión para juzgar que hubo un retraso no justificado; se consideró que el interrogatorio fue deficiente por parte del personal que atendió a la paciente cuando se detectó alguna de las siguientes fallas en la historia clínica: falta del tiempo de amenorrea, falta del cálculo del tiempo desde el inicio del sangrado hasta la atención prestada, falta de estimación de la cantidad de sangrado, ausencia de información respecto de la presencia de coágulos, de la realización de maniobras abortivas o del uso de misoprostol, falta de evaluación de los signos o síntomas que permiten identificar una infección o un choque hemorrágico.

Se calificó lo adecuado del examen físico, según la presencia o la ausencia de la medición de la presión arterial, el pulso, los hallazgos al tacto vaginal y el estado de conciencia. Se estableció que hubo subvaloración del cuadro clínico cuando el manejo recibido por la paciente no es pertinente para la gravedad de la condición clínica, y para ello se tuvo en cuenta la calidad y oportunidad del diagnóstico, la evaluación de la presencia del choque y la oportunidad del inicio del manejo médico, todo confrontado contra los hallazgos objetivos consignados en la historia clínica por el médico o por el personal de enfermería. El tiempo a la realización del curetaje se calculó en horas a partir de la llegada al hospital. El momento de llegada se diferenció en mañana, tarde o noche para la semana laboral y fin de semana; falta de disponibilidad de anestesiólogo y falta de disponibilidad de quirófano cuando se reportó la necesidad de diferir un procedimiento por no contar con tal recurso.

La investigación garantizó el cumplimiento de los principios éticos, respetó la privacidad de los datos y contó con la aprobación del comité de la Unidad intermedia de San Javier y no tuvo patrocinadores externos.

En el periodo de tiempo estipulado para el estudio se presentaron 45 pacientes complicadas por una hemorragia secundaria a un aborto y se seleccionaron 90 controles. El número de casos fue fijo y con esta muestra se tenía un poder del

60% para detectar Odds Ratio de 3 para cualquier factor de riesgo que tuviera una frecuencia en el grupo control del 10% y un poder del 80% para cualquier factor con una frecuencia del 40% en el grupo control. Se empleó la prueba Chi cuadrado o el test exacto de Fischer para buscar la asociación de los factores con la presencia de complicación. Para la comparación entre las variables cuantitativas se emplearon las pruebas t de Student o la prueba U de Mann Whitney, según la distribución de las variables obtenida mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se hizo un modelo de regresión logística explicativo, con fines de ajustar por confusión y no de predicción. El método de selección de variables en el modelo fue enter, en el cual se incluyó el aborto séptico como el principal factor clínico y los factores de atención médica que cumplieran dos condiciones preestablecidas en el protocolo del estudio: haber sido un factor importante en los análisis de la mortalidad materna por hemorragia elaborados previamente por el grupo Nacer, y que tuvieran un valor de p en el análisis bivariado menor que 0.05, las cuales fueron: deficiencias en el interrogatorio, deficiencias en el examen físico, subvaloración del cuadro clínico y el tiempo a la consulta. No se incluyeron términos de interacción. Debido a las limitaciones que impone el tamaño de la muestra, no se exploraron otras potenciales variables de confusión. Se evaluó la bondad de ajuste del modelo con la prueba de Hosmer y Lemeshow y para estimar el porcentaje de varianza explicado por las variables seleccionadas, el coeficiente R^2 de Nagelkerke. Para todas las pruebas de inferencia estadística se empleó un nivel de significación de 5%, con pruebas de hipótesis de dos colas. Se presentaron Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. La base de datos se elaboró en Excel® y los análisis se hicieron con los programas SPSS® versión 15.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA) y Epidat 3.1.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre 1 de octubre de 2006 y 31 de octubre de 2007 se

presentaron 2 438 pacientes con abortos, de las cuales 40 requirieron la trasfusión de dos o más unidades de glóbulos rojos empacados. No se encontró la historia clínica de cuatro casos y una que no cumplió criterios para ser caso se pasó al grupo de control. En la tabla 1 se muestran las características socio-demográficas de las pacientes.

Todos los abortos de las pacientes complicadas con hemorragia (caso) se presentaron al ingreso como abortos incompletos, y los controles se distribuyeron así: 81.3% incompletos, 15.4% retenidos y 2.2% inevitables; no se contó con la información en un control (1.1%). Las pacientes con abortos complicados por hemorragia recibieron una mediana de 1000 cc de líquidos endovenosos en la primera hora (p25:500 – p75:1000) y los controles 250 cc (p25:50 – p75:500). En las tablas 2 se observan las características clínicas de la atención que pueden contribuir con la complicación.

Se confirmó el empleo de misoprostol en 17 casos (18.7%) y en 4 (10%) controles; sin embargo, en el 65% de los casos y 71.4% de los controles no se encontró información en la historia clínica.

Dado que se cuenta únicamente con 40 casos, para el análisis multivariado se seleccionaron tres características de la atención médica, que en análisis previos de otros casos de morbilidad y mortalidad materna, se ha encontrado que tienen una influencia en la aparición o en la demora en la resolución de la complicación. Estas tres características también mostraron asociación estadística en los análisis bivariados. Se adicionó la presencia de aborto séptico al ingreso por la fuerte asociación encontrada en estos mismos análisis. Aunque no mostró diferencia estadísticamente significativa en el análisis bivariado, se consideró que posiblemente la diferencia en el tiempo de consulta al servicio de salud podría ser importante para la aparición de

Tabla 1. Características demográficas y factores de riesgo para hemorragia postaborto, estudio de casos y controles. 2006-2007.

Característica	Casos	Controles	Valor de p
Edad en años*	28.2 (7.1)	25.8 (6.5)	0.06
Gestas†	3 (2-5.75)	2 (0-3)	<0.001
Abortos†	1(1-1)	0 (0-1)	<0.001
Partos†	2 (1-3.75)	1 (0-2)	0.01
Cesáreas†	0 (0-0)	0 (0-0)	0.02
Edad gestacional*	11.8 (3.9)	10.4 (4.4)	0.6
Con control prenatal‡	2 (5)	5 (5.5)	0.76
Alfabetismo‡			0.5
Alfabeta	20 (50.0)	76 (83.5)	
Analfabeta	1 (2.5)	2 (2.2)	
Sin dato	19 (47.5)	13 (14.3)	
Régimen de Seguridad Social‡			<0.001
Subsidiado	24 (60)	90 (98.9)	
Contributivo	9 (22.5)	1 (1.1)	
Vinculado	7(17.5)	0 (0)	

* Promedio (desviación estándar)

† Mediana (percentil 25-percentil 75)

‡ Número (porcentaje)

Tabla 2. Características clínicas y de la atención. Factores de riesgo para hemorragia posaborto, estudio de casos y controles. 2006-2007.

Característica	Casos	Controles	Valor de p
Tiempo para consultar en horas*	24 (15-72)	48 (10.5-120)	0.7
Tiempo para curetaje en horas*	3.5 (1.0-9.0)	6.0 (3.0-10.0)	0.2
Momento de llegada†			0.3
Mañana	9 (22.5)	27 (29.7)	
Tarde	12 (30)	25 (27.5)	
Noche	10 (25)	29 (31.9)	
Festivo	9 (22.5)	10 (11)	
Tiempo entre la llegada y la evaluación en horas*	0.0 (0.0-1.0)	0.0 (0.0-2.0)	0.2
Grado de choque no cuantificado al ingreso†	40 (100)	-	-
Aborto séptico	20 (50)	9 (9.9)	< 0.001
Entrenamiento de quien recibe la paciente			0.3
Médico general	17 (42.5)	29 (31.9)	
Obstetra	23 (57.5)	62 (68.1)	
Dificultad en la ubicación†	1 (2.5)	0 (0)	0.3
Dificultad en el traslado†	2 (5)	0 (0)	0.09
Deficiente interrogatorio†	6 (15)	1(1.1)	0.003
Deficiente examen físico†	8 (20)	4 (4.4)	0.007
Subvaloración del cuadro clínico†	7 (17.5)	4 (4.4)	0.003
Falta de disponibilidad inmediata de anestesiología	1 (2.5)	0 (0)	0.3
Falta de disponibilidad inmediata de quirófano	1 (2.5)	0 (0)	0.3

* Mediana (p25-p75)

† Número (porcentaje)

Tabla 3. Análisis multivariado. Factores de riesgo para hemorragia posaborto, estudio de casos y controles. 2006-2007.

VARIABLES	OR (IC 95%) crudo	OR (IC 95%) ajustado
Aborto séptico al ingreso	9.1 (3.6 - 23)	8.5 (3.1 -23.0)
Deficiente interrogatorio	15.9 (1.8 – 136.8)	4.9 (0.4 – 57.7)
Examen físico inadecuado	5.4 (1.5 – 19.3)	4.1 (0.9 – 19.1)
Subvaloración clínica	4.6 (1.3 – 16.8)	2.2 (0.5 – 10.7)
Retraso para consultar	1.3 (0.6-2.8)	1.2 (0.5 – 2.9)

* El modelo incluyó todas las variables reportadas en esta tabla. Prueba de Hosmer y Lemeshow: 4.881, valor p=0.181. R2 de Nagelkerke= 0.329.

la hemorragia (24 vs 48 horas), por lo tanto, se categorizó y también se incluyó en el modelo. La tabla 3 presenta el resultado de este análisis.

La mediana de días de estancia hospitalaria de las pacientes complicadas con hemorragia fue de 3 (p25:2 – p75:4), mayor que el de las no complicadas que tuvieron una mediana de un día (p25: 1 – p75:1) (valor $p < 0.001$).

DISCUSIÓN

Los datos analizados en el presente estudio fueron tomados de una institución de segundo nivel de la ciudad de Medellín. Los hallazgos y las inferencias de los resultados están restringidos a instituciones similares que atienden poblaciones del mismo tipo. Además, se debe tener en cuenta que los datos se tomaron de las historias clínicas, por tal motivo están sujetos a sesgos de información gracias a la baja calidad de la información consignada en algunas historias. Así mismo, la dificultad para tener una medición objetiva de las características de la atención (calidad, oportunidad), por lo tanto, esta responsabilidad recae en un comité de expertos independientes de la institución, que analizaron cada uno de los casos. Por último, el tamaño de muestra no permite tener conclusiones de algunas características evaluadas.

Aunque el volumen de líquidos infundidos en la primera hora fue mayor en los casos, la cantidad es insuficiente para el grado de choque con que se presentaron estas pacientes, de acuerdo con lo estimado por el comité y con base en la información objetiva consignada en la historia clínica. El 75% recibió menos de 1000 cc, con lo cual se está reemplazando una pérdida de únicamente 300 cc de sangre. Es necesario insistir en la necesidad de un reemplazo adecuado y oportuno de la volemia con el fin de prevenir complicaciones adicionales o desenlaces fatales⁵.

No se encontró asociación entre la aparición de la hemorragia con la edad, la edad gestacional, el nivel educativo y la realización de controles

prenatales, diferente a lo encontrado en el estudio de Mitsunaga en Nigeria, en el que las mujeres menores de 20 años y las de mayor edad gestacional tenían más riesgo de presentar sangrado vaginal abundante⁴. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de embarazos, abortos y cesáreas previas y la aparición de la complicación. Sin embargo, esas pequeñas diferencias no son clínicamente significativas. Aunque se espera que el control prenatal sea un factor protector debido a una mayor vigilancia y a la explicación de signos de alarma, la mayoría de las pacientes tuvo sus abortos en edades gestacionales muy tempranas, cuando muchas aún no son conscientes de su estado de gravidez e, incluso, el aborto puede ser la primera manifestación de la gestación. La literatura reporta que a mayor edad gestacional los abortos se van tornan más peligrosos, debido a la retención de restos y al aumento en la posibilidad de ruptura uterina⁶, sin embargo, en este estudio no se encontró tal asociación, posiblemente porque el rango de edades gestacionales encontrado no es muy amplio.

Contrario a lo esperado, se encontró un mayor número de casos en las mujeres pertenecientes al régimen contributivo. Un sesgo de selección explica este hallazgo: estas pacientes tienen acceso a otras redes de servicio diferentes a la pública y consultan a esta última sólo en caso de urgencia extrema. La Unidad Intermedia en estudio atiende básicamente pacientes de otros regímenes de seguridad y las pacientes del régimen contributivo que presentan amenaza de aborto o aborto en curso sin compromiso importante del estado general, se dirigen a otras instituciones.

El uso de misoprostol es un factor que puede incidir de manera notoria en la evolución de los casos de aborto; sin embargo, la falta de información específica en las historias impide evaluar el efecto que el medicamento pudo tener en estos casos.

La demora, desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la consulta, fue el

doble en los controles, pero no alcanzó significación estadística, incluso en el análisis multivariado. Se esperaría que las pacientes que tardan en consultar presentaran mayor sangrado, más riesgo de infección secundaria a retención de restos placentarios, y por tanto, a complicaciones como hemorragia postaborto con sus consecuencias.

No se encontraron diferencias en la frecuencia de complicación según el entrenamiento de la persona que hizo el ingreso ni la hora o el día del ingreso. Se detectó mayor frecuencia de dificultad de traslado en los casos; sin embargo, fue una situación muy infrecuente. En lo que respecta a la disponibilidad de anestesia o quirófano, existe una limitación por la cantidad de datos perdidos o porque esta situación se consigna en la historia clínica únicamente en los casos más graves. Aunque el tiempo transcurrido entre el ingreso y la realización del curetaje fue menor para los casos, esta diferencia no alcanzó significación estadística y posiblemente sea reflejo de que los casos llegan con mayor compromiso clínico.

En nuestro estudio, el factor de riesgo con mayor asociación con hemorragia es el aborto séptico, con un OR de 8.4 después de ajustar por las deficiencias detectadas en la calidad de la atención. El aborto séptico como tal predispone a las mujeres que lo padecen a presentar más frecuentemente trastornos de la coagulación derivadas de la alteración de los mecanismos hemostáticos, como lo refleja la alteración en los tiempos de coagulación con INR de más de 1.5 o TTPa mayor de 60 segundos en otro estudio⁷. Con la información recolectada, es imposible definir si ésta es una explicación plausible para nuestros hallazgos. Aunque por el tipo de estudio no se puede confirmar causalidad, la fuerza de asociación de este hallazgo es substancial y tiene plausibilidad biológica, por lo tanto, se debería tener en cuenta cuando se estén atendiendo estas pacientes.

La subvaloración del cuadro clínico, el deficiente interrogatorio y el deficiente examen físico muestran asociación con la presencia de hemorragia, la cual desaparece en el análisis

multivariado. Sin embargo, esto puede ser reflejo del insuficiente tamaño de muestra y no se puede despreciar la tendencia detectada. La deficiencia en la calidad en la atención médica genera morbilidad, mortalidad e incremento en los costos. Según el programa Alerta Internacional, la mayoría de las complicaciones de las madres durante la atención de un evento obstétrico son causadas por negligencia, definida como un cuidado por debajo del estándar esperado para esa comunidad médica en ese momento⁸. El cuidado subóptimo de las pacientes, es decir, sin cumplir las directrices recomendadas en los protocolos de manejo basados en la información más válida disponible, está plenamente identificado como factor de riesgo para mortalidad materna en múltiples estudios internacionales⁹⁻¹³ y nacionales¹⁴⁻¹⁶. Aunque es amplia la información en la literatura con respecto a la influencia de este cuidado subóptimo en la muerte materna en general, únicamente se encontró un estudio que lo evaluó en la morbi-mortalidad por aborto⁵. En este estudio, hecho en Sudáfrica, el 48.5% de los casos de mortalidad y morbilidad grave por aborto estuvo relacionado con choque hipovolémico y el 19.3% tuvo un cuidado subóptimo; además, que hubo evaluaciones iniciales, reanimaciones, monitorizaciones y diagnósticos inadecuados.

Cabe aclarar que cuando se habla de error no se debe asumir como un juicio punitivo. Los errores dependen de múltiples factores como lo son los ambientes inadecuados de trabajo, las circunstancias personales adversas, el estrés, la fatiga, la carga laboral, el temor, la sobrecarga cognitiva, las deficiencias en la comunicación interpersonal y el procesamiento imperfecto de la información¹⁷. Estos elementos no se evaluaron en esta investigación pero ello no descarta que no puedan estar presentes. El concepto actual de la seguridad de los pacientes da mayor relevancia a los factores de diseño del sistema, organizacionales y operacionales, que a los del individuo¹⁸. Una estrategia para identificar estos factores y tomar los correctivos necesarios es el análisis de todos los casos con complicaciones obstétricas graves, dentro de las que se incluyen

los casos de pacientes con abortos complicados. Estos análisis permiten retroalimentar no sólo a la persona implicada sino, también, a los colegas para evitar la repetición de la misma falta¹⁹.

Podemos concluir que el factor de riesgo más relevante en este estudio para que una paciente con aborto presente una hemorragia grave es la presencia de infección. Por lo tanto, se recomienda la búsqueda sistemática de los signos de infección en las pacientes con aborto, con el fin de efectuar un tratamiento eficaz y oportuno, sin olvidar la evacuación de la cavidad uterina de la forma más diligente, porque el retraso en la eliminación del foco séptico también está implicado en los desenlaces negativos⁸. Se propone continuar con esta línea de investigación, con un mayor número de pacientes y de instituciones con el propósito de aportar mayor seguridad en la atención del proceso reproductivo de las mujeres.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Gary F, Hauth J, Leveno K, Gilstrap L, Bloom S, Wenstrom K. *Obstetricia de Williams*. 22. ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006.
2. Naciones Unidas. *Objetivos de desarrollo del nuevo milenio: informe 2008* [Internet]. New York: Naciones Unidas; 2008 [acceso 2 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf
3. DANE. *Defunciones maternas, por grupos de edad, según departamento de residencia año 2006* [Internet]. Bogotá: DANE; 2006 [acceso 14 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=395&Itemid=891
4. Mitsunaga T, Larsen U, Okonofua F. Risk factors for complications of induced abortions in Nigeria. *J Womens Health*. 2005;14:5515-28
5. Pattinson RC, Snyman LC, Macdonald AP. Evaluation of a strict protocol approach in managing women with severe disease due to abortion. *S Afr Med J*. 2006;96:1191-4
6. Stubblefield P, Grimes D. Septic abortion. *N Engl J Med*. 1994;331:310-4.
7. Bryant H. Sepsis in the 21st century: recent definitions and therapeutic advances. *Am J Emerg Med*. 2007;25:564-71
8. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Alerta internacional: un programa para reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal*. 4. ed. Ottawa: SOGC; 2008.
9. Schutte JM, Schuitemaker NW, van Roosmalen J, Steegers EA; Dutch Maternal Mortality Committee. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. *BJOG*. 2008; 115(6):732-6.
10. Andersgaard AB, Herbst A, Johansen M, Ivarsson A, Ingemarsson I, Langhoff-Roos J, *et al*. Eclampsia in Scandinavia: incidence, substandard care, and potentially preventable cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):929-36.
11. Panday M, Mantel GD, Moodley J. Audit of severe acute morbidity in hypertensive pregnancies in a developing country. *J Obstet Gynaecol*. 2004; 24(4):387-91.
12. Bouvier-Colle MH, Ouedraogo C, Dumont A, Vangeenderhuysen C, Salanave B, Decam C, *et al*. Maternal mortality in West Africa. Rates, causes and substandard care from a prospective survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80(2):113-9.
13. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Bréart G. Maternal deaths and substandard care: the results of a confidential survey in France. Medical Experts Committee. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995;58(1):3-7.

14. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. La mortalidad materna y perinatal en Medellín, años 2003 y 2004: resultados de la investigación: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2005.
15. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso. Medellín: DSSA; 2007.
16. Vélez G, Gómez J, Zuleta J. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia: años 2004 y 2005. Rev Col Obstet Ginecol. 2006;57:147-55
17. Vélez G. El error en la práctica médica: una presencia ineludible. Iatreia.2006 Mar; 19(1):39-46.
18. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme 2004. Geneva: WHO;2004.
19. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 Jun;23(3):287-96.