

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA



“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**“PREVALENCIA Y COMPLICACIONES DE LA ASPIRACION
MANUAL ENDOUTERINA Y LEGRADO UTERINO EN EL
MANEJO DE ABORTOS EN MUJERES DE 15 - 45 AÑOS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por Bachiller:

Jimmy Paul Flores Pacaya

Asesor:

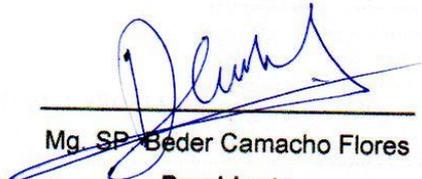
Dr. Javier Vásquez Vásquez

Punchana – Iquitos

Perú

2017

MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS



Mg. SP. Eder Camacho Flores
Presidente



Mg. SP. Bessy Del Pilar Ferreira Yong
Miembro



Mg ID Zaid Ríos Paredes
Miembro



Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez
Asesor

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	ii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	iii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN.....	vii
CAPÍTULO I.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1. Objetivos Generales.....	12
3.2. Objetivos Específicos	12
CAPÍTULO II	13
4.- MARCO TEÓRICO:.....	14
4.1. Antecedentes.....	14
4.2. Bases teóricas:	17
5. TÉRMINOS OPERACIONALES.....	25
5.1. Variables independientes	25
5.2. Variables dependientes	25
5.3. Operacionalización de variables	25
CAPÍTULO III.....	28
6.- METODOLOGÍA.....	29
6.1. Tipo de Estudios	29
6.2. Población y Muestra	29
6.2.1. Criterios de Inclusión	29
6.2.2. Criterios de Exclusión	29
6.2.3. Ubicación, tiempo, espacio	30
6.2.4. Muestra y tamaño de la muestra.....	30
6.3. Técnicas e instrumentos.....	30
6.3.1. Técnicas.....	30
6.3.2. Instrumentos	31
6.4. Procesamiento y análisis estadístico	31
6.5. Limitaciones	31
CAPÍTULO IV.....	33
7. RESULTADOS	34
8. DISCUSIÓN.....	42
9. CONCLUSIONES:.....	45
10. RECOMENDACIÓN	46
CAPÍTULO V	47
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
12. ANEXOS.....	51
ANEXO N° 01: Instrumento	51
ANEXO N° 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA	52
ANEXO N° 03: Constancia de Aprobación Emitida por la Oficina del Comité Institucional de Ética en Investigación.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Prevalencia de los procedimientos realizados en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.....	34
TABLA N°02: Edad promedio en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.....	35
TABLA N°03: Edad gestacional según el tipo de procedimiento en el manejo de aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.....	36
TABLA N°04: Tipo de procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016	37
TABLA N°05: Tipo de aborto según el procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016.....	38
TABLA N°06: Complicaciones según el tipo de procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL en el 2016.....	39
TABLA N°07: Pruebas estadísticas de las complicaciones de las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 01: Prevalencia de los procedimientos realizados en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.....	34
GRAFICO N°02: Edad promedio en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.....	35
GRAFICO N°03: Edad gestacional según el tipo de procedimiento en el manejo de aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.....	36
GRAFICO N°04: Tipo de procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016	37
GRAFICO N°05: Tipo de aborto según el procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016.....	38
GRAFICO N°06: Complicaciones según el tipo de procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL en el 2016.....	40

DEDICATORIA

A DIOS *Por haberme permitido llegar a mi meta y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

*A mi madre SELMIRA **por** haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, ser una persona de bien y su inmenso amor.*

A mi amada esposa DASHENKA que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, con su apoyo constante y amor incondicional.

A mis preciosos hijos LUISANA, CESAR Y DARIO para quien ningún sacrificio es suficiente, que con su luz han iluminado mi vida y hace mi camino más claro y son la motivación para seguir saliendo adelante.

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, nuestra Alma Mater, por haberme dado la oportunidad de llegar a ser profesional.
- A los Docentes de la Facultad de Medicina por contribuir con sus enseñanzas – aprendizajes dándonos siempre conocimientos prácticos, actitudes y a los miembros del jurado por su paciencia, tolerancia, apoyo y comprensión en la realización de este trabajo.
- Al Dr. Javier Vásquez Vásquez, Lic. Wilma Casanova Rojas Mg SP, por sus importantes aportes profesionales para el desarrollo de esta tesis.

RESUMEN

“PREVALENCIA Y COMPLICACIONES DE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA Y LEGRADO UTERINO EN EL MANEJO DE ABORTOS EN MUJERES DE 15 - 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016”

Bach. En Medicina Humana: Jimmy Paul Flores Pacaya

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016.

METODOLOGÍA: Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo.

RESULTADOS: La prevalencia de la aspiración manual endouterina fue 76.96%, y del legrado uterino, 23.03%. Las características clínicas de la aspiración manual endouterina fueron: edad promedio 26.99 años; edad gestacional, 10.74 semanas en promedio. El 70.06% pacientes con menor de 12 semanas. El 77% se les realizó aspirado manual endouterino (AMEU), con un tiempo quirúrgico de 15.22 minutos en promedio, estancia hospitalaria 1.3 días; sangrado, 31.27 ml; el 69.4% ingreso por aborto incompleto. Las características clínicas del legrado uterino fueron: edad: 27.7 años en promedio; con una edad gestacional, 12.27 semanas en promedio; el 23% se les realizó el legrado uterino, con un tiempo quirúrgico de 19.57 minutos, estancia hospitalaria de 1.53 días; sangrado de 50.74 ml. el 70.2% ingreso por aborto incompleto. Las complicaciones fueron: 12.3% evacuación incompleta y 1% hematómetra agudo. Se encontró una relación según la prueba de chi-cuadrado entre el tipo de procedimiento y hematómetra agudo (χ^2 : 6.747, sig. asintótica: 0.09, intervalo de confianza 95%), pero en la prueba de Fisher no se encontró esta relación (sig. Exacta: 0.052).

CONCLUSIÓN: Existe una prevalencia de 76.96% en la aspiración manual endouterina y 23.03% para legrado uterino. La edad promedio fue de 27 años en el AMEU y 27.7 años en LU, edad gestacional de 10,74 semanas en el AMEU y 12.27 semanas en el LU; el 77% se realizó aspirado manual endouterino y el 23 % legrado uterino, con un tiempo quirúrgico de 15.22 minutos en el AMEU y 19.57 minutos en LU, poca estancia

hospitalaria, poco sangrado. El 69.4% ingreso por aborto incompleto en el AMEU y 70.2% en el LU. Las complicaciones fueron: 12.3% evacuación incompleta y 1% hematómetra agudo. Observándose más complicaciones en el aspirado manual endouterino 70.4%. No encontrándose una relación significativa.

Palabras claves: Aspirado manual endouterino, legrado uterino, Hospital Regional de Loreto.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial entre el 2010 al 2014, se produjeron 56 millones de abortos, observándose 3 millones de mujeres con complicaciones debido a un aborto realizado por “una persona carente de la capacitación necesaria para poner fin a un embarazo”, y 47 000 terminaron en muerte materna ⁽³⁾. Esto lo ha convertido en un problema de salud pública. En América Latina y el Caribe el aborto está en aumento, 23% al 32% en los últimos 25 años ⁽¹⁾. A nivel nacional en el 2016, el aborto se encuentra entre las diez causas básicas de muerte materna, representando el 1,7% entre el aborto espontáneo y lesiones de órganos o tejidos de la pelvis consecutivo al aborto ⁽²⁾.

Debido al preocupante número de aborto, la organización mundial de la salud ha creado una guía para un aborto sin riesgo, en donde dan indicaciones para un aborto médico o quirúrgico ⁽⁴⁾, de igual manera a nivel nacional, existe una guía del procedimiento de aspiración manual endouterino (AMEU) ⁽⁵⁾, que debe ser aplicada con carácter de obligatoriedad en todos los hospitales de la nación, incluso de Loreto.

El aborto es causante de complicaciones como: hemorragia, infección, perforación uterina, daños del tracto genital y órganos internos, entre otras complicaciones ⁽³⁾. A pesar de que existan guías para minimizar las complicaciones, se han podido observar en la práctica clínica, que el AMEU y el legrado uterino, afectan a la mujer tanto física como psicológicamente, esto hace que muchas veces no se hable de este problema y se tenga datos subregistrados en nuestra región; lo que hace que solo conozcamos la punta de iceberg del problema. Esto nos plantea una interrogante:

¿Cuál es la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

El aborto se considera un problema de salud pública a nivel mundial ⁽¹⁾ y nacional ⁽²⁾ es un factor preocupante para la sociedad, por la creciente incidencia de jóvenes que asisten a lugares inseguros o clandestinos para someterse a maniobras que terminan en abortos, con serias complicaciones como infecciones, hemorragias, perforaciones, que conlleva algunas veces a una muerte inevitable o dejan secuelas en su salud física y mental, así como sus condiciones reproductivas posteriores ⁽³⁾.

No se conoce datos respecto al manejo adecuado del aborto; el uso de la Aspiración Manual Endouterina puede llegar a acelerar la recuperación y disminuir los costos intrahospitalarios y así la movilización temprana, disminuye la morbimortalidad, esto conduce a una estancia hospitalaria menor. Internacionalmente existen estudios que nos mencionan las ventajas amplias de usar la Aspiración Manual Endouterina y en conclusión es una técnica adecuada para pacientes con diagnósticos de aborto y sus variedades, hemorragias o de padecimientos ginecológicos. El cual se ha documentado que no produce complicaciones severas como lo que podría ser perforación uterina. Es por ello que puede utilizarse de forma segura y con efectos adversos mínimos. En el Perú hay pocos trabajos publicados para documentar la utilidad de esta técnica, a nivel nacional existen antecedentes y en nuestro Hospital se maneja de acuerdo a la Guía médica. Nos interesa el dar a conocer la prevalencia y complicaciones que tiene la técnica de la Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino y demostrar que una de las técnicas quirúrgicas tiene mejor grado de recuperación y disminuye la estancia hospitalaria y por tanto los costos. Además, debido a que se desconoce en la práctica clínica si existe complicaciones asociadas a la aspiración manual endouterina y el legrado uterino instrumental; y solo existiendo un sub registro de su prevalencia. Se realizó el estudio para determinar la prevalencia de los procedimientos en el Hospital Regional de Loreto, y cual presenta menos complicaciones, y de esta manera tener un panorama de la realidad del manejo quirúrgico del aborto en nuestro hospital. Los resultados nos permitieron conocer cuál es la técnica más empleada de acuerdo a las circunstancias médicas.

3.- OBJETIVOS

3.1. Objetivos Generales

Determinar la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de la aspiración manual endouterina en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016.
- Identificar la prevalencia del legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016.
- Describir las características clínicas de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016.
- Determinar las complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016.

CAPÍTULO II

4.- MARCO TEÓRICO:

4.1. Antecedentes

Navarrete García y col (2012)⁶ En Ecuador realizó un estudio titulado legrado obstétrico terapéutico realizado en mujeres después de un aborto espontáneo que asisten al área gineco-obstetricia del Hospital Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo, desde mayo hasta noviembre del 2012, donde se realizó encuestas a 172 profesionales de salud sobre el legrado uterino presentando una prevalencia de la técnica en 38.4%, además obteniéndose los siguientes resultados: El 51% de los profesionales de la salud refiere que los pacientes presentaron laceraciones del cuello uterino por el uso de dilatadores, 51% perforación del útero, 51% hemorragias uterinas, 51% infecciones uterinas secundaria al aborto, 100% deteriora la autoestima, afectividad de las madres afectadas, genera sentimiento de culpabilidad de las madres afectadas.

Valderrama Mamani y col (2013)⁷ En Perú realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cuzco, encontrando una incidencia de 316 casos; el aborto incompleto fue el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con el 69.1%, seguido por el aborto frustrado con el 14.0% y el 16.9% representado por los otros tipos de aborto. El legrado uterino instrumental fue el procedimiento más empleado para edades gestacionales ≤ 12 semanas con el 75% con una prevalencia de 39.8%, sólo en el 25% se realizó el Aspirado Manual Endouterino.

Urquiza Coloma, y col (2013)⁸ En Perú realizó un estudio descriptivo y transversal en el Hospital nacional Daniel Alcides Carrión, titulado: características de las adolescentes que presentan aborto incompleto y que son sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina. El objetivo fue Determinar las características de las adolescentes que presentan aborto incompleto y que son sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Obteniéndose los siguientes resultados acerca de la Aspiración Manual Endouterina en las adolescentes atendidas se obtuvo que el 80% de pacientes tuviera seudanalgesia, el 64% presentaron dolor leve y el 36% presentó dolor moderado. En cuanto a los restos obtenidos por la Aspiración Manual Endouterina el 60% de adolescentes presentaron restos en regular cantidad en el útero y el 34% tuvo restos

endouterinos en escasa cantidad, además presentando una prevalencia en la técnica de la aspiración manual endouterina de 62.5%.

Palomino Delgado y col (2013)⁹ En Perú se realizó un estudio descriptivo titulado “Incidencia, características epidemiológicas y manejo del aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco de Julio- diciembre de 2012”. El objetivo del presente estudio fue determinar la incidencia, características epidemiológicas y el procedimiento más empleado para el manejo del aborto en el servicio de Ginecología. Obteniéndose los siguientes resultados: El 23.2% comprendió a pacientes con edades entre 20 -24 años y el mayor porcentaje con una edad promedio de 28.35 años, la técnica más empleada en el manejo del aborto fue el legrado uterino con un porcentaje de 79.81% con una prevalencia de 42.06%, seguido de la aspiración manual endouterina con una prevalencia de 10.64% y con un porcentaje en el uso de la técnica en 20.19%. El aborto incompleto fue el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con el 69.1%, seguido por el aborto frustrado con el 14.0% y el 16.9% representado por los otros tipos de aborto.

Ballinas Hernández y col (2014)¹⁰ En México se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, titulado “Aspiración manual endouterina vs legrado uterino instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M”. Obteniéndose los siguientes resultados: La prevalencia de la aspiración manual endouterina fue de 40.2%, la edad promedio fue de 29.5 años. En el legrado uterino instrumentado se presentó que en un 41% no hubo ninguna complicación, en 2do lugar con un 22% fue la lesión cervical, en 3er lugar la hemorragia con un 14%, 4to lugar la evacuación incompleta con un 8%, 5to lugar infección con 7% y en último lugar con 5% la perforación uterina. En Aspiración Manual Endouterina se presentó que no hubo ninguna complicación en un 91%, segundo lugar la hemorragia con 4%, en 3er lugar la evacuación incompleta con un 3%, y por último la perforación uterina con un 1 %; en cuanto a la técnica empleada se encontró que el legrado uterino presentó mayores complicaciones con un 86.6%.

Cama Bravo y col (2013)¹¹ En Perú realizó un estudio de corte transversal, descriptivo y retrospectivo titulado: Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento ambulatorio del aborto espontáneo en el Hospital de Andahuaylas en el departamento de Apurímac, se examinaron historias clínicas de 93 pacientes entre

15-45 años. El objetivo del presente estudio fue describir los resultados del manejo de la Aspiración Manual Endouterina en el manejo ambulatorio del aborto espontaneo durante el primer trimestre de gestación. Obteniéndose los siguientes resultados: El tiempo promedio de duración del procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina fue de siete minutos. El 82% de las pacientes se recuperó en menos de dos horas la mayoría entre los 70 a 90 minutos. Dos pacientes a quienes les realizaron el procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina presentaron evacuación uterina incompleta pero solo una requirió la repetición del procedimiento con Legrado Uterino mientras que el otro fue manejado con Misoprostol. No se encontraron casos de perforación uterina ni sangrado vaginal excesivo durante el procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina.

Alvarez Apaya y col (2015)¹² En Perú se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo donde encontró 55 abortos en adolescentes, la mayoría están en el grupo etario de edad de 17 a 19 años 90.9% y sólo el 9.1% de ellas tienen 14 ó 16 años. El tipo de aborto con mayor frecuencia fue el espontaneo (90,9%). El tratamiento frecuentemente utilizado fue la Aspiración Manual Endouterina (89,1 %) en donde se encontró que el 16,4% de las adolescentes presento infección del tracto uterino, el 1,8% presentaron tabique vaginal y el 81,8% no presentaron ninguna complicación post procedimiento.

Ruiz De Somocurcio y col (2016)¹³ En Perú se Realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversa, titulado: Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino en el Hospital María Auxiliadora en el período enero a diciembre de 2014. El objetivo del presente estudio fue Identificar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino (LU). Obteniéndose los siguientes resultados: las características clínicas y epidemiológicas de un total de 1070 pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora, determinan que 929 fueron sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (86.82%) y 141 a Legrado Uterino (13.18%), en cuanto a edad, es significativa la incidencia de 495 pacientes de 20 a 29 años (46.5%) y de 175 pacientes adolescentes de entre 15 y 19 años (16.4%). La manifestación clínica más

frecuente fue el sangrado, con 1057 pacientes (98.78%), el dolor, 1002 pacientes (93.64%). Es coincidente la prevalencia de la Aspiración Manual Endouterina con relación al Legrado Uterino, por cuanto 929 pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (89.63%) ninguna presentó sangrado post procedimiento y de 141 pacientes sometidas a Legrado Uterino (13.18%) 4 presentaron sangrado y fiebre posterior post procedimiento, 6 para Aspiración Manual Endouterina y 8 para Legrado Uterino.

4.2. Bases teóricas:

Definición de aborto

“Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas”⁽¹⁴⁾.

Manejo del aborto

Manejo farmacológico: se puede evitar la cirugía y la anestesia, es más natural, similar a la menstruación; las mujeres tienen mayor control y se involucran más; fácil de administrar, no se requiere internar a las pacientes. Pero presenta sangrado, cólicos y efectos secundarios, se debe esperar y crea incertidumbre⁽¹⁴⁾.

“Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo, el método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde”⁽⁴⁾.

Posologías y vías de administración de mifepristona seguida de misoprostol

- “La mifepristona siempre debe administrarse por vía oral. La dosis recomendada es 200 mg”⁽⁴⁾.
- “Se recomienda que la administración de misoprostol se realice 1 a 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona”⁽⁴⁾.
- “En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg”⁽⁴⁾.

- “En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 μg ” (4).
- “En el caso de gestaciones con un máximo de 7 semanas (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol” (4).

“En el caso de gestaciones con un máximo de 9 semanas (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual” (4).

“Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días) el método recomendado para el aborto medico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde” (4).

Si no se dispone de mifepristona Embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo: 800 μg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, máximo tres dosis repetidas de 800 μg con intervalos de 3 - 12 horas. Si es mayor a 12 semanas (84 días): 400 μg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada 3 horas con un máximo de cinco dosis (4).

Manejo quirúrgico: “utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (DyE)” (4).

Aspiración manual endouterina (AMEU)

“La aspiración endouterina basa su mecanismo de acción en trasladar una presión negativa, generada por una fuente manual o eléctrica, dentro del útero a través de unas cánulas que están conectadas a la fuente de presión negativa. Este procedimiento permite retirar los tejidos endouterinos en su totalidad y evita raspar manualmente las paredes uterinas, con riesgo menor de daño en las paredes del útero” (15).

“La aspiración endouterina tal como se conoce actualmente puede ser realizada tanto

en forma eléctrica como en forma manual. La aspiración eléctrica requiere del uso de una bomba de vacío de tipo Berkeley que es operada con energía eléctrica. Tiene un frasco recipiente de 350 a 1 200 mL de capacidad. La aspiración manual endouterina (AMEU) utiliza un equipo portátil (jeringas con válvulas sencillas y dobles, jeringa y cánulas de Karman) que no requiere del uso de electricidad, lo que permite su amplio uso en diferentes niveles del sistema de salud. Tiene las mismas ventajas de la aspiración eléctrica; sin embargo, su costo es mucho menor” (15).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral ” (15).

Ventajas del AMEU (15):

- Relativamente más económica (15).
- Su mecanismo de acción permite que el procedimiento demore menos que el legrado uterino (LU) (15).
- Cuando se está bien capacitado, se tiene menos complicaciones que el LU (15).
- Permite utilizar anestesia local (15).
- Si se utiliza sedoanalgesia, se usa dosis reducida de analgésicos o sedantes, haciendo posible que el procedimiento pueda efectuarse en forma ambulatoria (15).
- Permite realizar el procedimiento fuera de la rigidez de una sala de operaciones (SOP) tradicional. Es importante en el caso de hospitales del sector público (15).
- El procedimiento es un acto quirúrgico con un tiempo limitado y predecible (15).
- Permite obtener tejido ovular cuando es necesario para el estudio anatómico - patológico o para estudios genéticos (15).

Indicaciones para el aspirado manual endouterino (5)

El aspirado manual endouterino se realiza en las siguientes condiciones (5):

Indicaciones absolutas

- Edad gestacional hasta las 12 semanas por fecha de última regla ⁽⁵⁾.
- Biopsia de endometrio ⁽⁵⁾.

Indicaciones relativas

- Aborto séptico con terapia antibiótica hasta una edad gestacional máximas de 12 semanas por fecha de última regla ⁽⁵⁾.
- “En el tratamiento del aborto frustrado no complicado y hasta un tamaño equivalente a 12 semanas de la fecha de última regla” ⁽⁵⁾.
- “En la evacuación uterina de la mola hidatiforme hasta un tamaño equivalente a 12 semanas de la fecha de última regla” ⁽⁵⁾.

Contraindicaciones para el aspirado manual endouterino ⁽⁵⁾

Absolutas

- Biopsia: sospecha o confirmación de embarazo ⁽⁵⁾.
- “Aborto incompleto, frustrado o embarazo molar correspondiente a un útero mayor de 12 semanas de la fecha de última regla” ⁽⁵⁾.
- Presencia de infección sin haber iniciado una amplia cobertura de antibiótico ⁽⁵⁾.

Relativas

- “En las siguientes circunstancias, la aspiración manual endouterina debería emplearse con precaución y sólo dentro de las instalaciones que cuenten con los recursos humanos y equipamiento necesario para una atención de riesgo; es decir, con sala de operaciones, banco de sangre, medicamentos de emergencia, etc.” ⁽⁵⁾.
- “Riesgo de sangrado durante el procedimiento” ⁽⁵⁾.

Procedimiento:

a) Dilatación cervical

“En los casos de aborto inevitable o de aborto incompleto, puede que el cuello uterino esté lo suficientemente abierto como para permitir la evacuación endouterina, sin la realización de una dilatación complementaria o mediante sólo una dilatación mínima”⁽¹⁰⁾.

b) Evacuación

Para realizar el AMEU, se introduce una cánula de plástico, se dispone de diferentes tamaños evitando la necesidad de dilatación cervical en algunos casos.

Luego se conecta a un aspirador manual de plástico de 60 centímetros cúbicos (que tiene apariencia de jeringa grande) cargado con el vacío. El vacío se libera al abrir la válvula de seguridad de la jeringa y la cánula se gira delicada y lentamente mientras que se desplaza hacia adelante y hacia atrás en el útero. El aspirador sirve como fuente del vacío para aspirar los restos ovulares a través de la cánula hacia el interior del cilindro del aspirador con una presión de 26 pulgadas de mercurio, hasta que llega el 90 por ciento de su capacidad. No produce ruido, debido a que la acción se realiza más suavemente, la bolsa gestacional permanece intacta asegurando una completa evacuación uterina⁽¹⁰⁾.

La indicación de que el procedimiento ha finalizado es la obtención de una espuma rosada en la cánula, cuando no se observa paso de tejido, al percibir aspereza en las paredes del útero, y dificultad para mover la cánula, cuando el vacío hace que se adhiera a las paredes uterinas⁽⁵⁾.

d) Control postoperatorio⁽¹⁰⁾

- La recuperación de la paciente se hace en una camilla normal donde descansa hasta sentirse en condiciones de levantarse cuidadosamente.
- Se da egreso entre 4 y 6 horas posteriores al procedimiento.

Legrado uterino

Es un procedimiento más complejo con la paciente anestesiada y en posición ginecológica, se aplica una valva vaginal y se pinza el cuello uterino, traccionando para evitar la perforación. A continuación, se mide la cavidad uterina usando un histerómetro. Posteriormente, si el cuello está cerrado, se procede a su dilatación con tallos de Hegar, esto podría evitarse si se realiza preparación cervical previa. Si por el contrario está dilatado, se introducirá directamente la cucharilla o legra, eligiendo la de mayor tamaño que quepa por el orificio cervical. Introducida hasta el fondo uterino y mediante movimiento de retorno hacia el cuello se exploran las cuatro paredes, procediendo hasta evacuar la cavidad uterina. Los efectos secundarios del legrado es que las pacientes a menudo presentan cólicos abdominales, náuseas que varían de leves a moderadas, vómito, dolor y sangrado parecido al de la menstruación (16).

Este proceso tiene las siguientes indicaciones:

- Abortos incompletos o retenidos (en embarazos de 12 a 20 semanas de gestación luego de la expulsión del producto, previa maduración cervical ya sea con misoprostol o inductoconducción con oxitocina).
- Sangrado uterino anormal para diagnóstico y tratamiento.
- Pólipos placentarios.
- Extracción de tejido placentario infectado previa administración de antibióticos.
- Trombofilias

Procedimiento:

- a) Dilatación:** requiere la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos (3).
- b) Evacuación:** “Se introducen las pinzas de Winter o Forester, deben ser introducidas hasta el fondo del útero donde se abren y rotan dentro de la cavidad uterina para poder atrapar los restos más gruesos. Se completa la evacuación utilizando las legras (preferiblemente romas)” (10), “los signos que indican que

el cirujano a terminado el LUI son: ausencia de restos placentarios, el sangrado rojo rutilante, escaso, espumoso, hay sensación táctil de vaciamiento a través de la cureta. ⁽¹⁷⁾.

c) Control postoperatorio ⁽¹⁰⁾

- Evaluar constantemente presencia de hemorragias.
- Estudios histológicos del material evacuado.
- Administrar vacuna anti-D si la paciente fuese Rh negativo.
- Observar a la paciente durante 24 horas.
- Control postoperatorio a las 3 a 5 semanas de practicado el procedimiento.

Complicaciones

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo, existen complicaciones que se realizan tanto en el centro de salud como fuera de él, dentro de las mismas encontramos a la hemorragia, la cual puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cuello uterino y ocasionalmente, perforación uterina. Las infecciones, las mismas que raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general por lo que la AMEU es más seguro que el LUI. La mayoría de las mujeres que tienen un aborto bien realizado no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto ⁽¹²⁾ ⁽⁵⁾.

Estas pueden considerarse las complicaciones más frecuentes:

- Evacuación incompleta
- Evacuación en blanco
- Desgarro de cuello uterino
- Perforación de útero
- Perforación de intestino

- Shock.
- Sepsis
- Hemorragia
- Hematómetra
- Embolia gaseosa
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Reacción anestésica

5. TÉRMINOS OPERACIONALES

5.1. Variables independientes

Procedimiento (AMEU, LU)

5.2. Variables dependientes

- Características clínicas: edad, edad gestacional, tipo de aborto, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, sangrado.
- Complicaciones del aborto por el procedimiento: Evacuación incompleta, evacuación en blanco, desgarró de cuello uterino, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, hematómetra agudo, embolia gaseosa, shock neurogénico, reacción anestésica, alergias toxicidad a la lidocaína

5.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador	Categoría
Procedimiento	Técnica a utilizar.	Tipo de método a utilizar según el tiempo de gestación.	Cualitativa	Nominal		LU AMEU
Características clínicas						
Edad	Años de vida de la paciente desde que nace hasta el momento del aborto.	Años del paciente registrado en la historia clínica.	Cuantitativo	Numérica Continua	años	
Edad gestacional	Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está.	Es la cantidad de semanas, desde la concepción hasta la fecha de registro en la historia clínica	Cuantitativa	Numérica	Semanas	10,20, etc
Tipo de aborto	Es la interrupción de un embarazo antes de las 22semanas de gestación	Aborto incompleto: expulsión parcial del tejido gestacional antes de las 22 semanas. Aborto diferido:	Cualitativa	Nominal		Aborto incompleto Aborto diferido Otros
Tiempo quirúrgico	Tiempo que demora el procedimiento.	Tiempo que demora el procedimiento.	Cuantitativa	Numérica	minutos	10,15, 20,etc
Estancia hospitalaria	Número de días que permaneció en el hospital.	Número de días desde el ingreso al egreso del hospital.	Cuantitativa	Numérica	días	1,2,etc

Sangrado	Cantidad de sangre pérdida durante el procedimiento.	Cantidad de sangre pérdida durante el procedimiento.	Cuantitativa	Numérica	ml	20,50, 100,etc
Complicaciones del aborto por el procedimiento						
Evacuación incompleta	Es la retención de tejidos post-AMEU o LU	Es la retención de tejidos post-AMEU o LU	Cualitativa	Dicotómica		SI NO
Evacuación en blanco	Es la no obtención de tejidos a través de AMEU o LU	Es la no obtención de tejidos a través de AMEU o LU	Cualitativa	Dicotómica		SI NO
Desgarro de cuello uterino	Es la lesión del cuello uterino a causa del procedimiento	Es la lesión del cuello uterino a causa del procedimiento	Cualitativa	Dicotómica		SI NO
Hemorragia	Pérdida sanguínea no controlada	Pérdida sanguínea no controlada más de 100 cc en 10 semanas, más de 150 cc en 11 semanas, más de 200 cc en 12 semanas.	Cualitativa	Dicotómica		SI NO
Perforación uterina	Lesión grave del útero comprobado por laparoscopia a causa del procedimiento	Lesión grave del útero comprobado por cuadro clínico o laparoscopia.	Cualitativa	Dicotómica		SI NO
Infección pélvica	Presencia de dolor anexial o uterina y/o dolor a la movilización del cérvix. Puede presentarse fiebre, flujo cervical, leucocitosis en un frotis vaginal y en sangre, PCR elevado, gonococo o Chlamydia documentado como con secuencia del procedimiento realizado.	Presencia de dolor anexial o uterina y/o dolor a la movilización del cérvix. Puede presentarse fiebre, flujo cervical, leucocitosis en un frotis vaginal y en sangre, PCR elevado, gonococo o chlamydia documentado como con secuencia del procedimiento realizado.	Cualitativa	Dicotómica		SI NO
Hematometra agudo	Es la presencia de loquios que obstruyen la circulación uterina,	Presencia de distensión uterina o hemorragia intrauterina continua, cólicos	Cualitativa	Dicotómica		SI NO

	creando distensión uterina y hemorragia intrauterina continua, cólicos severos y síntomas vagales.	severos y síntomas vagales registrado en la historia clínica post-procedimiento.				
Embolia gaseosa	Presencia de embolo en la cavidad uterina por procedimiento realizado.	Diagnostico registrado en la historia clínica post-AMEU o LU.	Cualitativa	Dicotomica		SI NO
Schok neurogénico	Reacción vagal en la paciente, presentando hipotensión, bradicardia llegando a sincope.	Reacción vagal registrado en la historia clínica durante la intervención.	Cualitativa	Dicotomica		SI NO
Reacción anestésica	Reacción post colocación de anestésico	Presencia de sintomatología clínica registradas en la historia después de la colocación de anestésico	Cualitativa	Dicotomica		SI NO
Alergias toxicidad a la lidocaína	Reacción post colocación de la lidocaína.	Presencia de sintomatología clínica registradas en la historia después de la colocación de lidocaína	Cualitativa	Dicotomica		SI NO

CAPÍTULO III

6.- METODOLOGÍA

6.1. Tipo de Estudios

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional.

6.2. Población y Muestra

Población

Corresponde a 437 pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el periodo de enero a noviembre del 2016.

Muestra:

Corresponde a 204 pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, durante el periodo de enero a noviembre del 2016 que cumplieron los criterios de exclusión.

6.2.1. Criterios de Inclusión

Historias clínicas de mujeres de 15 a 45 años atendidas en el área de Ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre del 2016 que cumplan los siguientes criterios:

- Diagnóstico de aborto confirmado con prueba de embarazo
- Diagnóstico de aborto confirmado con ultrasonido.
- Sometidas al procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU)
- Sometidas al procedimiento de Legrado Uterino (LU).

6.2.2. Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión para estudio son:

- Historias Clínicas de mujeres menores de 15 años y mayores de 45 años.
- Historias Clínicas de mujeres que ingresaron con el diagnóstico de aborto o aborto en curso que no cuenten con prueba de embarazo

positivo o evidencia ecográfica y que no necesitaron evacuación uterina.

- Historias Clínicas de mujeres que ingresaron con amenaza de aborto al servicio y continuaron con su embarazo normal.
- Historias Clínicas de mujeres que presentaron embarazo molar.
- Historias Clínicas de mujeres post parto eutócico con retención de restos placentarios o alumbramiento incompleto.

6.2.3. Ubicación, tiempo, espacio

El estudio fue desarrollado con información obtenida principalmente del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre del 2016, que se encontraron hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia.

6.2.4. Muestra y tamaño de la muestra

La muestra correspondió al total de historia clínicas de las mujeres de 15 a 45 años, con el diagnóstico de aborto manejado con aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino hospitalizadas en el servicio de Gineco – Obstetricia Hospital Regional de Loreto de durante el periodo de enero a noviembre del 2016.

Para obtener el marco muestral se utilizó el programa EpiInfo 7, con un margen de error 5%, nivel de confianza 95%, como se desconocía la probabilidad a favor, se usó una $p= 50\% (0.5)$, encontrándose un total de 204 historias clínicas.

6.3. Técnicas e instrumentos

6.3.1. Técnicas

Recolección de datos: Este fue realizado a través del llenado de fichas de recolección de datos, para lo cual se revisó las historias clínicas y el programa SIP 2000. Previamente se coordinó con el Jefe del Departamento de Ginecología, y el Departamento de estadística del Hospital Regional De Loreto.

Fichaje. Es una técnica que consistió en tomar apuntes de manera ordenada y selectiva del contenido de una información impresa y para cuyo fin se empleó fichas.

6.3.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos. Este ha sido elaborado sobre la base de un conjunto de preguntas cerradas basados en la evaluación básica de la “Guía de procedimiento asistencial de aspiración manual endouterina” del MINSA año 2014 ⁽⁵⁾

6.4. Procesamiento y análisis estadístico

La recolección de datos se realizó mediante fichas de recolección impresas, que fueron llenadas por personas previamente capacitadas.

Los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos fueron ordenados según la codificación asignada.

El presente estudio fue procesado y analizado mediante el paquete estadístico informático SPSS Statistics 22.0. Para determinar frecuencia, en forma numérica y porcentual, medidas de tendencia central (media), mínimo y máximo de las variables cuantitativas. Para el análisis bivariado se realizó prueba de chi-cuadrado y prueba de Fisher con un intervalo de 95%, margen de error al 5%. Se elaboró tablas y gráficos según el tipo de variable.

6.5. Limitaciones

- Historias clínicas información clínica incompleta
- Historias clínicas con letra ilegible.
- Historias clínicas no disponibles o extraviadas.

6.6. Ética de investigación

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgrede los derechos humanos de los pacientes, no se tuvo trato directo con el paciente. Se protegió la identidad de cada uno de los sujetos de estudio, se utilizó códigos.

El protocolo pasó por el comité de ética del Hospital Regional de Loreto y se solicitó permiso al director del Hospital Regional de Loreto para el acceso de las historias clínicas.

CAPÍTULO IV

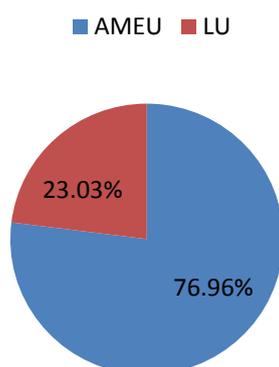
7. RESULTADOS

- La prevalencia de la aspiración manual endouterina en el manejo del aborto en las mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016 fue 76.96%. (ver tabla 1 y grafico 1).
- La prevalencia del legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016 fue 23.03%. (ver tabla 1 y grafico 1).

Tabla 1: Prevalencia de los procedimientos realizados en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016.

Procedimiento	N	%
AMEU	157/204*100	76.96
LU	47/204*100	23.03
Total	204	100.0

Gráfico 1: Prevalencia de los procedimientos realizados en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016

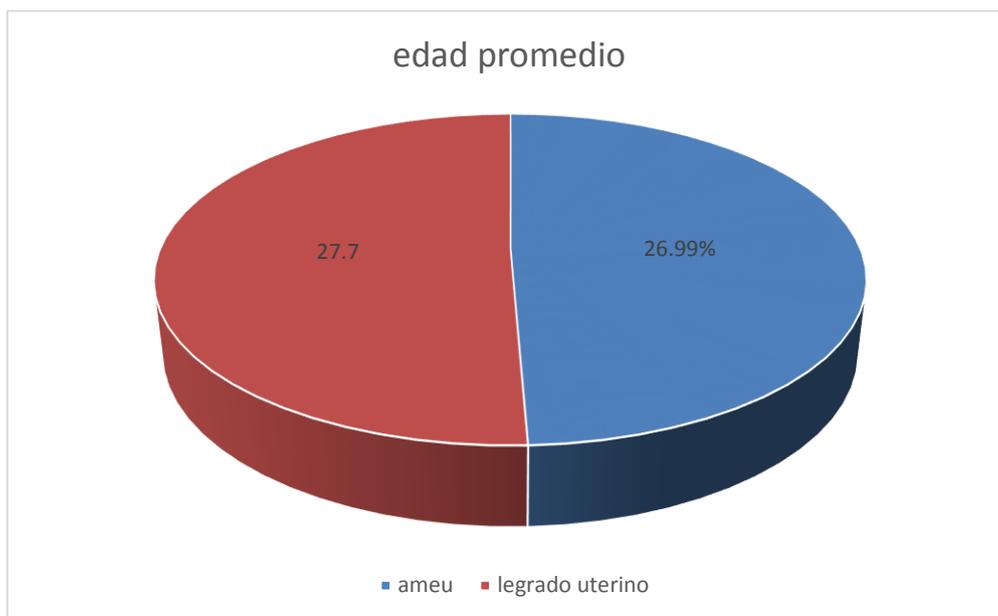


- La edad promedio de las mujeres con diagnóstico de aborto sometidas a procedimiento de aspiración manual endouterina fue 26.99 años. (ver tabla 2 y grafico 2).
- La edad promedio de las mujeres sometidas a legrado uterino fue 27.7 años (ver tabla 2 y grafico 2).

Tabla 2: Edad promedio en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016.

EDAD PROMEDIO	N	%
AMEU	4238/157	26.99
LU	1302/47	27.7

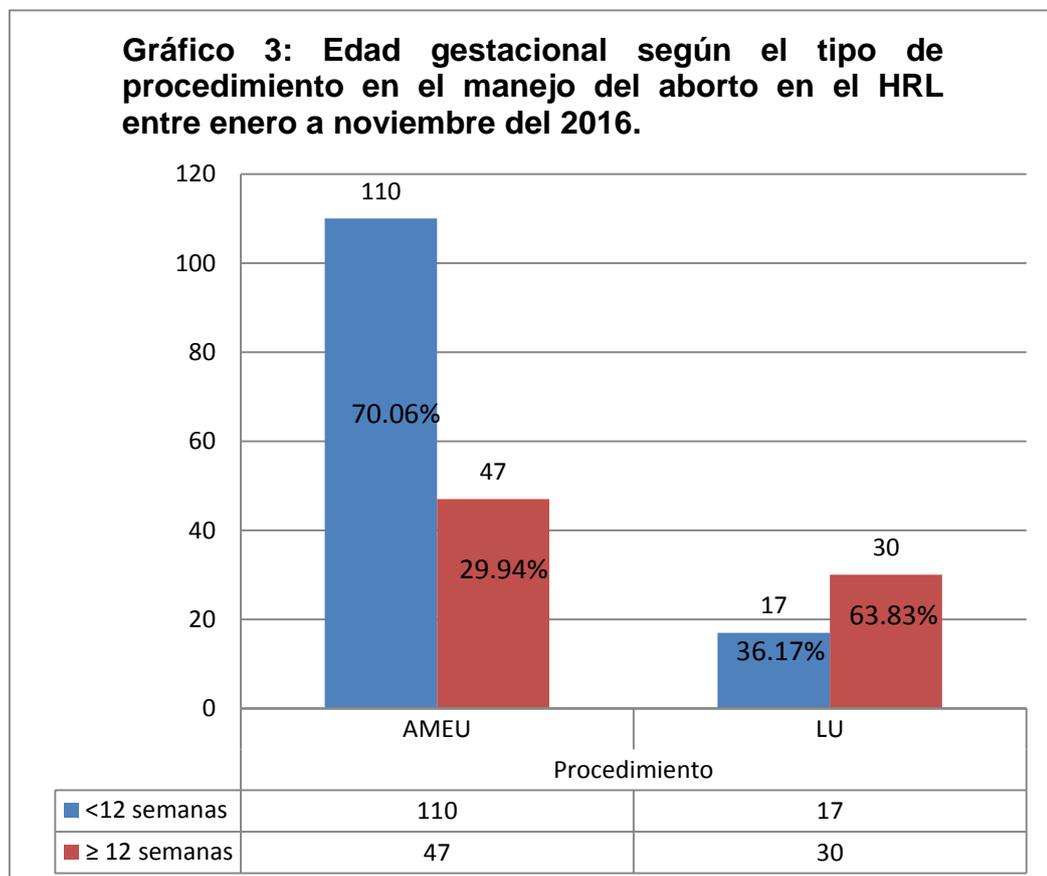
GRAFICO 2: Edad promedio en las mujeres atendidas por aborto en el HRL durante el periodo de enero a noviembre del 2016.



- La edad gestacional promedio de las mujeres con diagnóstico de aborto sometidas a procedimiento de aspiración manual endouterina fue 10.74 semanas. (ver Tabla 3 y Gráfico 3).
- La edad gestacional promedio de las mujeres sometidas a legrado uterino fue 12.27 semanas. (ver Tabla 3 y Gráfico 3).

Tabla 3: Edad gestacional según el tipo de procedimiento en el manejo del aborto en el HRL entre enero a noviembre del 2016.

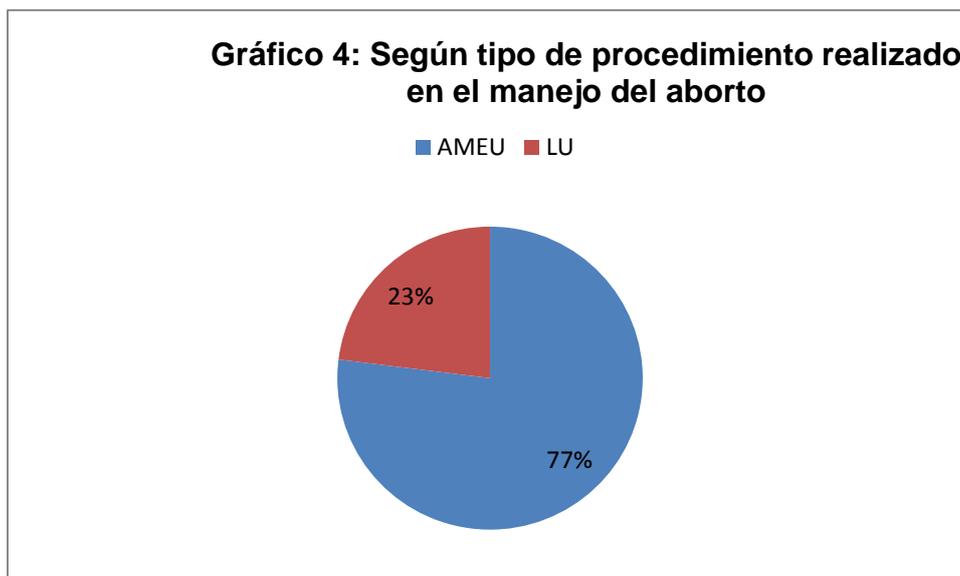
Edad gestacional	Procedimiento	
	AMEU	LU
<12 semanas	110	17
≥ 12 semanas	47	30
Edad gestacional promedio	10.74	12.27



- El 77% (157/204) de las mujeres atendidas por aborto se les realizó aspirado manual endouterino (AMEU) (ver Tabla 4 y Gráfico 4).
- El 23% (47/204) de las mujeres atendidas por aborto se les realizó el legrado uterino (LU) (ver Tabla 4 y Gráfico 4).

Tabla 4: Tipo de procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016

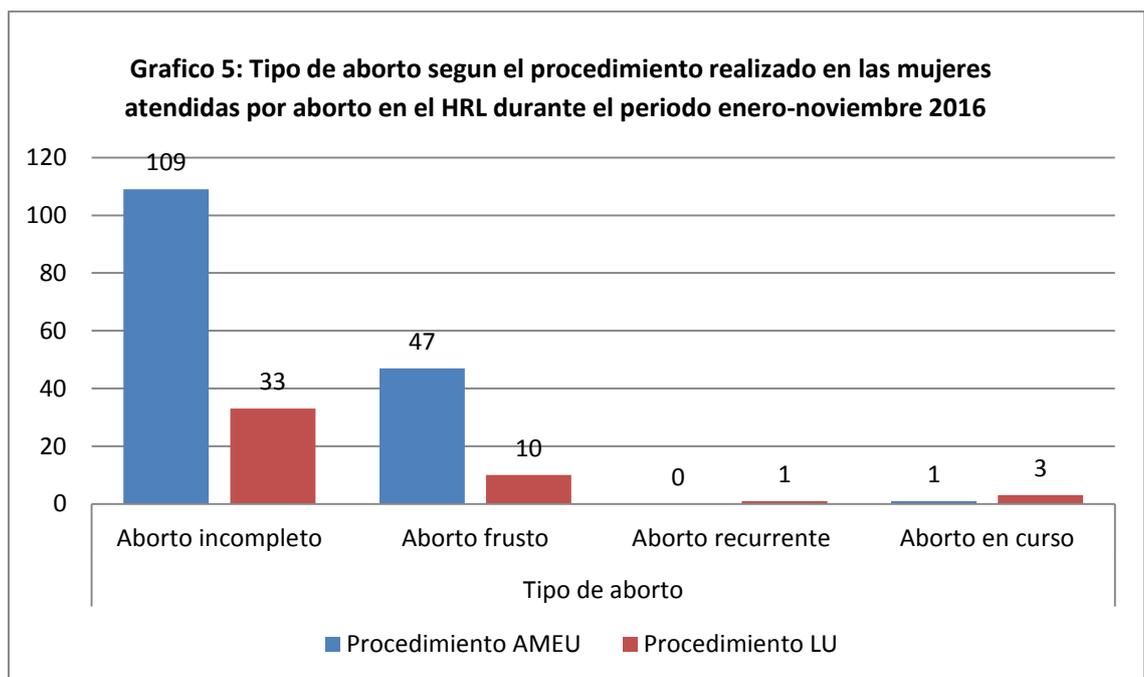
Procedimiento	N	%
AMEU	157	77.0
LU	47	23.0
Total	204	100.0



- Los diagnósticos más frecuentes en las mujeres sometidas al procedimiento de aspiración manual endouterina fueron: aborto incompleto con 69.4% (109/157) y el aborto frustrado con 27.4% (47/157) (ver tabla 5 y Grafico 5).
- Los diagnósticos más frecuentes en las mujeres sometidas a legrado uterino fueron aborto incompleto con 70.2% (33/47) y con aborto frustrado el 21.3% (10/47). (ver tabla 5 y Gráfico 5).

Tabla 5: Tipo de aborto según el procedimiento realizado en las mujeres atendidas por aborto en el HRL durante el periodo enero-noviembre del 2016.

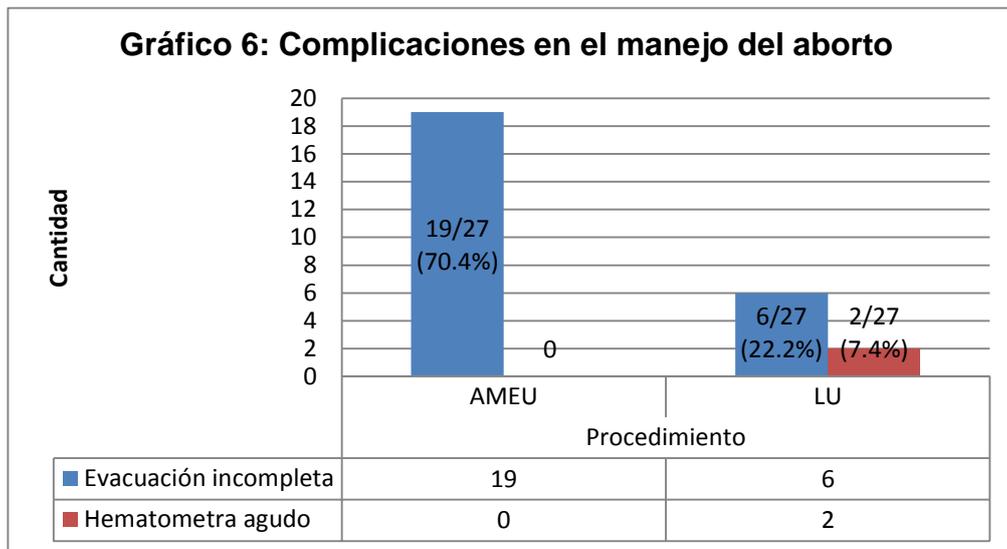
Tipo de aborto	Procedimiento		Total	
	AMEU	LU	N	%
Aborto incompleto	109 (69.4%)	33 (70.2%)	142	69.6
Aborto frustrado	47 (29.9%)	10 (21.3%)	57	28.0
Aborto en curso	1 (0.6%)	3 (6.4%)	4	2.0
Aborto recurrente	0	1 (2.1%)	1	.5
Total	157 (100%)	47 (100%)	204	100.0



- Las complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016 fueron: 12.3% (25/204) evacuación incompleta y 1% (2/204) hematómetra agudo (Tabla 6). De las 27 complicaciones presentes, el 70.4% (19/27) de las complicaciones son evacuaciones incompletas realizados por el aspirado manual endouterino; mientras que en el legrado uterino solo se observó 29.6% (8/27) de complicaciones, 22.2% (6/27) correspondían a la evacuación incompleta y 7.4% (2/27) al hematómetra agudo (ver gráfico 6).

Tabla 6: Complicaciones de las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016

Complicaciones	SI	NO
Evacuación incompleta	25 (12,3%)	179 (87,7%)
Hematómetra agudo	2 (1%)	202 (99%)
Evacuación en blanco	0	204 (100%)
Desgarro de cuello uterino	0	204 (100%)
Hemorragia	0	204 (100%)
Perforación uterina	0	204 (100%)
Infección pélvica	0	204 (100%)
Embolia gaseosa		204 (100%)
Shock neurogenico	0	204 (100%)
Reacción anestésica	0	204 (100%)
Alergia toxica a la lidocaína	0	204 (100%)



Se encontró una relación según la prueba de chi-cuadrado entre el tipo de procedimiento y hematometra agudo (χ^2 : 6.747, sig. asintótica: 0.09, intervalo de confianza 95%), pero en la prueba de Fisher no se encontró esta relación (sig. Exacta: 0.052). Para la evacuación incompleta no se encontró asociación (χ^2 : 0.015, sig. asintótica: 0.93, sig. exacta: 1, intervalo de confianza 95%) (tabla 7).

Tabla 7: Pruebas estadísticas de las complicaciones de las mujeres atendidas por aborto en el HRL entre enero a noviembre de 2016

Complicaciones	Procedimiento		Pruebas	
	AMEU	LU	Chi-cuadrado	Fisher
Evacuación incompleta	19	6	0.903	1
Hematometra agudo	0	2	0.009	0.052

Otras características clínicas de la aspiración manual endouterina en el manejo del aborto de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016 fueron:

TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO	15.22 MINUTOS
ESTANCIA HOSPITALARIA PROMEDIO	1.3 DIAS
SANGRADO PROMEDIO	31.27 ML

- El tiempo quirúrgico promedio utilizado en el procedimiento de aspiración manual endouterina fue 15.22 minutos.
- La estancia hospitalaria promedio de las mujeres sometidas al procedimiento de aspiración manual endouterina fue 1.3 días.
- El sangrado promedio de las mujeres sometidas al procedimiento de aspiración manual endouterina fue 31.27 ml.

Otras características clínicas del legrado uterino en el manejo del aborto de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre de 2016 fueron:

TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO	19.57MINUTOS
ESTANCIA HOSPITALARIA PROMEDIO	1.53 DIAS
SANGRADO PROMEDIO	50.74 ML

- El tiempo quirúrgico promedio de las mujeres sometidas a legrado uterino fue 19.57 minutos.
- La estancia hospitalaria promedio de las mujeres sometidas a legrado uterino fue 1.53 días.
- El sangrado promedio de las mujeres sometidas a legrado uterino fue 50.74 ml.

8. DISCUSIÓN

La prevalencia de la aspiración manual endouterina en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016 fue 76.96%; este porcentaje de prevalencia es mayor a lo encontrado por **Palomino y col (2013)**⁹ quien realizó un estudio en el hospital Antonio Lorena del Cusco – Perú, durante los meses de Julio Diciembre encontrando una prevalencia de 10.64%, muy por el contrario, lo que se encontró en el estudio de **Urquiza Coloma, y col (2013)**⁸ en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, una prevalencia de 62.5%; también se encontró en el estudio de **Ballinas Hernández y col (2014)**¹⁰ titulado “Aspiración manual endouterina vs legrado uterino instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto” una prevalencia de 40.2%.

La prevalencia del legrado uterino en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016 fue 23.03%; en cambio en estudio de **Palomino y col (2013)**⁹ quien realizó un estudio en el hospital Antonio Lorena del Cusco – Perú se encontró una prevalencia de legrado uterino de 42.06%, también en el estudio de **Navarrete García y col (2012)**⁶ titulado “Legrado obstétrico terapéutico en mujeres después de un aborto espontaneo que asisten al área de gineco_obstetricia del hospital Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo (Ecuador) se encontró una prevalencia de 38.4%, además en el estudio de **Valderrama Mamani y col (2013)**⁷ quien realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cuzco (Perú), se encontró una prevalencia de 39.8%.

Con respecto a las características clínicas. La edad promedio de las mujeres atendidas por aborto fue 27,16 años, semejante al estudio de **Ballinas Hernández y col (2014)**¹⁰ quien realizó un estudio en el Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M de México donde encontró que las mujeres atendidas por aborto presentaron una edad promedio de 29.5 años; en el estudio de **Palomino Delgado y col (2013)**⁹ titulado “Incidencia, características epidemiológicas y manejo del aborto” realizado en el hospital Antonio Lorena del Cuzco: julio-diciembre del 2012 la edad promedio de las mujeres atendidas por aborto fue de 28.35 años; además en el estudio de **Álvarez Apaya y col (2015)**¹² realizo un estudio en Perú, descriptivo, retrospectivo donde encontró 55 abortos en adolescentes, la mayoría están en el grupo etario de

edad de 17 a 19 años (90.9%); en cuanto al estudio de **Ruiz De Somocurcio y col (2016)**) quien realizó un estudio en el Hospital María Auxiliadora Lima – Perú, en el período enero a diciembre de 2014 presenta una edad promedio de 20-29 años (46.5%) y 15-19 años (16.4%) en donde se encuentra cierta semejanza en cuanto a la edad promedio de mi estudio realizado.

El 77% de las mujeres atendidas por aborto se les realizó aspirado manual endouterino y el 23% legrado uterino (LU); similar al estudio de **Ruiz De Somocurcio y col (2016)**) quien realizó un estudio en el Hospital María Auxiliadora Lima – Perú, en el período enero a diciembre de 2014 donde el 86.82% de pacientes fueron sometidas a la Aspiración Manual Endouterina y 13.18% Legrado Uterino; en cambio en el estudio de **Palomino y col (2013)**⁹ quien realizó un estudio en el hospital Antonio Lorena del Cusco – Perú, el cual encontró un porcentaje 79.81% legrado uterino y 20.19% aspirado manual endouterino.

El tiempo quirúrgico promedio de las mujeres atendidas por aborto fue 16,23 minutos este valor es mayor a los encontrado por **Cama Bravo y col (2013)** quien realizó un estudio Hospital de Andahuaylas – Perú en el departamento de Apurímac, determino que el tiempo promedio de duración del procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina fue de 7 minutos

La estancia hospitalaria promedio de las mujeres atendidas por aborto fue 1.35 días; contrastándose con **Cama Bravo y col (2013)** quien realizó un estudio Hospital de Andahuaylas – Perú en el departamento de Apurímac, el cual determino que 82% de las pacientes se recuperó en menos de dos horas la mayoría entre los 70 a 90 minutos.

El 69.6% de las mujeres ingreso por aborto incompleto, de igual forma en el estudio de **Valderrama Mamani y col (2013)**⁷ quien realizó un estudio en el Hospital Antonio Lorena del Cuzco - Perú, encontrando que el aborto incompleto fue el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con el 69.1%.

En el estudio solo se encontró dos tipos de complicaciones, 12.3% (25/204) presentaron evacuación incompleta y 1% (2/204) hematómetra agudo; en cambio **Navarrete García y col (2012)**⁶ quien realizó un estudio en el Hospital Martin Icaza

de la ciudad de Babahoyo – Ecuador el cual encontró que el 51% refería laceraciones en el cuello uterino, 51% perforación del útero, 51% infecciones uterinas, 100% deterioro de la autoestima. Asimismo, **Ballinas Hernández y col (2014)**¹⁰ quien realizó un estudio en el Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M de México, determino que las pacientes sometidas a legrado uterino presentaron las siguientes complicaciones: 22% presento lesión cervical, 14% hemorragia, y en el aspirado manual endouterino, 7% hemorragia, 3% evacuación incompleta, 1% perforación; en el estudio de **Cama Bravo y col (2013)**¹¹ titulado “Aspiración manual endouterina en el tratamiento ambulatorio del aborto espontaneo” concluyo que de las 93 pacientes atendidas por un aborto incompleto la complicación que presento fue la evacuación incompleta de restos endouterinos en solo (02) dos pacientes; además en el estudio de **Ruiz De Somocurcio y col (2016)** quien realizó un estudio en el Hospital María Auxiliadora Lima – Perú, en el período enero a diciembre de 2014 donde el 89.63% no presento sangrado post procedimiento por la aspiración manual endouterina, en cuanto a legrado uterino (04) cuatro pacientes presentaron sangrado y fiebre post procedimiento, (06) seis para la aspiración manual endouterina y (08) ocho para el legrado uterino.

En nuestro estudio el aspirado manual endouterino causo más complicaciones, 70.4%; lo cual contrasta con lo hallado por **Ballinas Hernández y col (2014)**¹⁰ quien realizó un estudio en el Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M de México, determinando que el legrado uterino causó más complicaciones, 86.6%; en cambio en el estudio de **Álvarez Apaya y col (2015)**¹² realizado en Perú titulado “Manejo del aborto” el tratamiento frecuentemente utilizado fue la aspiración manual endouterina (89.1%). Se observó que el 16.4% de las adolescentes presento como complicación infección del tracto urinario, el 1.8% presentaron tabique vaginal y el 81.8% no presentaron ninguna complicación.

9. CONCLUSIONES:

De acuerdo a lo encontrado en el estudio titulado: “Prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y legrado uterino en el manejo del aborto en mujeres de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016 fueron:

1. La prevalencia de la aspiración manual endouterina fue 76.96%.
2. La prevalencia del legrado uterino fue 23.03%.
3. Las características clínicas de la aspiración manual endouterina fueron:
 - Edad: 26.99 años.
 - Edad gestacional: 10.74 semanas en promedio. El 70.06% pacientes con menor de 12 semanas.
 - Procedimiento: el 77% se les realizó aspirado manual endouterino (AMEU).
 - Tiempo quirúrgico: 15.22 minutos en promedio.
 - Estancia hospitalaria: 1.3 días.
 - Sangrado: 31.27 ml.
 - Diagnóstico de ingreso más frecuente: aborto incompleto: 109 casos (69.4%) y aborto frustrado: 47 casos (29.9%).
4. Las características clínicas del legrado uterino en el manejo del aborto fueron:
 - Edad: 27.7 años en promedio.
 - Edad gestacional: 12.27 semanas en promedio.
 - Procedimiento: el 23% se les realizó el legrado uterino (LU).
 - Tiempo quirúrgico: 19.57 minutos.
 - Estancia hospitalaria: 1.53 días.
 - Sangrado: 50.74 ml.
 - Diagnóstico de ingreso más frecuente: aborto incompleto: 33 casos (70.2%) y aborto frustrado: 10 casos (21.3%).
5. Las complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016 fueron: 12.3% evacuación incompleta y 1% hematómetra agudo.

Se observó más complicaciones en el aspirado manual endouterino con 70.4%. No encontrándose una relación significativa entre las complicaciones y el tipo de procedimiento.

10. RECOMENDACIÓN

1. Capacitar al personal médico del Hospital Regional de Loreto en el correcto llenado de historias clínicas según NTS N° 22-MINSA
2. Adecuar de acuerdo a nuestra realidad las guías de prácticas clínicas en el manejo de aborto.
3. Establecer estrategias para garantizar la adherencia de los profesionales médicos en las guías de prácticas clínicas en el manejo de aborto que existen en el Hospital Regional de Loreto.
4. Evaluar periódicamente los procedimientos realizados en el manejo de aborto: AMEU vs Legrado Uterino en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Loreto en búsqueda de evidencias que apoyen el uso de uno u otro procedimiento.
5. Mejorar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a AMEU de acuerdo a las circunstancias médicas.

CAPÍTULO V

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El mundo. [Internet].; 2016 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2016/05/12/57334d3822601d5e278b4680.html>.
2. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública. DGE-MINSA. Perú [Internet].; 2016 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Internet].; 2016 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>.
4. Organización Mundial de la salud. WHO. [Internet].; 2012 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.
5. Montes Treviños A. MINSA. Perú [Internet].; 2014 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: www.hospitalcayetano.gob.p/transparencia/images/stories/RD/rd_078_2014.pdf.
6. Navarrete Garcia L, Santillán Muñoz L. Babahoyo: UTB. Ecuador [Internet].; 2012 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/349>.
7. Valderrama Mamani R. UNSAAC. Perú [Internet].; 2013 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/912>.
8. Urquiza Coloma A. UPCH. Perú [Internet].; 2013 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=E&base=lipecs&nextAction=Ink&exprSearch=EXTRACCION%20OBSTETRICA%20POR%20ASPIRACION&indexSearch=MH>.
9. Palomino, José. UNSAAC. Perú [Internet].; 2013 [citado 2017 Julio 19. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/912?show=full>.
10. Ballinas Hernández J. Medicina-Química. México [Internet].; 2014 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14989>
11. Cama Bravo L. BVS. Perú [Internet].; 2013 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLE
C&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=713949&indexSearch=ID.

12. Alvarez Apaza WA. Repositorio UNSA. Perú [Internet].; 2015 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/279/M-21190.pdf?sequence=1>.
13. Ruiz De Somorcucio C. Repertorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú [Internet].; 2014 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/6/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=25&etal=10&null=&offset=28.
14. Ministerio de salud pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. [Internet].; 2013 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf.
15. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Scielo. Perú [Internet].; 2015 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000100010&script=sci_arttext.
16. CDC. Centro de control y la prevención de enfermedades. [Internet].; 2010 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/STDfact-PID-s.htm>
17. Martínez Jara MdL. Universidad de Azuay. Ecuador [Internet].; 2012 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4414>.
18. Fescina R, De Mucio B, al DRe. PAHO/CLAP. [Internet].; 2011 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sip&alias=206-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-ed-4&Itemid=219&lang=es.
19. Secretaria de salud, CENETEC. México Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. [Internet].; 2015 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/026_GPC_AmenazadeAborto/SSA_026_08_EyR.pdf.

20. NIH. MedlinePlus. [Internet].; 2016 [citado 2017 Mayo 16. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>.

12. ANEXOS



ANEXO 01: Instrumento

“PREVALENCIA Y COMPLICACIONES DE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA Y LEGRADOUTERINO EN EL MANEJO DE ABORTOS EN MUJERES DE 15 - 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016”

CODIGO

1. Procedimiento: LU () AMEU ()
2. Edad: _____ años
3. Edad gestacional: _____ semanas
4. Tipo de aborto:
Aborto Incompleto ()
Aborto Diferido ()
Otro _____
5. Tiempo quirúrgico: _____ minutos
6. Estancia hospitalaria: _____ días
7. Sangrado: _____ ml

Complicaciones del aborto por el procedimiento:

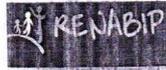
- | | | |
|--|--------|--------|
| 8. Evacuación incompleta: | SI () | NO () |
| 9. Evacuación en blanco: | SI () | NO () |
| 10. Desgarro de cuello uterino: | SI () | NO () |
| 11. Hemorragia: | SI () | NO () |
| 12. Perforación uterina: | SI () | NO () |
| 13. Infección pélvica: | SI () | NO () |
| 14. Hematómetra agudo: | SI () | NO () |
| 15. Embolia gaseosa: | SI () | NO () |
| 16. Shock neurogénico: | SI () | NO () |
| 17. Reacción anestésica: | SI () | NO () |
| 18. Alergias toxicidad a la lidocaína: | SI () | NO () |

ANEXO N° 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “PREVALENCIA Y COMPLICACIONES DE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA Y LEGRADO UTERINO EN EL MANEJO DE ABORTOS EN MUJERES DE 15 - 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016”

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	INSTRUMENTO	METODOLOGIA.
<p>¿Cuál es la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016?</p>	<p>General Determinar la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016.</p> <p>Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia de la aspiración manual endouterina en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016. • Identificar la prevalencia del legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016. • Describir las características clínicas de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016. • Determinar las complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016. 	<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Procedimiento (Aspiración manual endouterina (AMEU), Legrado Uterino(LU)).</p> <p>DEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características clínicas: edad, edad gestacional, tipo de aborto, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, sangrado. • Complicaciones del aborto por el procedimiento (Evacuación incompleta, evacuación en blanco, desgarro de cuello uterino, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, hematómetra agudo, embolia gaseosa, shock neurogénico, reacción anestésica, alergias toxicidad a la lidocaína) 	<p>Ficha de recolección de datos elaborado sobre la base de un conjunto de preguntas cerradas basados en la evaluación básica de la “Guía de procedimiento asistencial de aspiración manual endouterina” del Minsa año 2014.</p>	<p>Tipo de investigación: No experimental, Descriptivo, transversal, retrospectivo.</p> <p>Población y muestra: Población: La población del estudio está constituida por pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Regional de Loreto, de enero a noviembre del 2016. Muestra: Todas las pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto que recibieron como tratamiento la aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016.</p> <p>Técnica y método de trabajo. Recolección de datos: Se realizará mediante el llenado de fichas de recolección de datos, para lo cual se revisará las historias clínicas, datos del programa SIP 2000. Previamente se coordinará con el Jefe del departamento de Ginecología, y el departamento de estadística del Hospital Regional De Loreto.</p>

ANEXO N° 03: Constancia de Aprobación Emitida por la Oficina del Comité Institucional de Ética en Investigación



HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

OFICINA DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 025 - CIEI- HRL-2017

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Regional de Loreto certifica que el proyecto de investigación, señalado a continuación fue APROBADO, siendo catalogado como: ESTUDIO CON RIESGO MÍNIMO, se detalla a continuación los siguientes datos de proyectos:

Título del Proyecto : "PREVALENCIA Y COMPLICACIONES DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA Y LEGRADO UTERINO EN EL MANEJO DE ABORTOS EN MUJERES DE 15-45 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016".

Código de inscripción : ID 021- CIEI - 2017

Modalidad de investigación : PRE GRADO

Investigador (es) : BACH. MED. JIMY PAUL FLORES PACAYA

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador alcanzara un informe semestral y un informe final al término de este. La aprobación de la ampliación y modificaciones tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **09 DE NOVIEMBRE DE 2017**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Punchana, 09 de Mayo de 2017.

Hospital Regional de Loreto
"Felipe Santiago Arriola Iglesias"

Dr. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

Email:comiteihrl@hotmail.com
Av. 28 de Julio S/N - Punchana - Loreto

Página 6