

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN –
TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**



TESIS:

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE MUJERES SOMETIDAS AL PROCEDIMIENTO DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) Y LEGRADO UTERINO, EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016”.

Para optar el título profesional de: Médico Cirujano

AUTOR:

Bach. Méd. Humana: DIANA CÁRDENAS PÉREZ

ASESOR:

Méd. MANUEL ISAAC PÉREZ KUGA

**TARAPOTO - PERÚ
2017**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: CÁRDENAS PÉREZ DIANA	
DNI: 47806844	
Domicilio: Jr. Lima N° 1127 – Tarapoto	
Teléfono: 988763279	Correo Electrónico: diana_carper@hotmail.com

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	: MEDICINA HUMANA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE MUJERES SOMETIDAS AL PROCEDIMIENTO DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) Y LEGRADO UTERINO, EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016”.
Año de Publicación: 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM-T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional, su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

DIANA CÁRDENAS PÉREZ

DNI 47806844

Fecha de recepción: ____/____/____

DEDICATORIA

A Dios por todo lo que soy y he llegado a ser, porque está presente en todo lugar, acompañándome y guiándome en el arduo camino de la carrera.

A mis padres; Roberto Cárdenas Gómez y Loydith Pérez Shapiama, por sus enseñanzas y buenas costumbres que han creado en mi la capacidad para poder enfrentar las adversidades con optimismo y sabiduría.

A mi hermana Nely, por estar conmigo y apoyarme, mostrándome su confianza.

A mis maestros, médicos y todo el personal de salud que me acompañaron y guiaron en este largo camino, con profesionalismo y ética, para adquirir y reforzar conocimientos en mi.

Gracias

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto y a los docentes de la Facultad de Medicina Humana, por contribuir en mi formación y su apoyo brindado para la culminación de esta etapa.

A mis padres y mi hermana que con su cariño, amor y sobre todo su constante apoyo, hacen que mi fortaleza sea más grande y no desvanezca.

A mi asesor de tesis: Med. Manuel Isaac Pérez Kuga, por haberme permitido recurrir a su capacidad y conocimiento y brindarme tiempo valioso para el desarrollo de la presente tesis.

A todo el personal de salud del Hospital II-2 Tarapoto, por su apoyo incondicional, por su calidez humana, amistad brindada.

INDICE

CAPÍTULO I.....	13
I. INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO II	19
III. MARCO TEÓRICO	20
3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	25
3.3. BASES TEÓRICAS	28
CAPÍTULO III	36
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
4.1. Tipo de investigación	37
4.2. Nivel de investigación.....	37
4.3. Diseño de investigación	37
4.4. Cobertura de investigación	38
4.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación	39
4.6. Análisis e interpretación de datos.....	40
4.7. Aspectos éticos	40
4.8. Limitaciones	41
CAPÍTULO IV	42
V. RESULTADOS	43
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	43
5.2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:.....	64
5.3. PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	76
5.4. COMPLICACIONES:.....	82
VI. DISCUSIONES	85
CAPÍTULO V	92
VII. CONCLUSIONES.....	93
VIII. RECOMENDACIONES	96
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
X. ANEXOS.....	102

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 01 – Proporción de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.....	43
Tabla N° 02 – Proporción de edad de pacientes en las que se realizó Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.....	45
Tabla N° 03 – Proporción de edad de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.....	4747
Tabla N° 04 – Proporción de edad de pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	49
Tabla N° 05 – Grado de instrucción en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.....	51
Tabla N° 06 – Grado de instrucción en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.....	53
Tabla N° 07 – Grado de instrucción en pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	55
Tabla N° 08 – Estado civil en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.....	57
Tabla N° 09 – Estado civil en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.....	59
Tabla N° 10 – Estado civil en pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	60
Tabla N° 11 – Ocupación de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.....	61
Tabla N° 12 – Ocupación de pacientes sometidas a Aspiración manual Endouterina.....	62
Tabla N° 13 – Ocupación de pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	63
Tabla N° 14 – Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.....	64

Tabla N° 15 – Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.....	66
Tabla N° 16 – Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	68
Tabla N° 17 – Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.	70
Tabla N° 18 – Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.....	72
Tabla N° 19 – Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	74
Tabla N° 20 – Presentación clínica de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.	76
Tabla N° 21 – Presentación clínica de las pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.	78
Tabla N° 22 – Presentación clínica de pacientes sometidas a Legrado Uterino.	80
Tabla N° 23 – Complicaciones presentes en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina	82
Tabla N° 24 – Complicaciones presentes en pacientes sometidas a Legrado Uterino.....	83

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMEU: Aspiración manual endouterina

LU: Legrado uterino

SIP: Sistema informático perinatal

OMS: Organización mundial de la salud

FIGO: International federation of gynecology and obstetrics

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

RESUMEN

La presente investigación responde a la pregunta ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las mujeres sometidas al procedimiento de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino, en el “Hospital II-2 Tarapoto”, en el período de enero a diciembre de 2016?

Para esto se plantea el siguiente objetivo; Identificar características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino (LU) en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo de enero a diciembre de 2016 a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento.

El Capítulo I engloba la realidad problemática de la investigación así como la justificación e importancia de la misma; además se exponen los objetivos tanto general y específicos.

En el capítulo II se aborda los antecedentes, citando autores nacionales e internacionales, así mismo se realiza una revisión de fundamentos teóricos, bases teóricas, exponiendo los términos que explican las dimensiones de la investigación, tomando términos como Aspiración Manual Endouterina, Legrado Uterino, Aborto.

En el capítulo III se engloba la metodología que se tuvo en cuenta para la realización de la investigación, así como el tipo de investigación, el número de población a tomar mediante formula, los criterios que se tomaros en cuenta para la inclusión, el material que se usó para la recolección de datos, así como el instrumento de procesamiento de los mismos, teniendo en cuenta a su vez las limitaciones y los aspectos ético-legales.

En el capítulo IV se muestra los resultados a los que se llegaron así como la discusión de los mismos, donde se citaron varios autores, teniendo en cuenta la correlación de los mismos.

Y en el capítulo V se culmina con las conclusiones, teniendo en cuenta los objetivos planteados y con las recomendaciones propuestas, las cuales se basan en la promoción primaria.

En este contexto se concluye que el presente trabajo de investigación es el primero en su tipo en la región San Martín por ende en el Hospital II-2 Tarapoto; además se debe tener en cuenta que uno de los métodos de prevenir este tipo de situaciones es la consejería, la cual se debe dar antes, durante y después de todo procedimiento, sin olvidarse del correcto armado de Historias Clínicas para determinar la situación en la que nos encontramos presentes y así mismo poder brindar un buen servicio.

SUMMARY

The present research responds to the question What are the clinical and epidemiological characteristics of women undergoing to the Manual Endo-Uterine Aspiration and Uterine curettage procedure in the "Hospital II-2 Tarapoto", from January to December 2016?

For this the following objective is proposed; To identify clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing manual endo-uterine aspiration and / or Uterine curettage at Hospital II-2 Tarapoto during the period from January to December 2016 in order to contribute to the reduction of morbidity and mortality and to determine the pertinent actions to be considered in prevention and treatment services.

Chapter I covers the problematic reality of research as well as the justification and importance of the research; In addition the objectives are presented both general and specific.

In Chapter II the background is discussed, citing national and international authors, as well as a review of theoretical foundations, theoretical bases, exposing the terms that explain the dimensions of the investigation, taking terms such as Manual of Endo-uterine Aspiration, Uterine curettage and Abortion .

Chapter III covers the methodology that was taken for conducting the research, as well as the type of research, the number of people to be taken by formula, the criteria to be taken for inclusion, the material that Was used for the collection of data, as well as the instrument of processing the same, taking the limitations and the ethical-legal aspects.

Chapter IV shows the results that were reached as well as the discussion of them, where several authors were cited, taking their correlation.

And chapter V culminates with the conclusions, taking the proposed objectives and the proposed recommendations, which are based on primary promotion.

In this context it is concluded that the present research work is the first of its kind in San Martín, therefore, in Hospital II-2 Tarapoto; In addition, it should be taken into account that one of the methods to prevent this type of situation is counseling, which must be given before, during and after any procedure, without forgetting the correct setting of Clinical Histories to determine the situation in which We are present and also able to provide a good service.

CAPÍTULO

I

I. INTRODUCCIÓN

El aborto es la terminación espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal; según la *National Center for Health Statistics* y los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), así como la Organización Mundial de la Salud definen el aborto como cualquier terminación del embarazo, sea espontánea o provocada, antes de las 22 semanas de gestación y que el feto al nacer pese <500 g.¹

Según la Organización Mundial de la Salud el aborto es un problema social y de salud pública que cada vez se incrementa más, se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo; considerándose aborto peligroso o inseguro como el procedimiento para terminar la gestación realizadas por personas que no poseen las competencias necesarias o en ambientes sin los mínimos estándares médicos². Se calcula que en el 2008 se produjeron 47000 defunciones a causa de abortos peligrosos. África se ve desproporcionadamente afectada, ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en este continente.

Entre el 2010 y 2014 en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25% del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas.

Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica.³

El aborto legal se realiza en el 74% de la población mundial y comprende 117 países, y al menos en 50 países de ello el aborto es completamente liberal. El aborto clandestino se realiza en un 26% de toda la población al comprender 74 países. En América Latina el aborto es ilegal a excepción de Cuba y Guayana.⁴

El aborto inseguro es considerado una pandemia prevenible que afecta en mayor medida a países que presentan restricciones legales al respecto, como el nuestro; ya que Perú es un país que penaliza el aborto, muchas mujeres se someten a una serie de procedimientos que acarrearán un gran número de complicaciones y muertes maternas.²

En nuestra región existe una alta tasa de mujeres gestantes. Así como pacientes sometidas a procedimientos de Aspiración Manual Endouterina y a Legrados Uterinos; en la mayoría de los casos estas pacientes son sometidas a Aspiración Manual Endouterina (AMEU) encontrándose con gestaciones menores de 12 semanas y con abortos incompletos.

Los factores que predisponen a que las adolescentes presenten un embarazo no deseado son: Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, falta de orientación, falla de los métodos anticonceptivos, rechazo a métodos anticonceptivos, violencia sexual. Los motivos por los cuales las adolescentes recurren a realizarse un aborto de forma insegura son: Miedo por perder a la pareja, rechazo a la familia, mujeres que ya tienen el número de hijos planificados y recursos económicos insuficientes.⁵

La revista Gaceta Médica de México realizó una investigación de las complicaciones más frecuentes en la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino, en el AMEU se presenta menor pérdida hemática y el dolor que se manifiesta en la paciente al momento de realizar este procedimiento es de forma leve. La complicación que con más frecuencia se presentó en el AMEU fue la retención de restos endouterinos lo que conllevó a tener que realizar posteriormente un Legrado Uterino.⁶

En el Legrado Uterino las complicaciones que más se presentan son la perforación uterina y la infección post – legrado. La perforación uterina puede ocurrir durante las maniobras abortivas o durante la realización del legrado uterino instrumental. La endometritis es otra complicación que también se presenta con frecuencia y se asocia a que los elementos que se utilizan para el procedimiento quirúrgico no están esterilizados. La

lesión del útero puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis.⁶

El aborto se considera un problema de salud pública a nivel mundial y es un factor preocupante para la sociedad, por la creciente incidencia que se está dando en nuestra región, predominante en nuestra localidad, así mismo de la existencia de personas que concurren a lugares inseguros o clandestinos para realizarse estos procedimientos, y terminan presentando complicaciones como infecciones, hemorragias, perforaciones, que las puede llevar a una muerte inevitable o dejar secuelas en su salud física y mental, así como sus condiciones reproductivas posteriores.

Los y las prestadores de servicios de salud suelen encontrarse con mujeres con abortos espontáneos, con embarazos no deseados, con embarazos forzados producto de situaciones de violencia o bien, mujeres con abortos “espontáneos” que son violentadas durante el embarazo. La frecuencia de estos casos, así como las implicaciones que tiene para la salud de las mujeres, es un llamado a fortalecer la atención de sus necesidades y no del aborto en sí. Es importante atender tanto los aspectos clínicos, como identificar las circunstancias de las mujeres en situación de aborto para brindarles servicios apropiados y prevenir las futuras complicaciones.

Actualmente, se considera que la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental. La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado.

En la práctica clínica diaria se evidencia una alta incidencia de Aspiraciones Manuales Endouterinas. Por lo que esta investigación está orientada a identificar las complicaciones asociadas a la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino Instrumental para plantear

conclusiones válidas sobre esta patología y recomendar medidas y acciones de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva útiles para la institución donde se efectuará la misma.

En este contexto y en consideración que en Perú y en nuestra región la tasa de abortos incompletos es alta, se planteó la necesidad de realizar una investigación para determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas al procedimiento de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Identificar características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino (LU) en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo de enero a diciembre de 2016 a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento.

2.2. Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de Aspiraciones Manuales Endouterinas que se realizan en el Hospital II -2 Tarapoto y las consideraciones* que se tienen en cuenta para su realización.
2. Determinar la frecuencia de Legrados Uterinos que se realizan en el Hospital II-2 Tarapoto y las consideraciones* que se tienen en cuenta para su realización
3. Identificar las principales características epidemiológicas de las pacientes sometidas a Aspiraciones Endouterinas y Legrados Uterinos: edad, grado de instrucción, zona geográfica y estado civil en el Hospital II- 2 Tarapoto, durante el periodo Enero a Diciembre 2016.
4. Identificar las complicaciones de la Aspiración Manual Endouterina y del Legrado Uterino en pacientes gestantes con diagnóstico de aborto incompleto.

CAPÍTULO

II

III. MARCO TEÓRICO

La incidencia de aborto en el primer trimestre es entre 14 y 19% de los embarazos registrados y durante años la extracción quirúrgica de los restos retenidos ha sido la opción preferida. Este tipo de manejo quirúrgico implica hospitalización, valoración y manejo por anestesiólogo, quirófano disponible y condiciones para la recuperación. Aunque se considera un procedimiento menor, los riesgos de la extracción quirúrgica incluyen infecciones, hemorragia y perforación uterina, además de la morbilidad derivada de la anestesia.

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Ballinas H, Janet. Realizó un estudio titulado: Aspiración Manual Endouterina VS Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto, Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. La técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es una de las técnicas terapéuticas de mayor auge, ya que presenta menores complicaciones en comparación con el Legrado Uterino Instrumentado, por lo que en este estudio los compararemos y designaremos su eficacia. Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, de 200 pacientes con diagnóstico de aborto, a quienes se les practicó Legrado Uterino Instrumentado (LUI) o Aspiración Manual Endouterina (AMEU), durante 01 abril de 2013 a 01 abril de 2014. Resultados: La población más afectada es la de 26 a 35 años de edad, la población en riesgo es joven con edad media de 29.5 años con un intervalo de 15 a 42 años. La población de menor riesgo se ubica en las pacientes mayores de 42 años. Observamos que las pacientes que se sometieron a los procedimientos la mayoría eran solteras en un 36.5% y en segundo lugar queda la unión libre con 34.5%. Predomino las pacientes que iniciaron su vida sexual después de los 17 años de edad, el número de parejas sexuales predomino las que tienen relaciones sexuales con 1 – 4 parejas y predominaron las multigestas. 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 %. Conclusiones: La técnica del AMEU es eficaz para el uso terapéutico de Aborto y sus variedades, ya que presenta menor número de complicaciones en comparación con el Legrado Uterino Instrumentado.⁷

3.1.2. Ruiz S, Claudia Cristina. Realizó un estudio 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 Periodo enero-diciembre 2014. Material y Método: Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con diseño observacional y descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto y el traslado de datos a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 22.0. Conclusiones: Las características clínicas y epidemiológicas de un total de 1070 pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante el período de enero a diciembre de 2014, 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%). Al Grado de Instrucción, 938 pacientes son estudiantes (87.66%), 724 de Educación Superior Técnica (67.66%) y 189 de Educación Superior Universitaria (17.66%). Estado civil, 716 pacientes son convivientes (66.91%), 354 pacientes son solteras (33.08%), y ninguna casada. Con relación a los Antecedentes Obstétricos, es recurrente la incidencia de 231 pacientes que no tienen gestaciones previas (21.59%), 246 pacientes que han tenido una gestación (22.99%) y 242 pacientes que han tenido dos gestaciones (22.62%) y también significativa la incidencia de pacientes multíparas (entre tres a ocho

gestaciones previas). Sobre antecedentes de aborto previo, 642 pacientes no tienen antecedente (60%), 318 de un aborto previo (29.72%), 94 de dos abortos previos (8.78%), 14 de tres (1.31%) y una con cuatro (0.09%). La manifestación clínica más frecuente fue el sangrado, con 1057 pacientes (98.78%), el dolor, 1002 pacientes (93.64%).⁸

3.1.3. Cama B, Luis Alfredo. Realizó un estudio titulado: Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento ambulatorio del aborto espontaneo, Objetivo: Describir los resultados del manejo de la Aspiración Manual Endouterina en el manejo ambulatorio del aborto espontaneo durante el primer trimestre de gestación en el Hospital de Andahuaylas en el departamento de Apurímac. Material y Método: El tipo de estudio fue de corte transversal, descriptivo y retrospectivo se revisaron historias clínicas de 93 pacientes entre 15-45 años. 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. Conclusiones: De las 93 pacientes atendidas por un aborto incompleto la complicación que se presentó fue la evacuación incompleta de restos endouterinos en dos pacientes lo cual conllevó a realizar un Legrado Uterino.⁹

3.1.4. Urquiza C, Alfredo Luis. Realizó un estudio titulado: Características de las adolescentes que presentan aborto incompleto y que son sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina, Objetivo: 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 en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao. Material y Método: El tipo de estudio fue

de diseño cualitativo, descriptivo y transversal el cual permitirá determinar las características de las adolescentes que presentan aborto incompleto y que son sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina. Resultados: Respecto a los antecedentes Gineco - obstétricos de las adolescentes, como son que el 62% solo han tenido una sola gestación. En cuanto al número de partos, el 74% no presentó ningún parto. En cuanto a las cesáreas el 88% no se realizó ninguna. Lo referente a la ocurrencia de abortos en las adolescentes se tiene que el 38% han tenido un aborto como mínimo. Los resultados obtenidos acerca de la Aspiración Manual Endouterina en las adolescentes atendidas se obtuvo que el 80% de pacientes tuvo 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. Conclusiones: El único factor sociodemográfico que constituye un riesgo para el aborto espontáneo en mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión es edad mayor o igual a 18 años. En cuanto a las complicaciones por la Aspiración Manual Endouterina el dolor abdominal fue el presentado mayoritariamente por las adolescentes y en segundo lugar el sangrado transvaginal. El tipo de dolor que se presentó fue de tipo leve. En cuanto a los restos endouterinos obtenidos en las adolescentes se presentó en regular cantidad.¹⁰

3.1.5. Pinzón B, Cesar Eduardo. En un estudio titulado: Comparación entre la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino con cureta en el manejo del Aborto Incompleto no complicado en el Primer Trimestre de Gestación. Objetivo: Comparar los resultados de dos tipos de protocolos diferentes: La Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino con cureta para el manejo del aborto incompleto no complicado, realizado en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena. Material y Métodos: El tipo de estudio fue de cohorte, analítico, retrospectivo diseñado para describir la efectividad de dos tratamientos quirúrgicos para el manejo del aborto incompleto no complicado durante el primer trimestre de gestación.

El tamaño de la muestra fue de 105 pacientes para cada grupo de estudio. El primer grupo fue manejado con la Aspiración Manual Endouterina en el Hospital de Cartagena y el Legrado Uterino se realizó en Bucaramanga. Resultados: El dolor al momento del egreso fue mayor para las pacientes manejadas con Aspiración Manual Endouterina, asimismo el tiempo de retorno a las actividades cotidianas fue significativamente más rápido en las pacientes tratadas con Aspiración Manual Endouterina que con Legrado Uterino. En este estudio no se presentaron complicaciones. Conclusiones: La Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino son dos métodos diferentes para el manejo del aborto incompleto, igualmente efectivos en la evacuación de restos endouterinos, pero con algunas ventajas para la Aspiración Manual Endouterina por ser más económica, realizada con anestesia local y menor tiempo de estancia hospitalaria.¹¹

- 3.1.6. Novoa E, Aldo.** Realizó un estudio titulado: Complicaciones y factores asociados de la Aspiración Manual Endouterina en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Objetivo: Determinar las complicaciones y características a los factores asociados del uso del Aspiración Manual Endouterina en el manejo del aborto no complicado en el primer trimestre de gestación en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en las pacientes con diagnóstico de aborto a las que se le realizó el Aspiración Manual Endouterina que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión. Resultados: Ingresaron al servicio de emergencia 4.120 pacientes con diagnóstico de aborto de las cuales a 3.954 (95.9%) pacientes se les realizó el procedimiento del Aspiración Manual Endouterina. El 79% corresponde al grupo de 20-39 años de edad, el 66.4% de casos fue por aborto incompleto. El 6.7% de las pacientes ingresadas presentaron complicaciones intraoperatorias tales como reacción adversa a la anestesia que fueron presentadas por cinco pacientes, casos de hemorragia en 7 pacientes, 5 pacientes con laceración cervical y 2 casos de hematómetra agudo. El 8.3% de los casos que uso analgesia endovenosa presento alguna complicación, mientras que el 6.2% y el 5.1% de los casos que usaron bloqueo paracervical y analgesia

combinada se complicaron. El 57.5% acudieron a control post aborto en donde hubieron 21 casos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica y 11 casos fueron catalogados como Aspiración Manual Endouterina insuficientes. Conclusiones: la prevalencia de la Aspiración Manual Endouterina fue de 96% en donde se presentaron hemorragia en un 2.47%, reacción adversa a la anestesia en un 1.77%, lesión cervical en un 1.77%.¹²

3.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

3.2.1. ABORTO

Es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado menor o igual a 500 gramos.¹²

3.2.2. ADOLESCENTES

La adolescencia es la etapa de la vida que la persona desarrolla la madurez física, emocional y cognitiva. Se caracteriza por la adolescencia precoz que va hasta los doce y la adolescencia tardía que va hasta los 18 años.¹³

3.2.3. LEGRADO UTERINO

El legrado uterino se realiza en gestaciones mayores de 12 semanas. El procedimiento se efectúa utilizando instrumentos llamados dilatadores para abrir el cuello del útero y posteriormente se vacía el útero empleando un instrumental metálico parecido a una especie de cucharas como legras o curetas.¹⁴

3.2.4. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA

Es el procedimiento que se realiza para gestaciones menores de 12 semanas, este método tiene menos complicaciones que el legrado uterino, se utiliza anestesia local, consiste en introducir una cánula al útero a través del cérvix y unirlo en la cual se ha preparado una presión de

vacío, se producirá la aspiración del contenido uterino cuando esta presión negativa de la jeringa será transmitida al interior del útero.¹⁵

3.2.5. SHOCK

Es un síndrome de insuficiencia circulatoria sistémica caracterizado por signos y síntomas de hipo perfusión en los órganos vitales.¹⁶

3.2.6. SEPSIS

Desorden cardiovascular, inmunológico y metabólico que progresa como consecuencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistemática que desencadena por una infección severa.¹⁶

3.2.7. HEMORRAGIA

Salida de sangre desde el sistema cardiovascular que es provocada por la ruptura de los vasos sanguíneos como venas, arterias y capilares.¹⁶

3.2.8. HEMÁTOMETRA

Acumulación de sangre menstrual en el útero que no han sido evacuados a través del cuello uterino. Esto se ocasiona debido a la obstrucción del paso de la sangre menstrual por enfermedades ginecológicas y por procesos que obliteran el cuello del útero.¹⁷

3.2.9. EMBOLIA GASEOSA

La embolia es una interrupción repentina de un líquido que fluye en el cuerpo, la sangre o la linfa, por un cuerpo extraño. La embolia gaseosa es bastante rara y de origen accidental. Es debida a la presencia de burbujas de gas, normalmente aire, en el torrente sanguíneo. El gas puede entrar en el torrente sanguíneo durante una cirugía, por un traumatismo o al inyectar un producto en la sangre y también por una hemorragia por alumbramiento que es por la presión de aire dentro del útero. La embolia gaseosa es causa de complicaciones cardíacas o neurológicas dependiendo de dónde se localice el émbolo. Es grave y requiere atención inmediata basada en la reanimación cardiopulmonar o RCP y la oxigenación hiperbárica (es decir, de alta presión).¹⁸

3.2.10. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

Infección que afecta al tracto superior de la mujer (útero, trompas, ovarios) y sus estructuras adyacentes, lo que clínicamente se traduce en endometritis, salpingitis, ooforitis, miometritis, absceso tubo-ováricos y en ocasiones de las estructuras pélvicas adyacentes.¹⁹

3.2.11. SHOCK NEUROGÉNICO

Lesión que se da a nivel del sistema nervioso simpático, se produce por bloqueo farmacológico y por lesión de la medula espinal.²⁰

3.2.12. EVACUACIÓN ENDOUTERINA

Es la extracción del contenido del útero. Cuando no se logran expulsar en su totalidad se denomina retención de restos lo que conlleva posteriormente a realizar un legrado uterino.²¹

3.2.13. PERFORACIÓN UTERINA

Orificio de rotura a través de la pared del útero, generalmente producido por la colocación de un instrumento o dispositivos intrauterinos.²²

3.2.14. FIEBRE

La fiebre es una elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal. En general la temperatura bucal es un buen indicador de la temperatura corporal central y suele oscilar entre 36 y 37,8 °C. Se considera fiebre cualquier temperatura oral por encima de 37,8 °C.

3.2.15. DOLOR

Sensación más o menos localizada de malestar, molestia o aflicción, resultante de la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas.

3.3. BASES TEÓRICAS

3.3.1. ABORTO

El aborto es la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un producto de la concepción menor de 500mg. Si la gestación es menor de 12 semanas se denomina aborto precoz y si ocurre entre las 12 y 22 semanas se denomina aborto tardío. Más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas de gestación, y cuando menos, la mitad de ellos es consecuencia de anomalías cromosómicas. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con el número de hijos procreados y también con la edad de la madre. La frecuencia de aborto identificado aumenta clínicamente en un 12% en mujeres menores de 20 años, a 26% en quienes tienen más de 40 años.

La principal causa de aborto espontáneo son las anomalías cromosómicas, y en un 60% de estos, la trisomía es el principal factor asociado, segundo lugar se encuentran las poliploideas y las monosomías del cromosoma.

Por lo general se acepta que la pérdida fetal temprana puede ser originada por anomalías genéticas, cromosómicas, autoinmunes, anomalías uterinas, alteraciones inmunológicas, enfermedades maternas como diabetes o hipotiroidismo.²³

3.3.2. INCIDENCIA DEL ABORTO EN EL PERÚ

El enfoque epidemiológico en el estudio del aborto, particularmente en el grupo de riesgo de adolescentes y población joven, merece singular importancia por estar expuestas a enfrentar serios problemas como el riesgo al embarazo no deseado, recurren al aborto en condiciones de riesgo provocando un trauma emocional, dolor, secuelas y muerte.

El problema del aborto en la mayoría de los casos deriva de la actividad sexual en los primeros años de la adolescencia producido por el comportamiento sexual precoz que expone a un riesgo potencial alto en la salud reproductiva de la joven. Del mismo modo la limitada información y diálogo de los padres, así como de las entidades formales e informales, constituyen factores condicionantes de riesgo de la población joven que se traduce en una alta incidencia del aborto de este importante grupo de

población. Según el Ministerio de Salud se realizan más de cuatro abortos por cada diez nacimientos, es decir, 750 abortos diarios, 31 cada hora y uno cada dos minutos, se ha podido estimar que cerca del 30% de embarazos en el país termina en un aborto inducido, esta cifra equivalente a 271 mil casos es un estimación moderada y se relaciona con el total de nacidos vivos se tiene en razón de 43 por cada 100, es decir, un poco más de 4 abortos por cada 10 nacimientos.²⁴

3.3.3. ETIOLOGIA DEL ABORTO

El aborto se origina de la infiltración de sangre en la decidua basal, seguida de necrosis de los tejidos vecinos, hacia la expulsión de sangre hacia el exterior. Si es incipiente el huevo se desprende y estimula las contracciones uterinas lo que culmina con la expulsión del producto. El feto retenido puede mostrar maceración y hay colapso de los huesos del cráneo, el abdomen se distiende con líquido sanguinolento y se degeneran los órganos internos.²⁵

3.3.4. CLASIFICACIONES DEL ABORTO

- Aborto Espontáneo: Son abortos de primer trimestre, la gestación anembrionada, el aborto en curso, el aborto incompleto y el aborto completo. Cerca del 15 al 20% de las gestaciones conocidas acaban en aborto espontaneo, con el uso de la determinaciones de la gonadotropina coriónica aumenta hasta en un 30%, cerca del 80% de los abortos espontáneos aparecen en el primer trimestre y la incidencia va disminuyendo con las semanas de gestación.
- Amenaza de aborto: Se define como el sangrado vaginal antes de la semana 22 de gestación. Aparecen en el 30 a 40% de todos los embarazos, el sangrado normalmente es leve y puede estar asociado con dolor abdominal bajo o de tipo cólico.
- Aborto en curso: El volumen de sangrado con frecuencia es mayor que con otros tipos de aborto y el cuello del útero está abierto y borrado, pero no ha salido ningún tejido, la mayoría de las pacientes

tiene dolor abdominal de tipo cólico y algunas tiene dolor a la movilización cervical y a la palpación anexial.

- Aborto Incompleto: Es una expulsión parcial de tejido gestacional antes de las semana seis del embarazo, la placenta y el feto, normalmente se expulsan juntos, pero después de esta semana lo suelen hacer separadamente, aunque la mayoría de las pacientes tienen sangrado vaginal solo algunas han expulsado productos del embarazo, el dolor abdominal tipo cólico puede estar presente y puede estar descrito como parecido a las contracciones del parto.²⁶

3.3.5. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA:

La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es considerado como un método quirúrgico adecuado para el manejo del aborto incompleto y el aborto retenido con edad inferior a doce semanas, también para la biopsia endometrial. Es un procedimiento ambulatorio, para realizar bajo anestesia paracervical, seguro, de bajo costo y efectivo.

Es el procedimiento quirúrgico que se utiliza para el manejo del aborto incompleto no complicado hasta las 12 semanas de gestación.

Las contraindicaciones de este procedimiento son el Aborto Incompleto, el Aborto Frustrado y Embarazo Molar con tamaño uterino mayor de 12 semanas de gestación, sangrado uterino excesivo, aborto Incompleto infectado y/o séptico, sospecha de

Perforación Uterina previa al procedimiento, Anemia Severa, Fibromiomas Uterinos que hagan imposible determinar el tamaño y la posición del útero.²⁷

En el procedimiento es fundamental realizar un examen físico completo que incluya especuloscopia para determinar las características del cérvix y un tacto bimanual para establecer la posición del útero, tamaño y dilatación cervical.

El instrumental está conformado por una fuente de vacío y una cánula de diferentes diseños, las fuentes de vacío tienen válvulas que al cerrarse permiten crear vacío antes de insertar las cánulas en el útero.

Si el cérvix está cerrado se procede a realizar la dilatación luego se introduce suavemente una cánula seleccionada a través del cérvix con un movimiento de rotación, se empuja la cánula lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque fondo. Se sueltan las válvulas de seguridad para que el vacío se transfiera a través de la cánula al interior del útero y se inicie el paso de tejido, sangre y líquido por la cánula hasta la jeringa.²⁸

Indicación:

- Está indicado en gestaciones menores de 12 semanas de gestación.

Tipo de anestesia:

- Analgesia, sedación superficial o anestesia local.

Instrumentos:

- Aspirador manual portátil.
- Cánulas Karmant de 4, 6, 7, 8, 9 y 12mm.

Procedimiento:

- **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.^(29,30,31,32)

- **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 oprimir los botones en el aspirador 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 mas suavemente, la bolsa gestacional

permanece intacta asegurando una completa evacuación uterina.^(33,31,32)

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.

- **Control postoperatorio**

La recuperación de la paciente se hace en una camilla normal donde descansa hasta sentirse en condiciones de levantarse y caminar sin ayuda.

Se da egreso entre 4 y 6 horas posteriores al procedimiento.

Complicaciones: que se pueden presentar con la Aspiración Manual Endouterina son:

- Evacuación incompleta.
- Desgarro de cuello uterino.
- Hemorragia.
- Perforación uterina.
- Infección pélvica.
- Hematómetra agudo.
- Embolia gaseosa.
- Shock neurogénico. (Reacción vagal)
- Reacción anestésica.
- Amenorrea post Aspiración Manual Endouterina.

Aceptación:

- El AMEU es bien aceptado por las mujeres, ya que requiere niveles bajos de manejo del dolor, es por esto que el tratamiento de la atención post aborto puede proporcionarse en ámbitos de pacientes en consulta externa, y las mujeres suelen preferir esta opción a una larga estancia hospitalaria.^(34,33,35,31)

3.3.6. LEGRADO UTERINO:

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas.

Es el procedimiento que se realiza para raspar y recolectar el tejido endometrial del interior del útero que se realiza a partir de las 12 semanas de gestación. Se realiza dilatación cervical, que es un ensanchamiento del cuello uterino para permitir que los instrumentos ingresen al útero, mientras que el curetaje o legrado realice el raspado de los contenidos del útero.³⁶

Indicación:

- En la actualidad existen dos tipos de legrado, el obstétrico y el ginecológico. El que se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea, para limpiar la cavidad endometrial, es el que se denomina obstétrico. El legrado ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación, cuando se desea realizar biopsia del endometrio, hemorragia disfuncional, gestaciones menores de 15 semanas.²⁹

Tipo de anestesia:

- Anestesia de tipo general, regional o sedación que puede variar de superficial a profunda. Con el paso de los años se han descrito y utilizado diferentes tipos de anestesia para la realización de los legrados obstétricos, tales como: anestesia local, bloqueo paracervical con premedicación analgésica, sedación consciente, anestesia general con y sin agentes inhalados, siendo la anestesia general endovenosa la más utilizada actualmente por los anestesiólogos, dado que, la técnica inhalatoria general presenta inconvenientes en cuanto a costos, contaminación del área quirúrgica, aumento de sangrado transoperatorio y en todos los

casos es necesario controlar la vía aérea y la ventilación del paciente con los riesgos que ello implica.²⁹

La técnica anestésica adecuada para este tipo de procedimientos, será entonces, aquella que proporcione las condiciones óptimas para el procedimiento tales como: inducción rápida sin cambios bruscos en los signos vitales, fácil administración, vida media corta, analgesia, control neurovegetativo, recuperación rápida, ausencia de efectos secundarios, además de satisfacción para el ginecólogo durante el procedimiento y para el paciente posterior al mismo.²⁹

Instrumentos:

- Espéculos de Guttman.
- Pinzas de Pozzi.
- Histerómetro.
- Tallos de Hegar.
- Pinzas de Winter o Forester.
- Legras romas y filosas del tipo Recaimen fenestradas.

Procedimiento:

- Dilatación:

La paciente debe estar en posición ginecológica, se debe extraer el dispositivo de dilatación cervical si se ha utilizado previamente, se realiza asepsia de genitales externos y vagina, se realiza tacto para determinar la consistencia, el tamaño y la posición del útero; se colocan las valvas de Doyen o espejulo de Guttman, para visualizar el útero, se realiza el pinzamiento del cuello cervical con las pinzas de Pozzi, con las cuales se tracciona y se estabiliza el útero; se realiza histerometría para determinar la dirección del canal cervical y el tamaño del útero; se realiza dilatación del cuello con los Tallos de Hegar utilizando el de menor calibre hasta alcanzar el grado de dilatación necesaria para poder utilizar las legras o las pinzas durante el procedimiento.^(37,29,30)

- 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), estas se pasan sistemáticamente por las paredes uterinas hasta conseguir sensación de rascado “grito uterino”, justo cuando la sangre se vuelve roja, escasa y con burbujas. El procedimiento debe ser cuidadoso, se debe evitar ser enérgico y destruir la capa basal provocando sinequias uterinas (Síndrome de Asherman) dando como resultado esterilidad.³⁷

Seguridad y eficacia clínica:

Implica altas tasas de complicaciones como hemorragia, infección pélvica, lesión cervical y perforación uterina.

Complicaciones: que se pueden presentar con el Legrado Uterino son:

- Infección o sepsis
- Perforación uterina antes y durante el procedimiento.
- Lesión Intra- abdominal
- Shock

Aceptación:

El riesgo de complicación lo hace menos aceptado por las pacientes, además de necesitar altas dosis de analgésicos, pudiendo provocar estancias hospitalarias más largas.

CAPÍTULO

III

IV.MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de investigación

Descriptivo, transversal, retrospectivo.

4.2. Nivel de investigación

Descriptivo

4.3. Diseño de investigación

Este estudio no Experimental se enmarca en la descripción de las características clínicas y epidemiológicas de las mujeres que han sido sometidas a procedimientos de Aspiración Manual Endouterina y Legrados Uterinos.

Siendo así un estudio observacional y descriptivo, mediante la recolección de datos por medio de historias clínicas, libro de AMEU y Legrados Uterinos.

En la ficha de recolección de datos se comprendiendo las siguientes áreas:

1. Datos generales: con 4 elementos; edad, estado civil (casada, conviviente, soltera), grado de instrucción (primaria, secundaria, superior no universitario, superior universitario) y ocupación (analfabeta, estudiante, trabaja, oficio de hogar).
2. Presentación clínica: con 4 elementos; sangrado, dolor, fiebre y desmayo.
3. Antecedentes obstétricos: con 4 elementos; formula obstétrica, abortos previos, tipo de aborto previo (espontaneo, provocado, habitual) y si en caso fue provocado donde fue provocado, en un centro particular o por autoingesta de medicamento, número de abortos previos totales.
4. Complicaciones del legrado uterino: con 5 elementos; perforación uterina, infección o sepsis, lesión intrabdominal, hemorragia, shock hipovolémico.

5. Complicaciones de aspiración manual endouterina: con 7 elementos; evacuación incompleta, hemorragia post procedimiento, enfermedad inflamatoria pélvica, embolia gaseosa, shock neurogénico, hematómetra, desgarro de cuello.

4.4. Cobertura de investigación

Universo:

Pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterinas y Legrado Uterino en el Área de Ginecoobstetricia atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto, periodo enero a diciembre del 2016.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Población:

La población está constituida por los pacientes que fueron sometidos a Aspiraciones manuales endouterinas (AMEU) y Legrados uterinos (LU) en el área de ginecoobstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, en el periodo enero a diciembre del 2016, según la información otorgada por la Unidad de Estadística de esta entidad.

Para lo cual se tuvo en cuenta los criterios de inclusión:

Criterio de Inclusión:

- i. Paciente sometidas a aspiración manual endouterina
- ii. Paciente sometida a legrado uterino
- iii. Pacientes con diagnóstico de aborto

Criterio de Exclusión:

- iv. Pacientes con patologías diferentes a gestación sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.

Muestra:

La muestra he representativa, constituida por 227 pacientes sometidas al procedimiento de Aspiración Manuel Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino (LU) en el Hospital II-2 Tarapoto en el

periodo Enero a Diciembre del 2016. Esta muestra se obtuvo por la siguiente fórmula: donde la variable principal es cualitativa y la población finita con las siguientes condiciones: nivel de confianza (Z) del 95 %, un nivel de precisión absoluta (d) de 0.05 y una proporción esperada del 50 %:

Donde:

$$N = 554$$

$$Z = 1.96$$

$$P = 0,5$$

$$q = 0,5$$

$$d = 0,05$$

Resolviendo:

$$n = \frac{554 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (554-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{554 \times 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 \times 553 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{532.0616}{2.3429}$$

$$n = 227.0953$$

$$n = 227$$

4.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

Se utilizó Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Estadística, las Historias Clínicas fueron seleccionadas del Libro de AMEU y Legrado Uterino del Servicio de Gineco-obstetricia, así como del Sistema Informático Perinatal (SIP). Así mismo se utilizó una ficha de recolección de datos (ANEXO 1), esta ficha contiene datos sociodemográficos y complicaciones obstétricas.

4.6. Análisis e interpretación de datos

Los datos recolectados se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 24.00 y del programa EXCEL 2013, realizando el análisis descriptivo expresado mediante distribución de frecuencias y porcentajes a través de tablas.

4.7. Aspectos éticos

En el Perú es posible practicarse legalmente el aborto con fines terapéuticos, es decir, cuando la interrupción del embarazo es la única forma de salvar la vida de la gestante o evitar un mal grave o permanente en su salud.

El aborto terapéutico se encuentra reglamentado a través de la Resolución Ministerial N° 486-2014, por medio de la cual se aprobó, en junio del 2014, la Guía Técnica Nacional para la estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.³⁸

En la Constitución Política del Perú, en su artículo 2, se establece: Derechos fundamentales de la persona; Toda persona tiene derecho: 1. a la vida, a la identidad, a su integridad moral, psíquica y física y su libre desarrollo y bienestar. 4. a las libertades de información, opinión, expresión y difusión de pensamiento mediante la palabra oral o escrita o la imagen, por cualquier medio de comunicación.³⁹

En esta investigación se ha salvaguardado la identidad de las pacientes pues, la información tomada ha sido por medio de fichas de recolección de datos, no siendo necesario el uso de consentimiento informado.

4.8. Limitaciones

El nuestro estudio, se utilizan ficha de recolección de datos.

Limitación en el acceso a las historias clínicas, por el horario de atención en oficina de archivos del Hospital II-2 Tarapoto.

Historias clínicas incompletas, en las cuáles no se logró constatar datos sobre la anamnesis y antecedentes personales.

Libro de AMEU y Legrados Uterinos mal llenados o incompletos.

CAPÍTULO

IV

V. RESULTADOS

Se consideraron 554 historia clínicas de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y a Legrados Uterinos en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de Enero a Diciembre del 2016, de las cuales se obtuvieron muestras aleatorizadas un total de 227 historias clínicas. Como se muestran en la siguiente **tabla**.

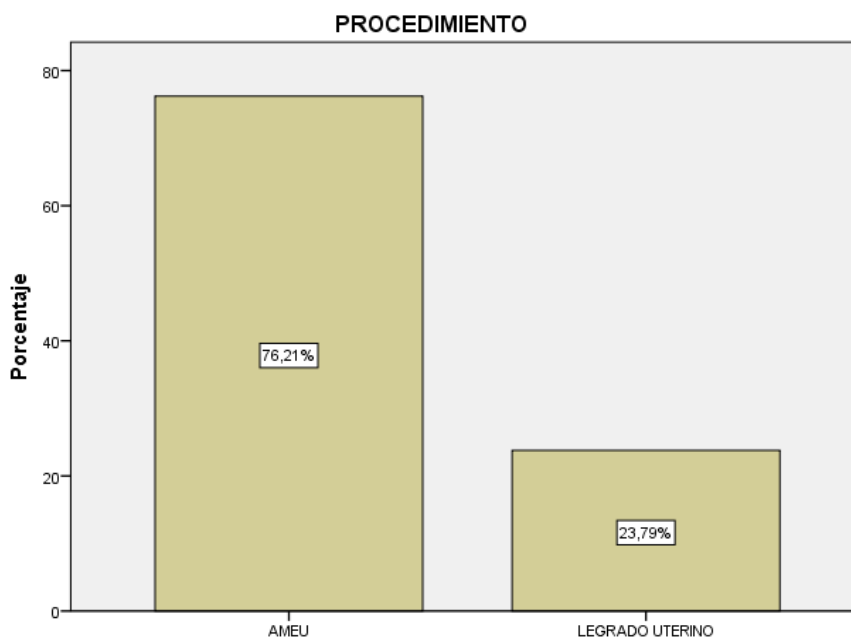
5.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla N° 01 – Proporción de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AMEU	173	76,2	76,2	76,2
LEGRADO UTERINO	54	23,8	23,8	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

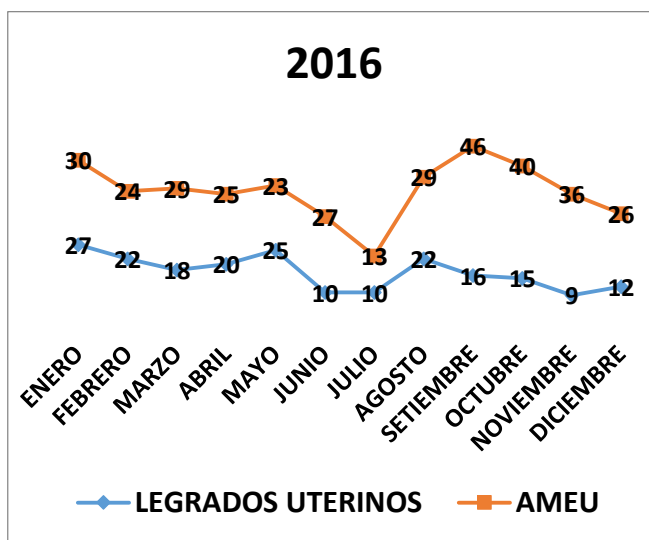
Gráfico N° 01 – Proporción de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.



Interpretación:

De los 227 pacientes tomadas como muestra, 173 pacientes fueron sometidas a Aspiración Manual Endouterina, representando el 76.2% de la población y 54 pacientes fueron sometidas a Legrado Uterino, representando el 23.8%.

Gráfico N° 01.1 - Total de Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino en el Hospital II-2 Tarapoto 2016.



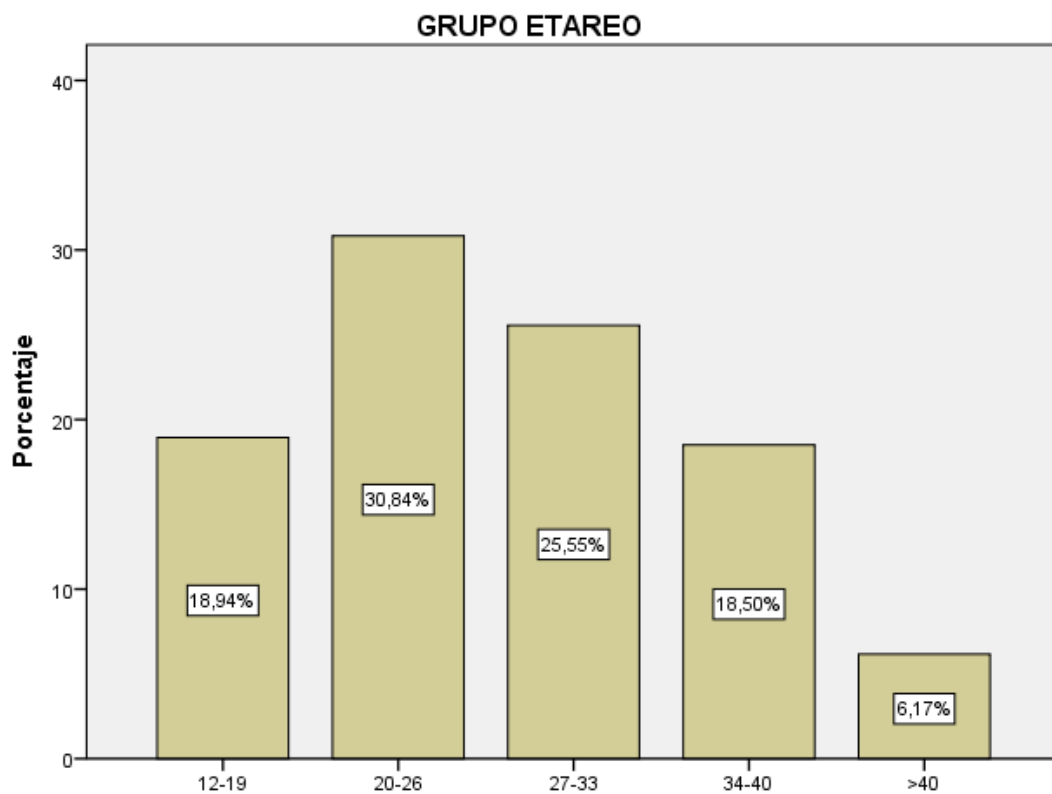
Fuente: Informe Estadístico Perinatal (SIP) 2016 Hospital II-2 Tarapoto
Se muestra el número de Legrados Uterinos y AMEU, realizados por mes durante todo el año 2016.

Tabla N° 02 – Proporción de edad de pacientes en las que se realizó Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12-19	43	18,9	18,9	18,9
20-26	70	30,8	30,8	49,8
27-33	58	25,6	25,6	75,3
34-40	42	18,5	18,5	93,8
>40	14	6,2	6,2	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 02 – Proporción de edad de pacientes en las que se realizó Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.



Interpretación

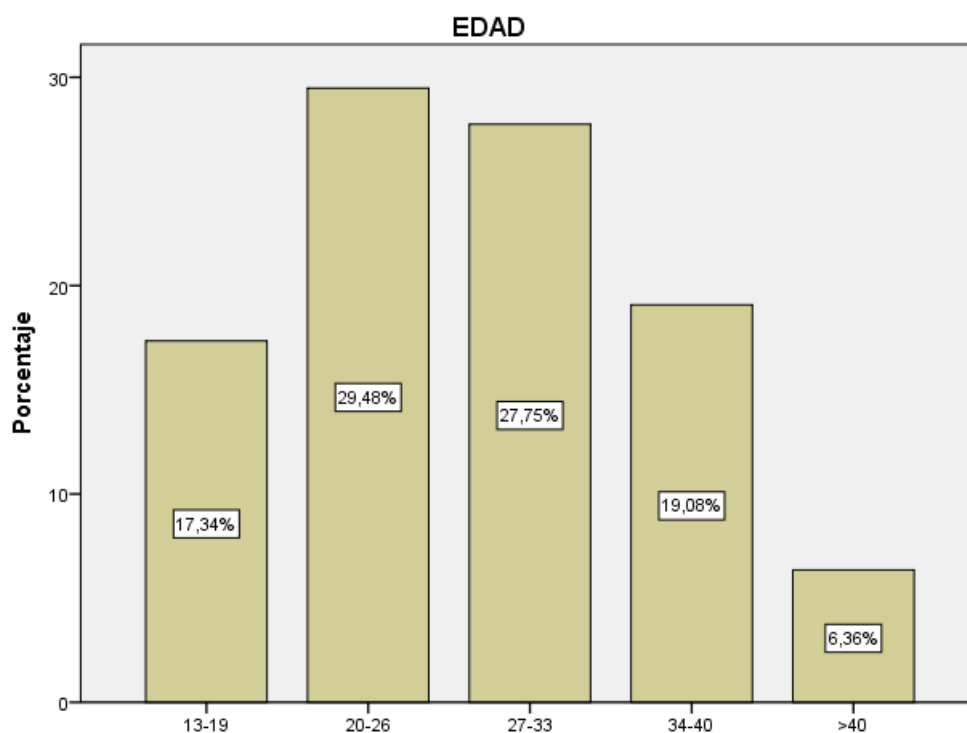
De los 227 pacientes tomados que se han sometido a AMEU y LEGRADOS UTERINOS, 43 tuvieron entre 12 Y 19 años representando el 18.9%; 70 pacientes tuvieron entre 20 y 26 años representando el 30.8% siendo esta la mayoría de la población; 58 pacientes entre 27 y 33 años, representando el 25.6%; 42 pacientes entre 34 y 40 años, representando el 18.5% y 14 pacientes de 40 años a más, representando el 6.2% de la población.

Tabla N° 03 – **Proporción de edad de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
13-19	30	17,3	17,3	17,3
20-26	51	29,5	29,5	46,8
27-33	48	27,7	27,7	74,6
34-40	33	19,1	19,1	93,6
>40	11	6,4	6,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 3 – **Proporción de edad de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**



Interpretación:

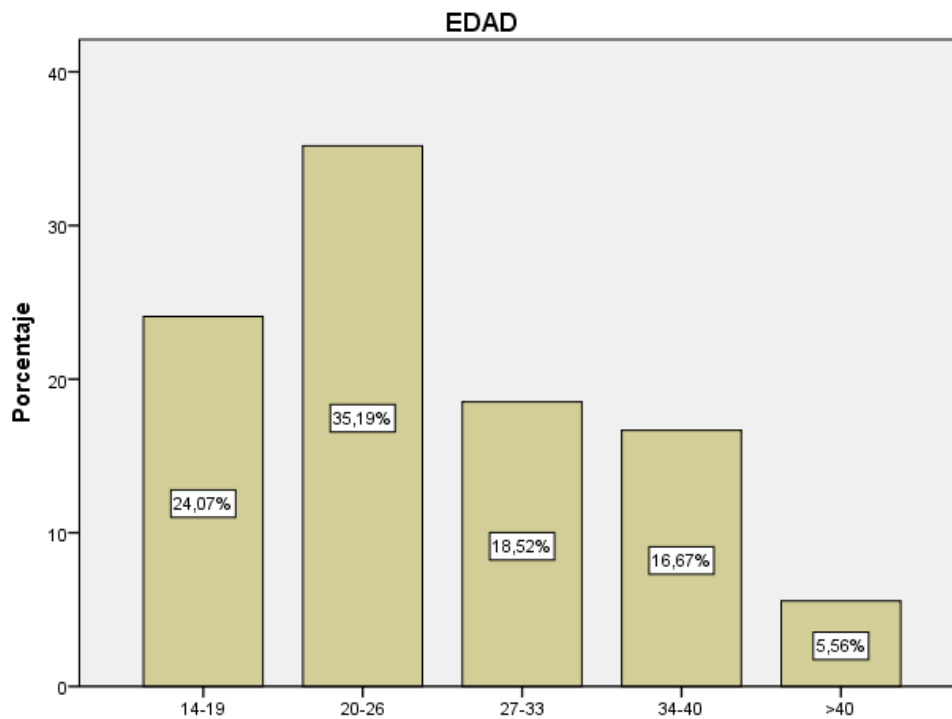
De los 173 pacientes sometidas a AMEU, 30 pacientes tuvieron entre 14 y 19 años, representando el 17.3%; 51 pacientes tuvieron entre 20 y 26 años, representando el 29.5%, siendo esta la mayor cantidad de pacientes sometidas a AMEU; 48 pacientes tuvieron entre 27 y 33 años representando el 27.7%; 33 pacientes tuvieron entre 34 y 40 años, representando el 19.1%; 11 pacientes tuvieron de 40 años a más, representando el 6.4% de la población de pacientes sometidas a AMEU.

Tabla N° 04 – **Proporción de edad de pacientes sometidas a Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14-19	13	24,1	24,1	24,1
20-26	19	35,2	35,2	59,3
27-33	10	18,5	18,5	77,8
34-40	9	16,7	16,7	94,4
>40	3	5,6	5,6	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 04 – **Proporción de edad de pacientes sometidas a Legrado Uterino.**



Interpretar:

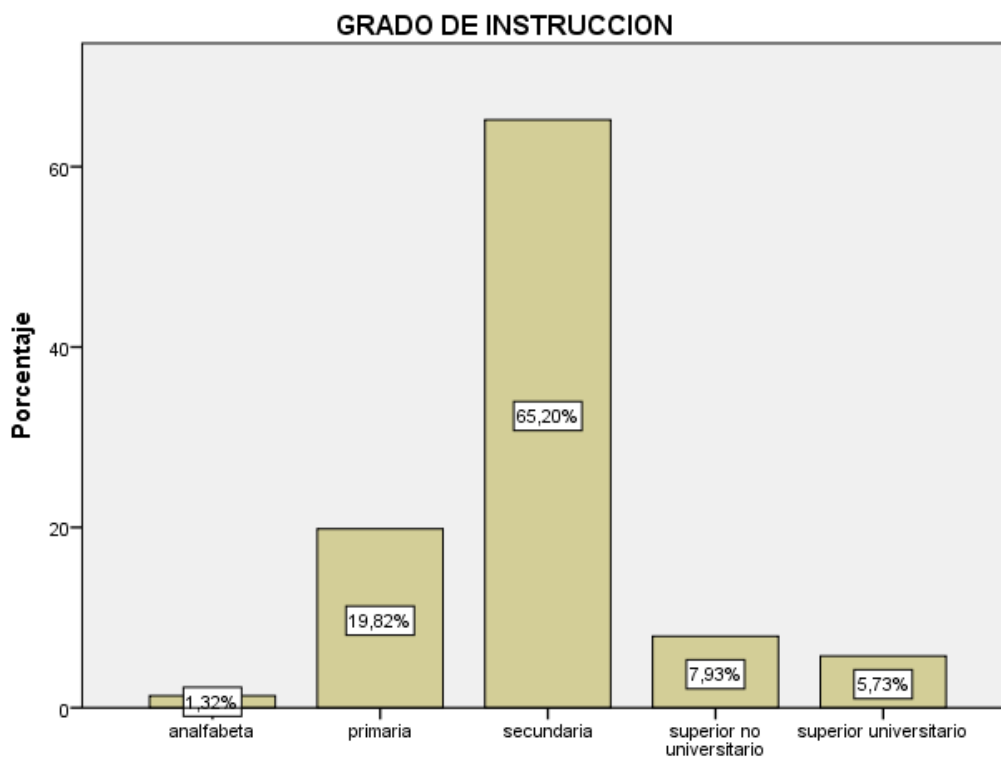
De los 54 pacientes sometidas a Legrado Uterino, 13 pacientes tuvieron entre 14 y 19 años, representando el 24.1%; 19 pacientes tuvieron entre 20 y 26 años, representando el 35.2%; 10 pacientes tuvieron entre 27 y 33 años representando el 18.5%, 9 pacientes tuvieron entre 33 y 40 años, representando el 16.7% y 3 pacientes que tuvieron de 40 años a más representando el 5.6% de la población de pacientes sometidas a Legrado Uterino.

Tabla N° 05 – **Grado de instrucción en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
analfabeta	3	1,3	1,3	1,3
primaria	45	19,8	19,8	21,1
secundaria	148	65,2	65,2	86,3
superior no universitario	18	7,9	7,9	94,3
superior universitario	13	5,7	5,7	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 05 – **Grado de instrucción en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**



Interpretación:

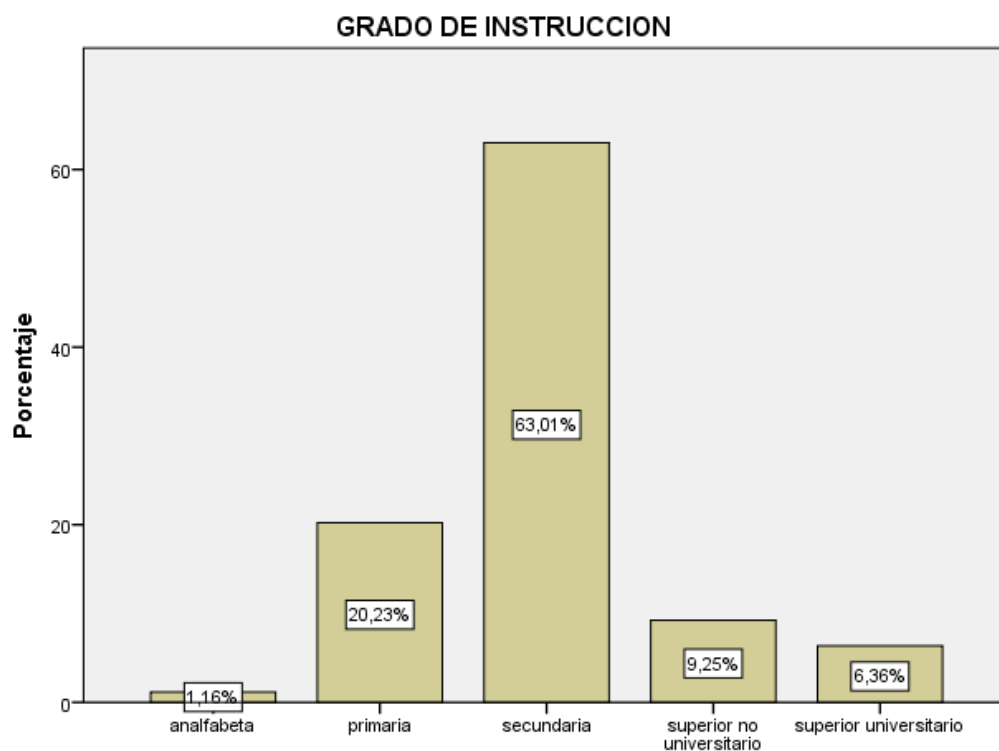
De los 227 pacientes tomadas como muestra, 3 pacientes eran analfabetas representando el 1.3%; 45 pacientes tuvieron el grado de instrucción primaria, representando el 19.8%; 148 pacientes tenían el grado de instrucción secundaria, representando la mayoría de la población, con un 65.2%; 18 pacientes tenían educación superior no universitaria, representando el 7.9% y 13 pacientes tenían educación superior universitaria, representando el 5.7% de la población tomada.

Tabla N° 06 – **Grado de instrucción en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
analfabeta	2	1,2	1,2	1,2
primaria	35	20,2	20,2	21,4
secundaria	109	63,0	63,0	84,4
superior no universitario	16	9,2	9,2	93,6
superior universitario	11	6,4	6,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 06 – **Grafica de instrucción en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**



Interpretación:

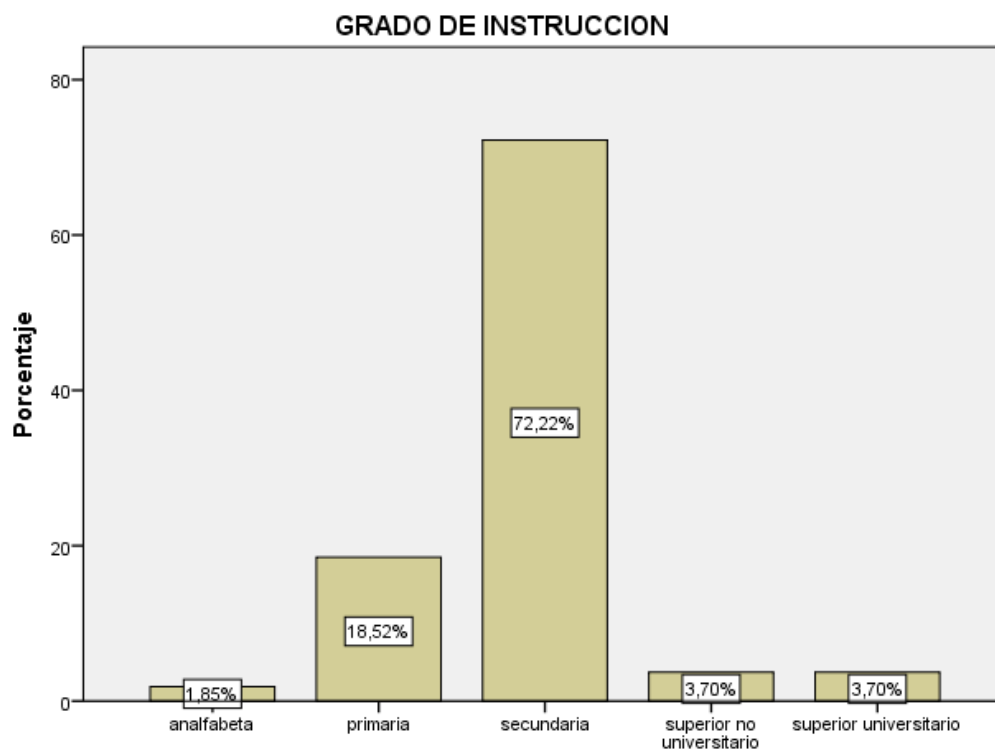
De los 173 pacientes que se sometieron a AMEU, 2 pacientes fueron analfabetas, representando el 1.2%; 35 pacientes tuvieron el grado de instrucción primaria, representando el 20.2%; 109 pacientes tenían educación secundaria, representando la mayoría de la población de pacientes sometidas a AMEU con un 63%; 16 pacientes tenían educación superior no universitaria, representando el 9.2% y 11 pacientes tenían educación superior universitaria representando el 6.4% de la población.

Tabla N° 07 – **Grado de instrucción en pacientes sometidas a Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
analfabeta	1	1,9	1,9	1,9
primaria	10	18,5	18,5	20,4
secundaria	39	72,2	72,2	92,6
superior no universitario	2	3,7	3,7	96,3
superior universitario	2	3,7	3,7	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 07 – **Grado de instrucción en pacientes sometidas a Legrado Uterino.**



Interpretación:

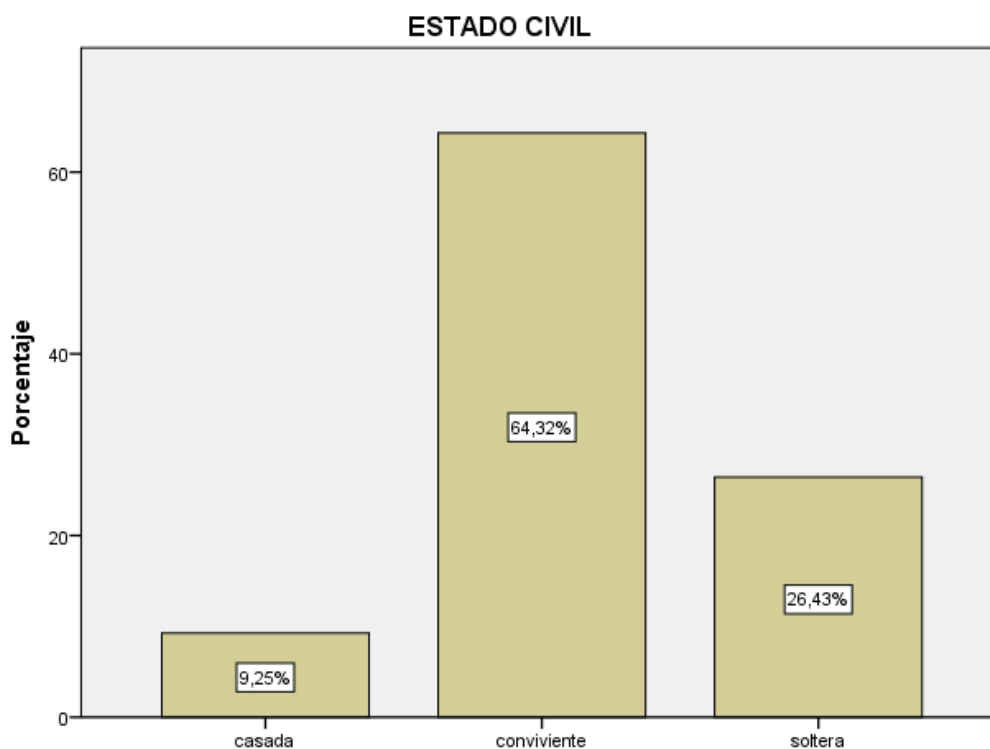
De los 54 pacientes sometidos a Legrado Uterino, 1 paciente fue analfabeta que representa el 1.9%; 10 pacientes tuvieron grado de instrucción primaria, representando el 18.5%; 39 pacientes tuvieron grado de instrucción secundaria, representando la mayoría de la población de pacientes sometidas a Legrado Uterino con un 72.2%; 2 paciente tenía educación superior no universitaria, representando el 3.7% y 2 paciente con educación superior universitaria que también representaba el 3.7%.

Tabla N° 08 – Estado civil en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
casada	21	9,3	9,3	9,3
conviviente	146	64,3	64,3	73,6
soltera	60	26,4	26,4	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 08 – Estado civil en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.



Interpretación:

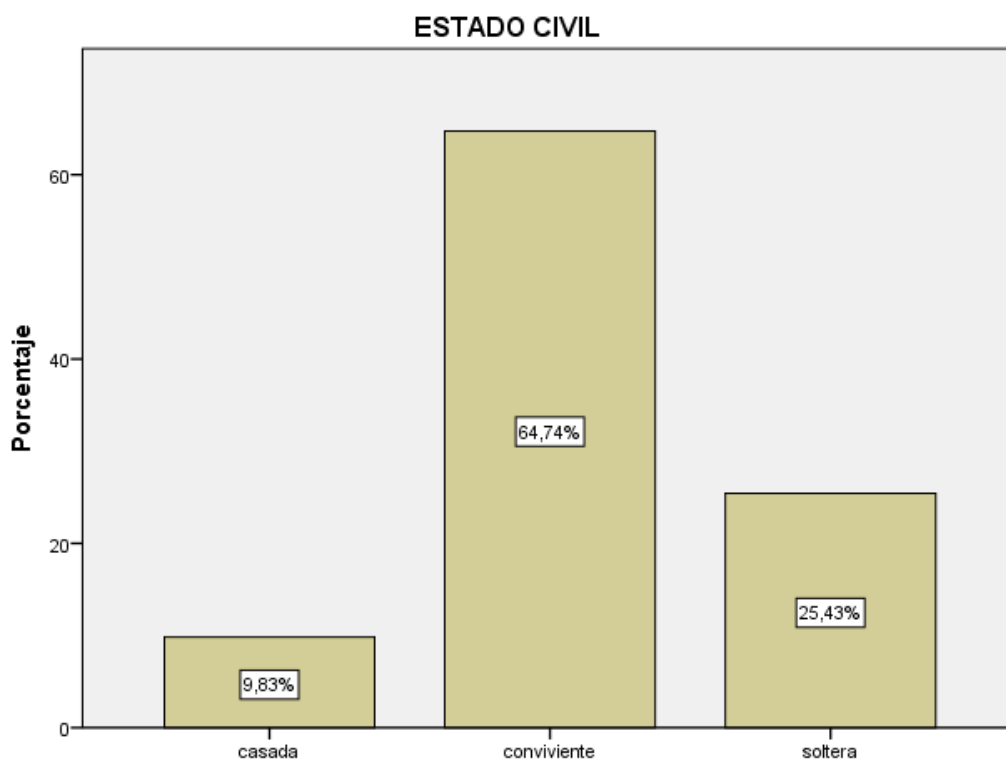
De los 227 pacientes tomados como muestra, 60 pacientes eran solteras, representando el 26.4%; 146 pacientes eran convivientes siendo este el estado civil predominante, representando el 64.3% de la población; 21 pacientes eran casadas, representando el 9.3%.

Tabla N° 09 – Estado civil en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
casada	17	9,8	9,8	9,8
conviviente	112	64,7	64,7	74,6
soltera	44	25,4	25,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 09 – Estado civil en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.



Interpretación:

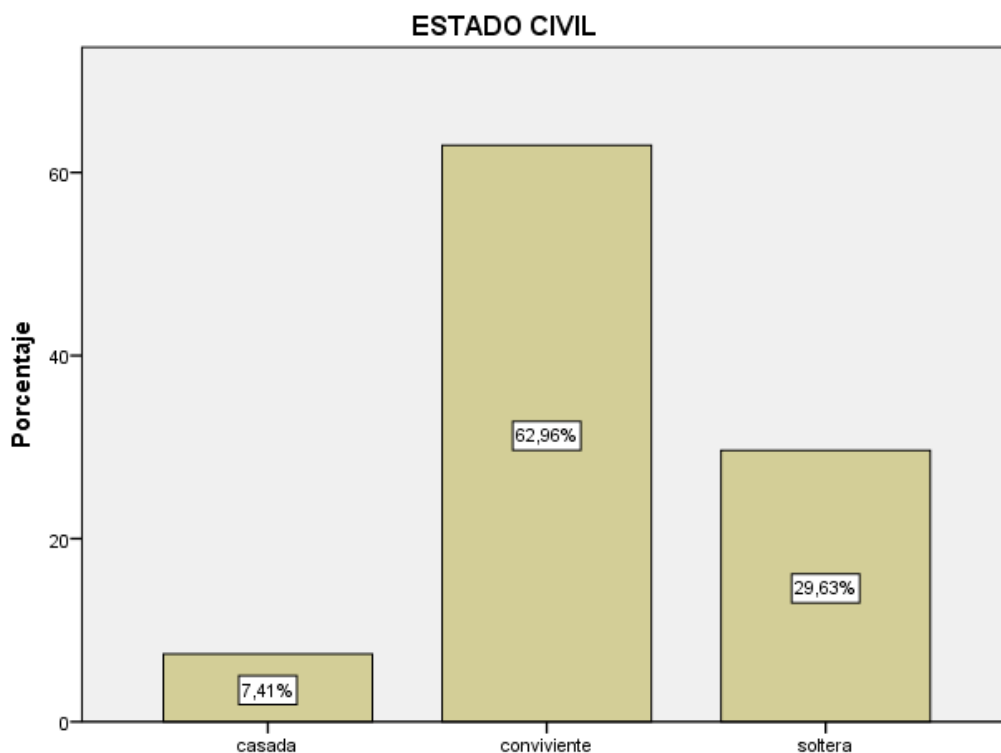
De los 173 pacientes sometidas a AMEU, 17 eran casadas, representando el 9.8%; 112 pacientes eran convivientes siendo este el estado civil predominante, representando el 64.7% de la población sometida a AMEU y 44 pacientes eran solteras representando el 25.4%.

Tabla N° 10 – Estado civil en pacientes sometidas a Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
casada	4	7,4	7,4	7,4
conviviente	34	63,0	63,0	70,4
soltera	16	29,6	29,6	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 10 – Estado civil en pacientes sometidas a Legrado Uterino.



Interpretación:

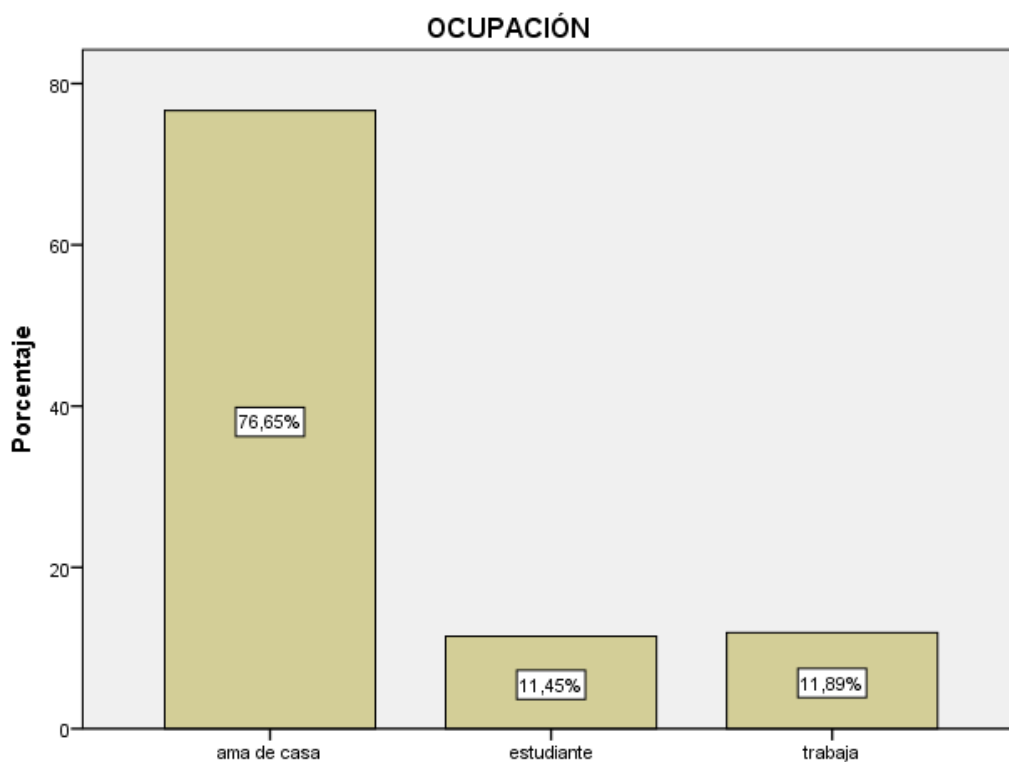
De los 54 pacientes sometidas a Legrado Uterino, 4 pacientes eran casadas representando el 7.4%; 34 pacientes eran convivientes siendo este el estado civil predominante, representando el 63% de la población sometida a Legrado Uterino y 16 pacientes eran solteras representando el 29.6%.

Tabla N° 11 – **Ocupación de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	174	76,7	76,7	76,7
estudiante	26	11,5	11,5	88,1
trabaja	27	11,9	11,9	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 11 – **Ocupación de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**



Interpretación:

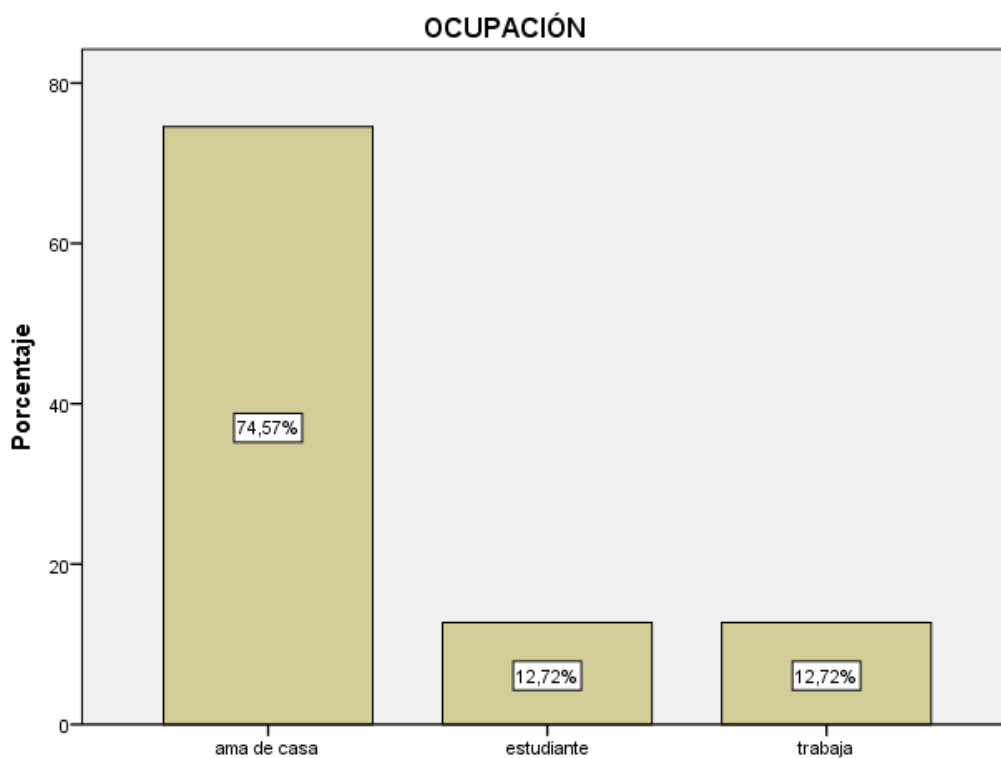
De los 227 pacientes tomados, 174 pacientes eran amas de casa, representando la mayoría de la población con 76.6%; 26 pacientes eran estudiantes, representando el 11.5%, siendo esta la minoría y 27 pacientes trabajaban representando el 11.9%.

Tabla N° 12 – **Ocupación de pacientes sometidas a Aspiración manual Endouterina.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	129	74,6	74,6	74,6
estudiante	22	12,7	12,7	87,3
trabaja	22	12,7	12,7	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfica N° 12 – **Ocupación de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**



Interpretación:

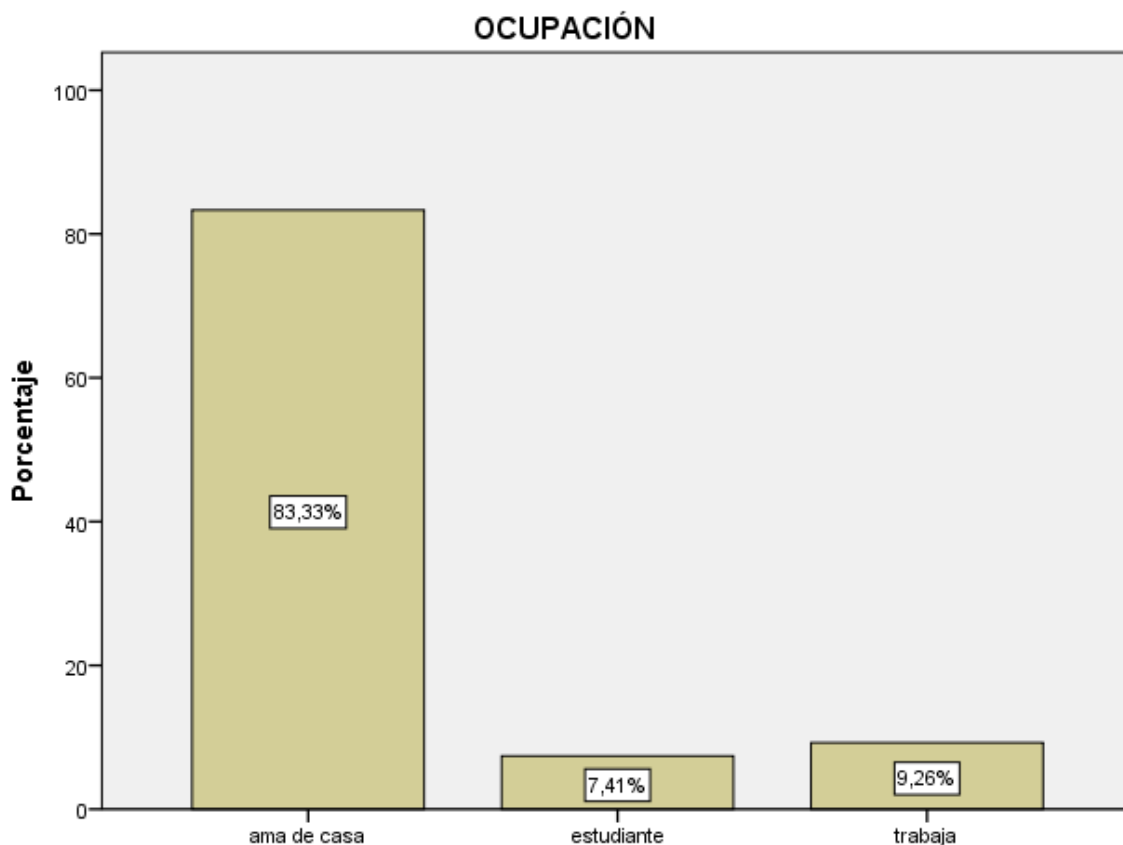
De los 173 pacientes sometidas a AMEU, 129 pacientes eran ama de casa, representando la mayoría de la población con 74.6% y 22 pacientes eran estudiantes, representando el 12.7% y 22 pacientes trabajaban representando el 12.7% de la población.

Tabla N° 13 – Ocupación de pacientes sometidas a Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	45	83,3	83,3	83,3
estudiante	4	7,4	7,4	90,7
trabaja	5	9,3	9,3	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 13 – Ocupación de pacientes sometidas a Legrado Uterino.



Interpretación:

De los 54 pacientes sometidas a Legrado Uterino, 45 pacientes eran amas de casa, representando la mayoría de la población con 83.3%; 4 pacientes eran estudiantes, representando el 7.4% y 5 pacientes trabajaban representando el 9.3%.

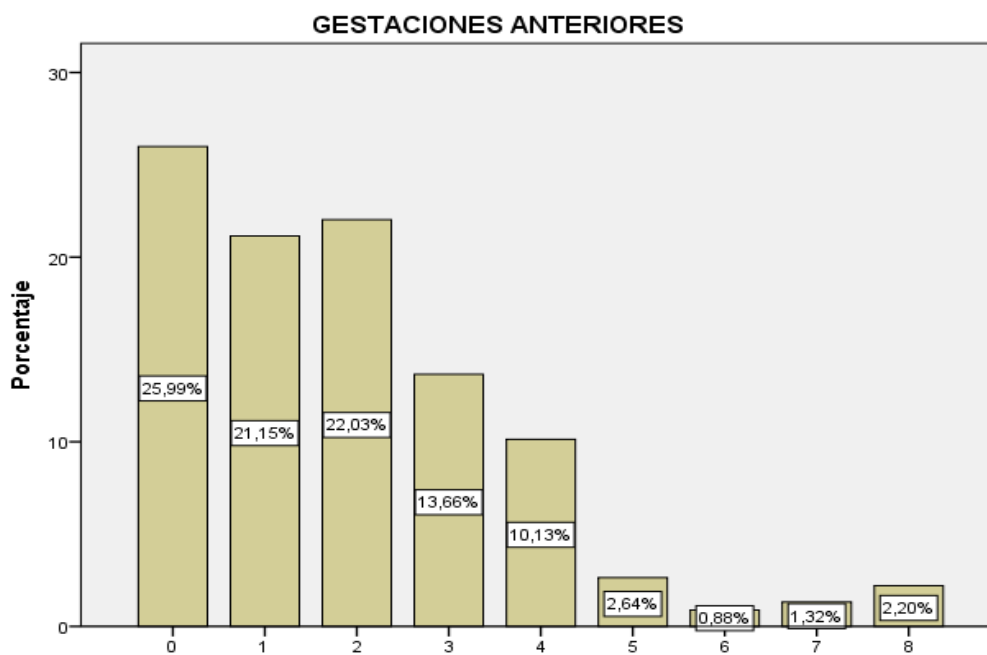
5.2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Tabla N° 14 – Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	59	26,0	26,0	26,0
1	48	21,1	21,1	47,1
2	50	22,0	22,0	69,2
3	31	13,7	13,7	82,8
4	23	10,1	10,1	93,0
5	6	2,6	2,6	95,6
6	2	,9	,9	96,5
7	3	1,3	1,3	97,8
8	5	2,2	2,2	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 14 – Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.



Interpretación:

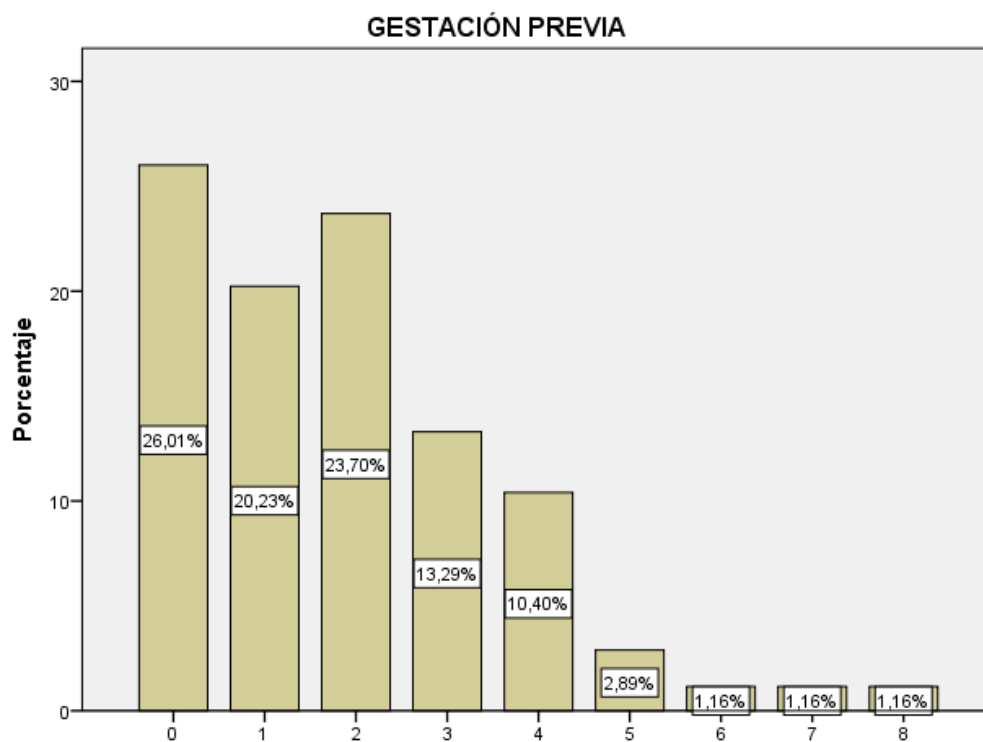
De las 227 pacientes tomados como muestra, 59 pacientes no tenían hijos, representando la mayoría de nuestra población con 26%; 48 pacientes tenían antecedentes de 1 gestación anterior, representando el 21.1%; 50 pacientes tenían 2 gestaciones previas, representando 22%; 31 pacientes tenían 3 gestaciones previas, representando el 13.7%; 23 pacientes tenían 4 gestaciones previas, representando el 10.1%; 6 pacientes tenían 5 gestaciones previas, representado el 2.6%; 2 pacientes presentaron 6 gestaciones previas, representando la minoría de la población, con 0.9%; 3 pacientes con 7 gestaciones previas, representando el 1.3% y 5 pacientes con 8 gestaciones previas que representan el 2.2%.

Tabla N° 15 – **Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	45	26,0	26,0	26,0
	1	35	20,2	20,2	46,2
	2	41	23,7	23,7	69,9
	3	23	13,3	13,3	83,2
	4	18	10,4	10,4	93,6
	5	5	2,9	2,9	96,5
	6	2	1,2	1,2	97,7
	7	2	1,2	1,2	98,8
	8	2	1,2	1,2	100,0
	Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 15 – **Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**



Interpretación:

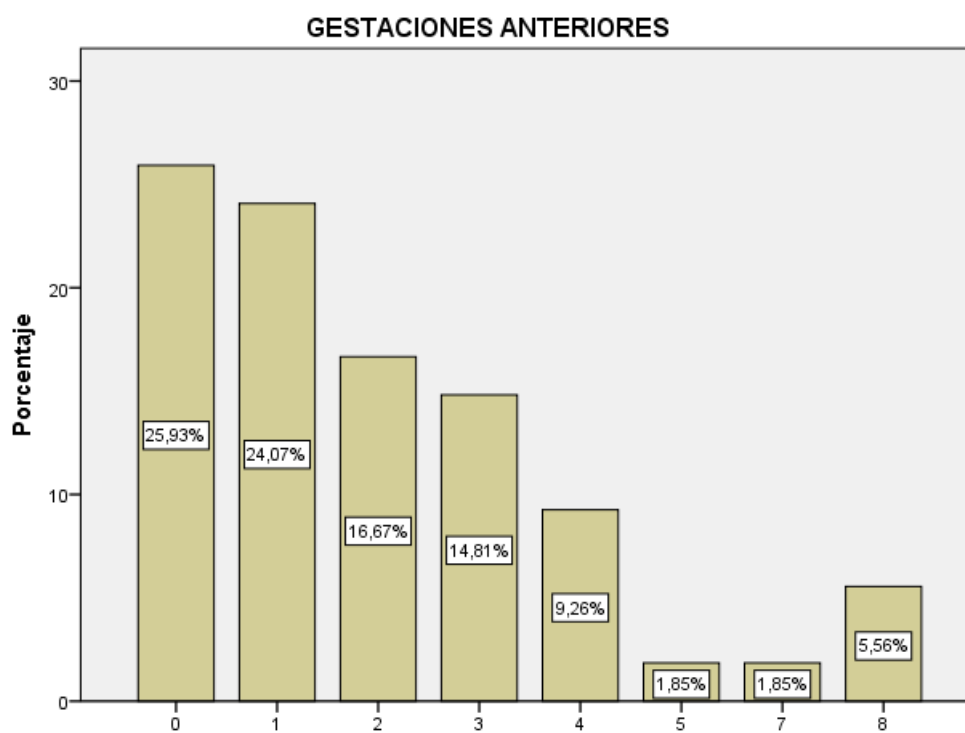
De los 103 pacientes sometidos a AMEU, 29 pacientes no tenían hijos, representando la mayoría de población con 28.2%; se halló los mismos valores para las pacientes con antecedentes de 1 y 2 gestaciones anteriores, 20 pacientes que representan el 19.4%; 12 pacientes habían tenido 3 gestaciones previas, que representan el 11.7%; 14 pacientes habían tenido 4 gestaciones previas, que representan el 13.6%; 4 pacientes con 5 gestaciones previas que representan el 3.9%; se encontraron valores iguales para las pacientes con 6 y 7 gestaciones anteriores, con 1 paciente cada una, que representa el 1% y 2 pacientes que con 8 gestaciones previas, que representan el 1.9% de la población sometida a AMEU. No se encontraron pacientes con 9 gestaciones previas.

Tabla N° 16 – **Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	14	25,9	25,9	25,9
1	13	24,1	24,1	50,0
2	9	16,7	16,7	66,7
3	8	14,8	14,8	81,5
4	5	9,3	9,3	90,7
5	1	1,9	1,9	92,6
7	1	1,9	1,9	94,4
8	3	5,6	5,6	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 16 – **Antecedentes de gestaciones anteriores en pacientes sometidas a Legrado Uterino.**



Interpretación:

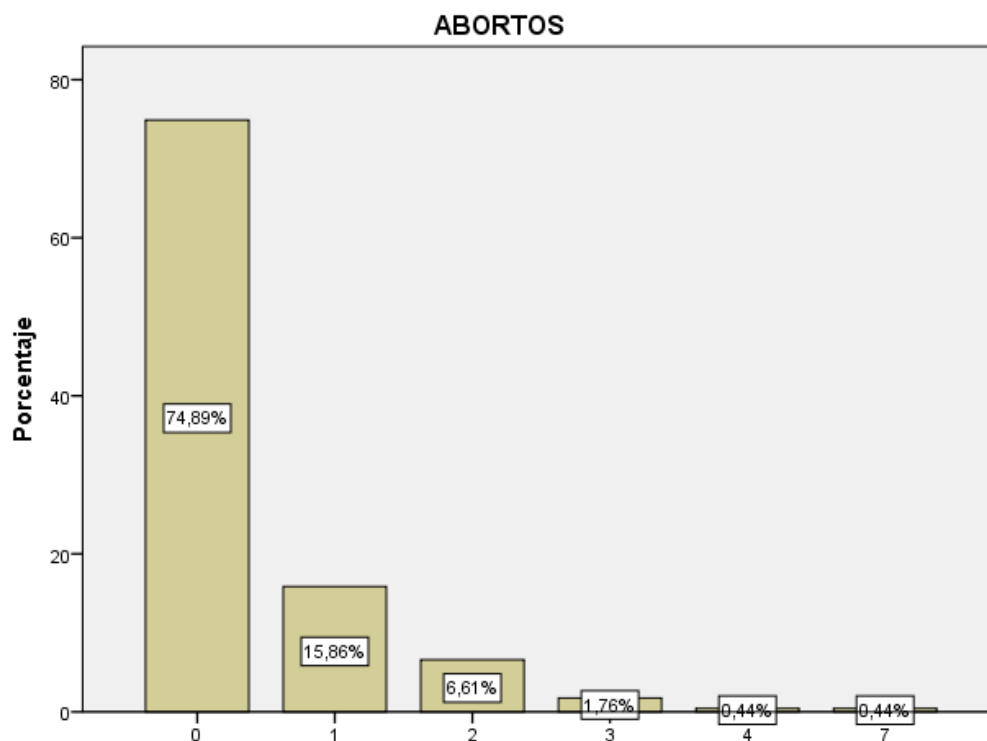
De las 54 pacientes sometidas a Legrado Uterino, 14 pacientes no tenían hijos, representando el 25.9%; 13 pacientes tenían antecedentes de 1 gestación anterior, representando el 24.1%; 9 pacientes tenían antecedentes de 2 gestaciones anteriores, representando el 16.7%; 8 pacientes habían tenido 3 gestaciones anteriores, representando el 14.8%; 5 pacientes tuvieron 4 gestaciones anteriores, representando el 9.3%; se encontraron iguales valores para para los pacientes que tuvieron 5 y 7 gestaciones anteriores con 1 pacientes cada 1, representando el 1.9%; 3 pacientes que tuvieron 8 gestaciones anteriores, representando el 5.6%.

Tabla N° 17 – **Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	170	74,9	74,9	74,9
1	36	15,9	15,9	90,7
2	15	6,6	6,6	97,4
3	4	1,8	1,8	99,1
4	1	,4	,4	99,6
7	1	,4	,4	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 17 – **Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**



Interpretación:

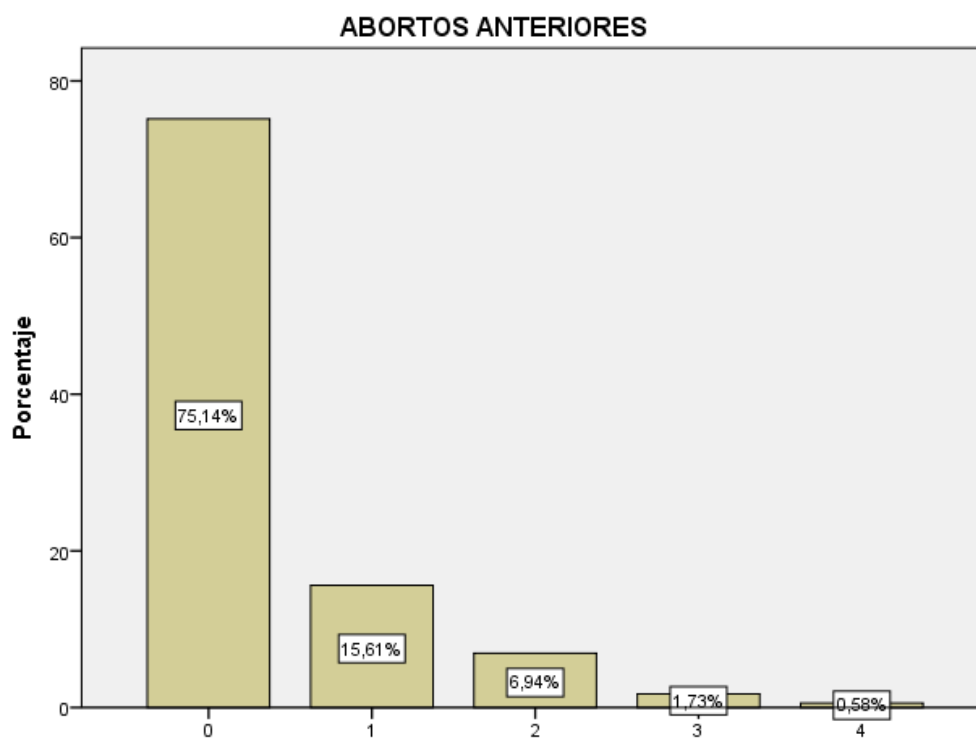
De los 227 pacientes tomados como muestra, 170 pacientes no tuvieron abortos anteriores, representando la mayoría de la población con 74.9%; 36 pacientes tuvieron 1 aborto anterior, representando el 15.9%; 15 pacientes tuvieron 2 abortos anteriores, representando el 6.6%; 4 pacientes tuvieron 3 abortos anteriores, representando el 1.8% y se encontraron iguales valores tanto para las pacientes que tuvieron 4 y 7 abortos anteriores con 1 paciente, representando el 0.4%.

Tabla N° 18 – **Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	130	75,1	75,1	75,1
1	27	15,6	15,6	90,8
2	12	6,9	6,9	97,7
3	3	1,7	1,7	99,4
4	1	,6	,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 18 – **Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**



Interpretación:

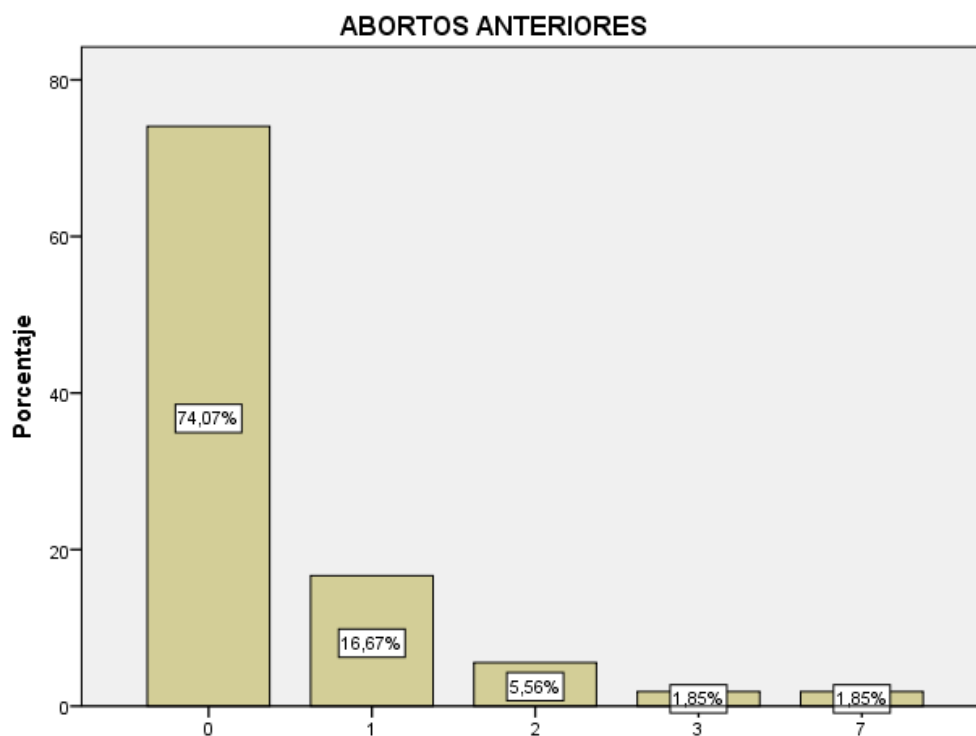
De los 173 pacientes sometidas a AMEU, 130 pacientes no tuvieron abortos previos, siendo esta la mayoría de los pacientes, representando el 75.1%; 27 pacientes tuvieron 1 aborto anterior, representando el 15,6%; 12 pacientes tuvieron 2 abortos previos, representando el 6.9%; 3 pacientes tuvieron 3 abortos previos, representando el 1.7% y 1 paciente tuvo 4 abortos anteriores, representando el 0.6% de la población siendo esta la minoría de la que se sometió a AMEU.

Tabla N° 19 – **Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	40	74,1	74,1	74,1
1	9	16,7	16,7	90,7
2	3	5,6	5,6	96,3
3	1	1,9	1,9	98,1
7	1	1,9	1,9	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 19 – **Antecedentes de abortos anteriores en pacientes sometidas a Legrado Uterino.**



Interpretación:

De los 54 pacientes sometidos a Legrado Uterino, 40 pacientes no tuvieron abortos anteriores, siendo este la mayoría de la población que se sometió a Legrado Uterino, representando el 74.1%; 9 pacientes tuvieron 1 aborto anterior, representando el 16.7%; 3 pacientes tuvieron 2 abortos anteriores, representando el 5.6%; se encontraron iguales valores para las pacientes que presentaron 3 y 7 abortos previos, con 1 paciente cada uno, representando el 1,9%.

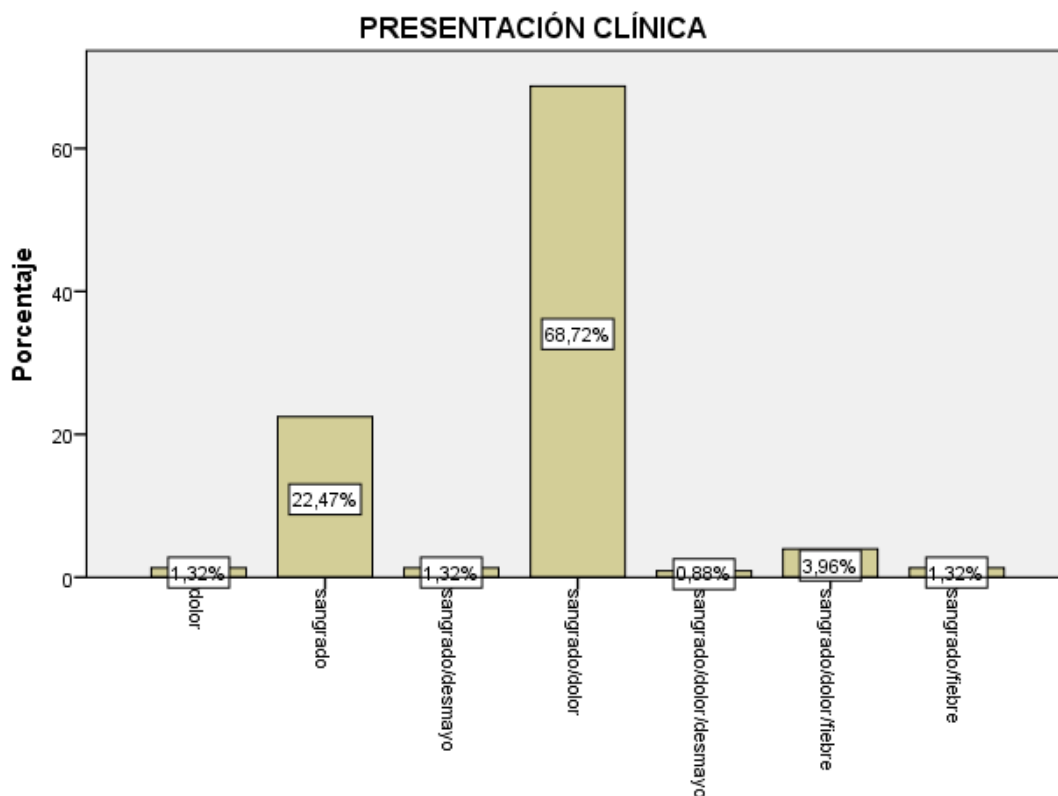
5.3. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Tabla N° 20 – **Presentación clínica de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterona y Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dolor	3	1,3	1,3	1,3
Sangrado	51	22,5	22,5	23,8
sangrado/desmayo	3	1,3	1,3	25,1
sangrado/dolor	156	68,7	68,7	93,8
sangrado/dolor/desmayo	2	,9	,9	94,7
sangrado/dolor/fiebre	9	4,0	4,0	98,7
sangrado/fiebre	3	1,3	1,3	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 20 – **Presentación clínica de pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.**



Interpretación:

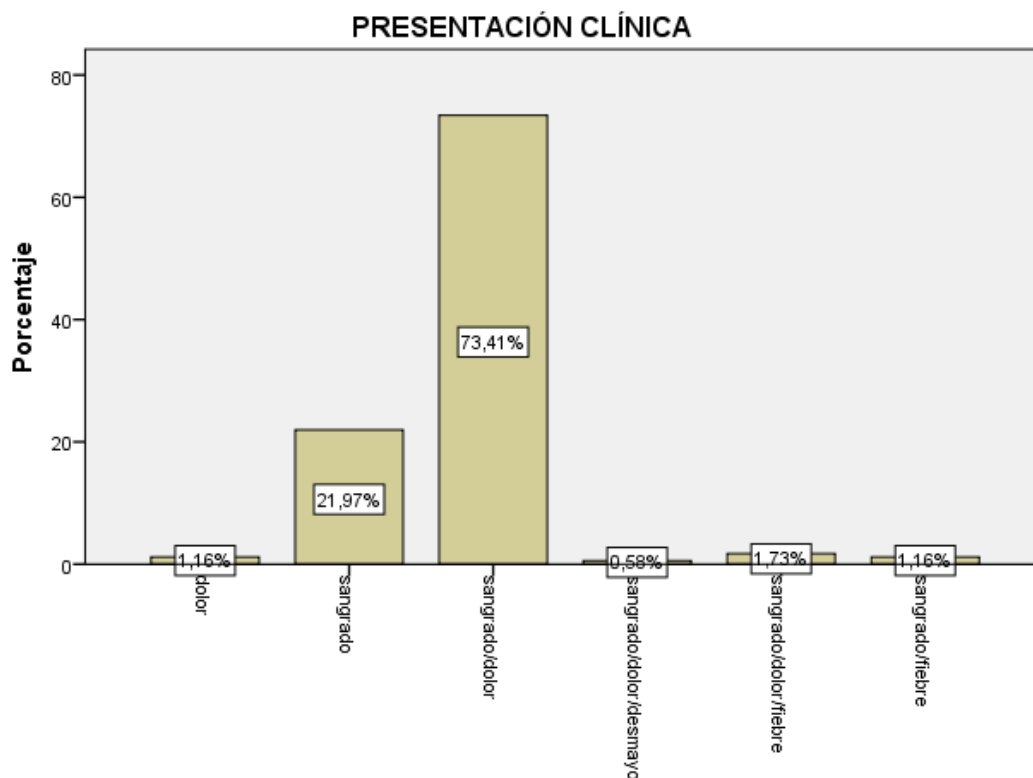
De los 227 pacientes tomados como muestra, 3 pacientes tuvieron solo dolor como presentación clínica, representando el 1.3%; 51 pacientes tuvieron solamente sangrado como presentación clínica, representando el 22.5%; 3 pacientes tuvieron sangrado acompañado de desmayo el cual se presentó en sus domicilios, representando el 1.3%; 156 pacientes presentaron sangrado acompañado de dolor, presentación clínica más frecuente en las pacientes, representando el 68.7%; 2 pacientes presentaron sangrado acompañado de dolor y desmayo, representando el 0.9% siendo esta la minoría; 9 pacientes presentaron sangrado, dolor y fiebre, representando el 4% y 3 pacientes presentaron sangrado y fiebre, representando el 1.3%.

Tabla N° 21 – **Presentación clínica de las pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
dolor	2	1,2	1,2	1,2
sangrado	38	22,0	22,0	23,1
sangrado/dolor	127	73,4	73,4	96,5
sangrado/dolor/desmayo	1	,6	,6	97,1
sangrado/dolor/fiebre	3	1,7	1,7	98,8
sangrado/fiebre	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 21 – **Presentación clínica de las pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.**



Interpretación:

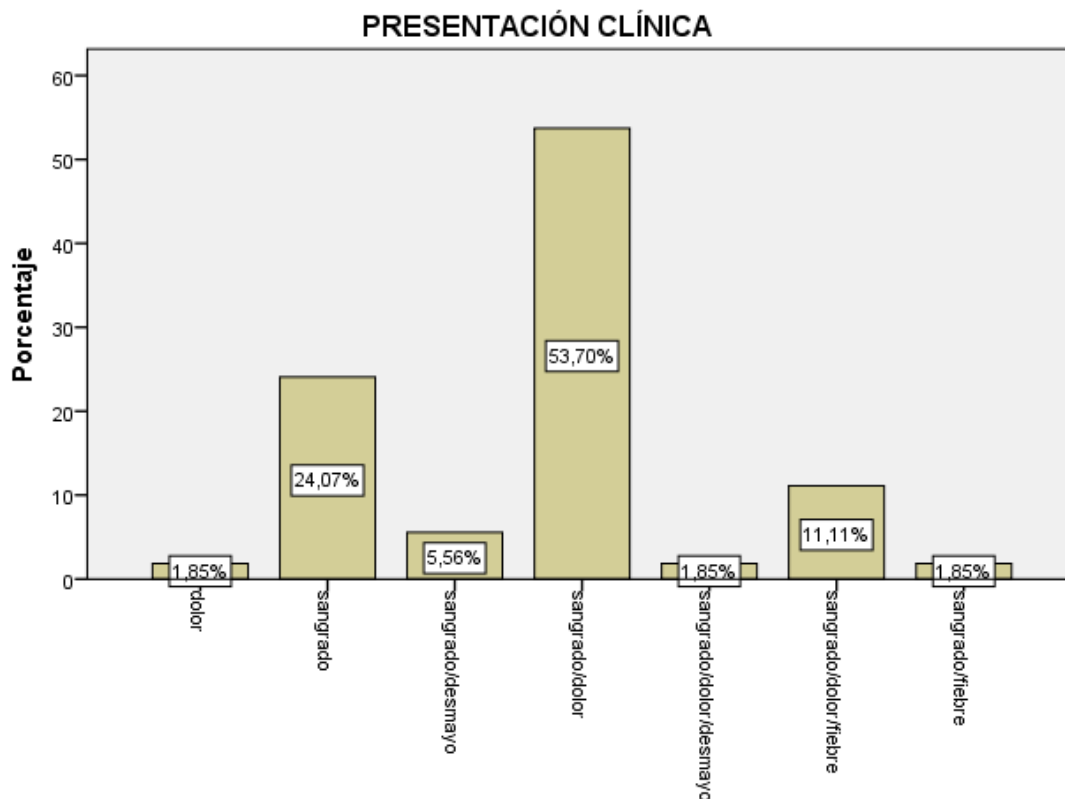
De los 173 pacientes sometidos a AMEU, 2 pacientes solo presentaron dolor como presentación clínica, representando el 1.3%; 38 pacientes solo presentaron sangrado, representando el 22%; 127 pacientes presentaron sangrado y dolor como presentación clínica, siendo esta la presentación clínica más frecuente, representando el 73.4% de la población sometida a AMEU; 1 paciente presentó sangrado, dolor y desmayo representando el 0.6%, siendo esta la presentación clínica la menos frecuente; 3 paciente presentaron sangrado, dolor y fiebre, representando el 1.7% de la población y 2 pacientes presentaron sangrado y fiebre, representando el 1.2%.

Tabla N° 22 – **Presentación clínica de pacientes sometidas a Legrado Uterino.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
dolor	1	1,9	1,9	1,9
sangrado	13	24,1	24,1	25,9
sangrado/desmayo	3	5,6	5,6	31,5
sangrado/dolor	29	53,7	53,7	85,2
sangrado/dolor/desmayo	1	1,9	1,9	87,0
sangrado/dolor/fiebre	6	11,1	11,1	98,1
sangrado/fiebre	1	1,9	1,9	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 22 – **Presentación clínica de pacientes sometidas a Legrado Uterino.**



Interpretación:

De los 54 pacientes sometidos a Legrado Uterino, 1 paciente solo presentó dolor como presentación clínica, representando el 1.9%; 13 pacientes solo presentaron sangrado como presentación clínica, representando el 24.1%; 3 pacientes presentaron sangrado y desmayo como manifestación clínica, representando el 5.6%; 29 pacientes presentaron sangrado y dolor como manifestación clínica más frecuente representando el 53.7%; 1 paciente presentó sangrado, dolor y desmayo, representando el 1.9%; 6 pacientes presentaron sangrado, dolor y fiebre, representando el 11.1% y 1 paciente presentó sangrado y fiebre, representando el 1.9%.

5.4. COMPLICACIONES:

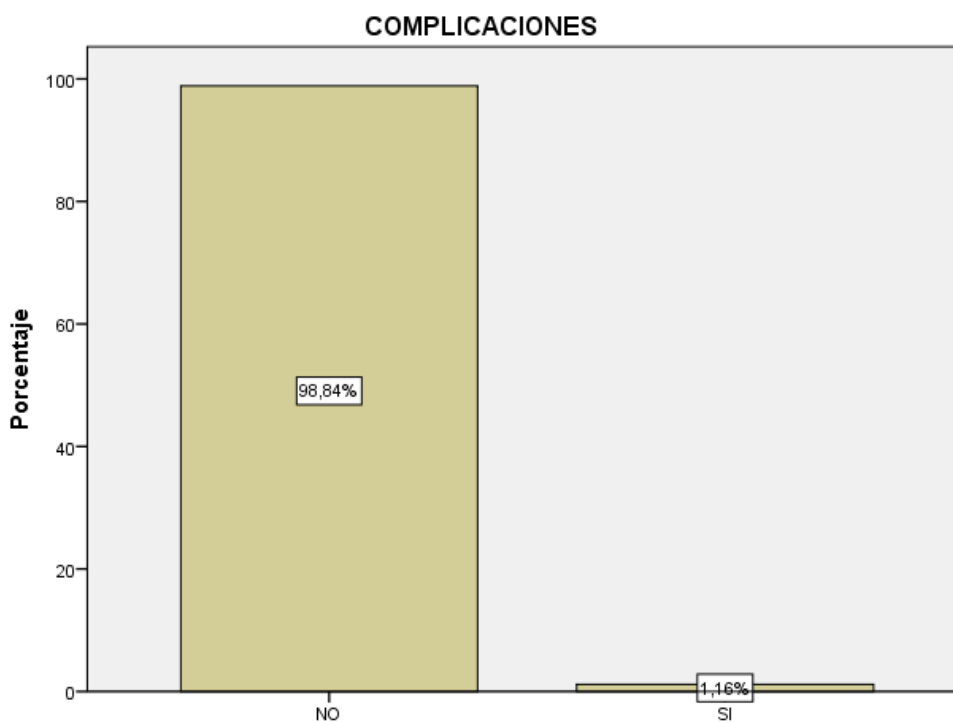
Tabla N° 23 – Complicaciones presentes en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	171	98,8	98,8	98,8
SI	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 23 – Complicaciones presentes en pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina.

Interpretación:



Interpretación:

De los 173 pacientes sometidos a AMEU, solo 2 pacientes presentaron complicaciones, siendo esta evacuación incompleta, no se presentó ninguna otra complicación en este procedimiento, siendo esta la minoría

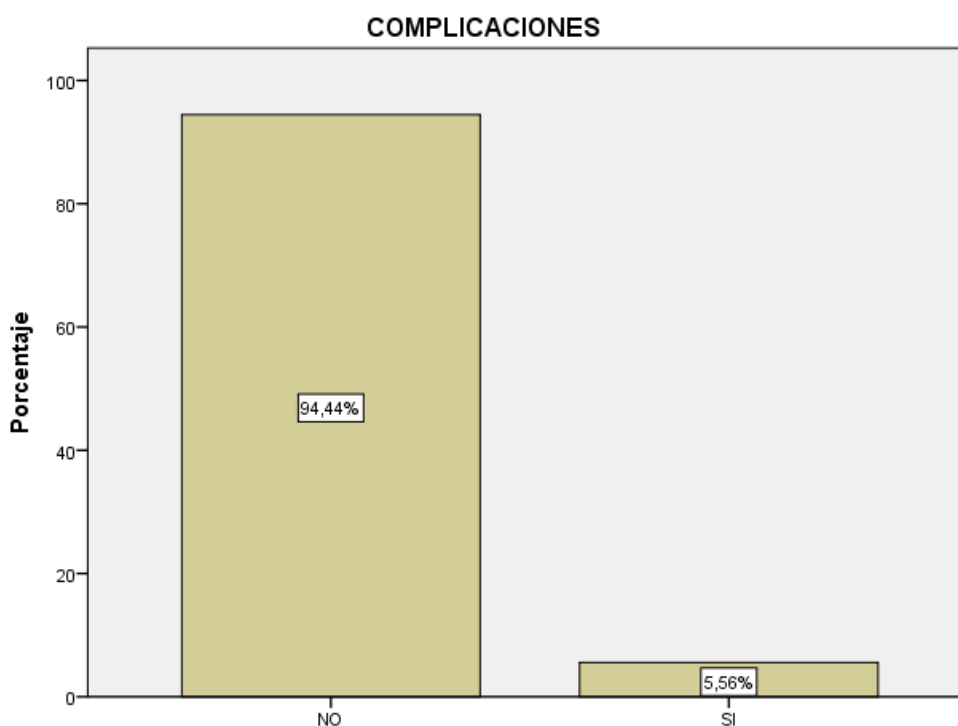
de los pacientes, representando el 1.2% y 171 pacientes no presentaron complicaciones, representando el 98.8% de la población.

Tabla N° 24 – Complicaciones presentes en pacientes sometidas a Legrado Uterino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	51	94,4	94,4	94,4
SI	3	5,6	5,6	100,0
Total	54	100,0	100,0	

Fuente: Historias clínicas de Unidad de Archivos de Hospital II-2 Tarapoto

Gráfico N° 24 – Complicaciones presentes en pacientes sometidas a Legrado Uterino.



Interpretación:

De los 54 pacientes sometidos a Legrado Uterino, 3 pacientes tuvieron complicaciones, presentando 2 de estas Legrados insuficientes y 1

infección o sepsis, estos 3 pacientes representan el 5.6% de la población sometida a Legrado Uterino; por el contrario 51 pacientes no presentaron complicaciones, representando el 94.4%.

VI. DISCUSIONES

Fueron 554 mujeres las atendidas de enero a diciembre del año 2016, en el Hospital II-2 Tarapoto, con el diagnóstico de aborto, de las cuales por fórmula se obtuvo una muestra representativa, siendo 227 pacientes, de estas 173 (73.2%) fueron sometidas a AMEU Y 54 (23.8%) a Legrado Uterino.

El primer factor a considerar es la edad de las pacientes sometidas a estos procedimientos; de los 227 pacientes con diagnóstico de aborto, 43 (18.9%) pacientes eran adolescentes de 14 a 19 años, de los cuales 4 pacientes tenían 14 años, una de estas pacientes siendo un aborto provocado, esto nos refleja un problema en la educación sexual que reciben y de los conocimientos de los métodos anticonceptivos, no solo por presentar un riesgo de salud por enfermedades de transmisión sexual, sino por una falta de planificación familiar y al quedar embarazadas convertirse en pacientes de alto riesgo obstétrico. De las pacientes de 14 a 19 años 30 fueron sometidas a AMEU y 13 a legrado uterino. 70 (30.8%) pacientes tenían entre 20 a 26 años, con diagnóstico de aborto, representando la mayoría de la población, lo que podría tener relación con el hecho de que la mayoría de esta, 148 pacientes, tengan solo secundaria y 45 solo hayan culminado la primaria; esto nos indica la falta de educación sexual y el desconocimiento de uso de métodos anticonceptivos, o de lo contrario a la preferencia por no utilizarlos. 58 (25.5%) pacientes tenían entre 27 a 33 años, siendo este el grupo de segundo rango de edad predominante en la población estudiada. 42 (18.5%) pacientes tenían entre 34 a 40 años, como se sabe a partir de los 35 años de edad las gestantes se convierten en gestantes de riesgo por lo que esta podría ser la causa de abortos en esta población, al igual que para las pacientes que tenían de 40 años a más que fueron 14 (6.1).

Con respecto al estado civil 146 pacientes eran convivientes, siendo esta la mayoría de la población, 60 pacientes eran solteras y 21 pacientes

eran casadas, lo que nos indica que tenían familias establecidas y que quizá en su mayoría no tenían parejas estables.

Con respecto a los antecedentes obstétricos, la diferencia era poca entre las pacientes que no tenían gestaciones previas (59 pacientes), las que tenían una gestación (48 pacientes) y las que han tenido 2 gestaciones (50 pacientes). Si bien el número de pacientes va disminuyendo en proporción a la cantidad de gestaciones previas va aumentando, 3 gestaciones 31 pacientes, 4 gestaciones 23 pacientes, 5 gestaciones 6 pacientes, 6 gestaciones 2 pacientes, 7 gestaciones 3 pacientes y 8 gestaciones 2 pacientes; el hecho de que hayan tantas pacientes multíparas, nos indica la falta de educación en planificación familiar.

En cuanto a los antecedentes de abortos previos, la mayoría de la población con 170 pacientes no tenía antecedentes de abortos previos, 36 pacientes tenían antecedentes de un aborto previo, 15 pacientes tenían 2 abortos previos, 4 tenían 3 abortos previos, 1 tenía 4 abortos previos y 1 tenía 7 abortos previos, pudiendo estos abortos ser espontáneos o provocados.

La mayoría de pacientes tuvo como presentación clínica sangrado, 171 pacientes sometidas a AMEU y 53 pacientes sometidas a Legrado Uterino, coincidiendo esto con la forma de presentación clínica más común en el aborto. Otra manifestación clínica fue el dolor, 133 pacientes sometidas a AMEU y 40 pacientes sometidas a Legrado Uterino. Otra de las manifestaciones clínicas presentes fue la fiebre, teniendo en cuenta que la presencia de esta puede estar relacionada a una probable infección como probable complicación del aborto no tratado, 5 en pacientes sometidas a AMEU y 7 en pacientes sometidas a Legrado Uterino. El desmayo también estuvo presente en 5 pacientes, lo que podría estar causado por la pérdida de volumen sanguíneo excesivo, se encontró 1 paciente con la presencia de shock séptico que presentó sangrado, dolor y desmayo. Se debe tener en cuenta que de los 227 pacientes 3 solo

presentaron dolor, 51 solo sangrado, y en los demás pacientes los síntomas se asociaron.

Las complicaciones en el procedimiento de AMEU fueron solo 2, 1 de ellas presentó alza térmica posterior al procedimiento, lo que podría haber indicado una evacuación incompleta condicionando a una infección posterior y la otra paciente sangrado moderado por evacuación incompleta, a esta paciente se le realizó un AMEU posterior.

Las complicaciones del Legrado Uterino se dieron en 3 pacientes, 2 de ellas presentaron legrados insuficientes, corroborados por ecografía, estas pacientes presentaron dolor moderado en hipogastrio posterior al procedimiento, 1 paciente presentó infección o sepsis. Ninguna paciente presentó lesión intra abdominal, hemorragia o shock hipovolémico.

Con relación a las investigaciones consignadas:

- Cama B, Luis Alfredo. realizó un estudio titulado: Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento ambulatorio del aborto espontaneo, en donde concluyó que de las 93 pacientes en las que se realizó el AMEU, 2 presentaron como complicación la evacuación incompleta, lo que conllevó a un legrado uterino posterior⁹. Si bien en esta investigación hubo 1 paciente que presentó como complicación la evacuación incompleta, esta no fue la única complicación presentada, pero esta diferencia en las complicaciones probablemente se deba también a la diferencia en la cantidad de población, que en esta investigación fueron 929 pacientes sometidas a AMEU.

- Urquiza C, Alfredo Luis. Realizo un estudio titulado: Características de las adolescentes que presentan aborto incompleto y que son sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina, en donde concluyó que el factor sociodemográfico que constituía un factor de riesgo era tener más

de 18 años, lo que concuerda con la investigación actual, ya que la mayoría de nuestra población tenía entre 20 a 26 años (70 pacientes)¹⁰. Además concluyó que la presentación clínica más común era el dolor abdominal y luego el sangrado transvaginal; siendo en nuestra investigación primero el sangrado con 224 pacientes y luego el dolor con 170 pacientes como presentación clínica.

- Lara R, Roger. Realizo un estudio titulado: Aspiración Manual Endouterina para el tratamiento del aborto incompleto⁴². Donde se concluyó que el AMEU es igualmente eficaz y seguro que el legrado uterino, es eficaz y fácil de realizar y evita complicaciones importantes. Esto se evidencio también en esta investigación ya que las complicaciones del AMEU fueron mínimas al igual que las del LU.

- Villa Marin G, Luis Felipe. Realizo un estudio titulado: Complicaciones del Legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas⁴³. Donde concluyó que Las pacientes que fueron tratadas con el Legrado Uterino presentaron complicaciones como la endometritis, también sintomatología como dolor pélvico, presencia de sangrado y subida de alza térmica. Lo que difiere de nuestros hallazgos en este estudio, ya que 2 pacientes presentaron legrado insuficiente y 1 de ellas infección o sepsis; solamente esta paciente presentó alza térmica.

- Liverato F, Fernando. Realizo un estudio titulado: Nuliparidad como factor asociado al dolor operatorio severo durante el tratamiento del aborto incompleto mediante la Aspiración Manual Endouterina⁴⁴. Donde concluyó que la nulíparidad no estuvo asociada al dolor pélvico intraoperatorio severo, durante el AMEU por aborto incompleto. En esta investigación no se reportó dolor pélvico durante el procedimiento de AMEU, así mismo no se

encontró relación con la paridad de la paciente. El dolor se reportó como síntoma por lo que la paciente acude al Centro de Salud.

- Escandón Inés, Hernando Gaitán. Realizaron un estudio titulado: Evaluación de la atención integral de Post aborto en 13 Hospitales de Colombia⁴⁵. Donde concluyo que la técnica del Legrado Uterino Instrumental presento menor morbilidad y mayor satisfacción en las usuarias y menos complicaciones como la perforación uterina. En esta investigación se halló que el AMEU y el LU presentan pocas complicaciones por igual, en ninguno de los dos casos la perforación uterina fue una de estas.

- Monzón M, Tom Robert. Realizó un estudio titulado: Prevalencia y factores asociados de la Aspiración Manual Endouterina insuficiente en el Instituto Nacional Materno Perinatal⁴⁶. Donde concluyó que la prevalencia del AMEU insuficiente fue de 2.18%, al igual que en este estudio la evacuación uterina incompleta fue una complicación en 1 paciente sometida a AMEU.

- Galvis R, Noemí, Ochoa Estepa. Realizaron un estudio titulado: Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años de edad en un Hospital de tercer nivel del Servicio de Gineco-obstetricia⁴⁷. Donde concluyó que es temprana la edad en que las adolescentes inician su vida sexual, además de lo importante que es que proporcionar educación sexual adecuada que tenga un mayor impacto en el manejo de las mismas. Que es la misma conclusión a la que se llegó en esta investigación debido a que gran parte de la población con diagnóstico de aborto eran adolescentes, 49 (18.9%) pacientes, lo que nos llevó a concluir que la educación sexual y la información de los métodos anticonceptivos existentes es insuficiente.

- Pérez S, Norma. Realizo el estudio titulado: Efectividad de la Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento del aborto en el Primer Trimestre de Gestación en el Hospital de Monterrey⁴⁷. Donde concluyó que la técnica de AMEU es un procedimiento sencillo, efectivo y aceptado por las pacientes para el tratamiento del aborto. Permite una consejería sobre riesgo reproductivo lo que permite altas tasas de protección anticonceptiva, lo que concuerda con lo hallado en esta investigación ya que las complicaciones con este procedimiento fueron mínimas, y el tiempo intrahospitalario posterior al procedimiento también, siendo dadas de alta las pacientes a las dos horas si es que no presentaron ninguna complicación. Debemos tener en cuenta que la estancia hospitalaria depende mucho de la hora del internamiento, procedimiento y reevaluación del médico, además del protocolo de uso de Misoprostol usado en este hospital para dilatar los orificios cervicales y poder llevar a cabo mejor el procedimiento, siendo el tiempo más largo de hospitalización sin complicación 1 día.

- Ruíz S. Claudia. Realizó el estudio 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 periodo enero a diciembre de 2014⁴⁸. Donde se concluyó que es significativa la incidencia de 495 pacientes de 20 a 29 años (46.5%) y 175 pacientes adolescentes de entre 15 a 19 años (16.4%); siendo similar a los resultados obtenidos en este estudio, ya que la prevalencia de edad fue de 20 a 26 años (30.8%), seguida de los 27 a 33 años (25.5%) y la prevalencia en edad adolescente de 14 a 19 años (18.9%). En el grado de instrucción la mayoría de sus pacientes eran estudiantes (87.6%), seguidas de educación superior técnica (67.6%); a diferencia de nuestro estudio que la mayoría de nuestras pacientes tenían educación secundaria (65.1%), seguidas de educación primaria (19.8%). Con respecto al estado civil, el 66.9% de las pacientes eran convivientes, seguidas del 33% de las

pacientes que eran solteras y no tenían pacientes casadas; a diferencia de este estudio que si se encontró pacientes casadas (9.2%), con prevalencia de pacientes convivientes (64.3%). En referencia a los abortos previos, la mayoría de las pacientes no tenían antecedentes de abortos previos y se encontró una con cuatro abortos; a diferencia de este estudio que se encontró una paciente con antecedente de 4 abortos previos y una con 7 abortos previos. Se encontró similitud con las manifestaciones clínicas, en las cuales predominaba el sangrado, seguido del dolor.

La investigación es la primera en el espacio y tiempo acontecido que permite conocer la realidad de las pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto sometidas a la Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino para mejorar la atención de las mismas y brindar mejores medidas preventivas.

La investigación permitió identificar insuficiencia de Educación Sexual y de información respecto a los métodos anticonceptivos disponibles, desinformación o desconocimiento con relación a los riesgos que supone para la salud de la paciente no utilizar métodos anticonceptivos de barrera con fines de prevención para una gestación no deseada y/o contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

CAPÍTULO

V

VII. CONCLUSIONES

Mediante el uso de la ficha de recolección de datos se determinó las características clínicas y epidemiológicas de 227 pacientes con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el periodo de enero a diciembre del 2016.

Se ha establecido que de un total de 227 pacientes con diagnóstico de Aborto atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto de enero a diciembre del 2016, 173 fueron sometidas a Aspiración Manual Endouterina (76.2%) y 54 a Legrado Uterino (23.8%).

Con respecto a las características sociodemográficas, con relación a la edad, en el rango de 14 a 19 años, es significativo el valor de 43 pacientes adolescentes con 18.9%, 70 pacientes de 20 a 26 años siendo este el rango prevalente en este estudio con 30.8%, seguido de 58 pacientes entre 27 a 33 años, 42 pacientes entre 34 a 40 años de edad con 18.5%, constituyendo este rango un grupo de gestación de riesgo, al igual que las 14 pacientes mayores de 40 años, el 6.2%. Con relación al grado de instrucción, 3 pacientes eran analfabetas siendo el 1.3%; 45 pacientes tenían grado de instrucción primaria siendo el 19.8%; 148 pacientes contaban con grado de instrucción secundaria siendo el 65.2%, esto denota insuficiente o inexistente educación sexual y/o desconocimiento o desinformación sobre el uso de métodos anticonceptivos; 18 pacientes contaban con educación superior no universitaria siendo el 7.9% y 13 pacientes educación superior universitaria representando el 5.7%. Con referencia a la ocupación 174 pacientes se dedicaban a las labores domésticas (amas de casa) representando la mayoría de la población con 76.7%, 26 eran estudiantes (11.5%) y 27 trabajaban (11.9); mostrándose en este aspecto también la poca información sobre los métodos anticonceptivos o poco uso de estos. En referencia al estado civil, 146 pacientes son convivientes (64.3%), 60 pacientes son solteras y 19 pacientes son casadas, lo que puede indicar que no tienen familias establecidas o quizá no tengan parejas estables.

Con referencia a los antecedentes obstétricos, se encontró 59 pacientes que no tenían gestaciones previas (26%), 48 pacientes que han tenido una gestación previa (21.1%), 50 pacientes que han tenido dos gestaciones previas (22%) y también es significativa la incidencia de pacientes multíparas (entre tres a ocho gestaciones previas), 23 pacientes con 4 gestaciones previas (10.15), 6 pacientes con 5 gestaciones previas (2.6%), 2 pacientes con 6 gestaciones previas (80.9%), 3 pacientes con 7 gestaciones previas (1.3%) y 5 pacientes con 8 gestaciones previas (2.2%); esto nos puede indicar la insuficiente o inexistente educación en planificación familiar. En cuanto a los abortos previos, 170 pacientes no tenían antecedentes de abortos previos (74.9%), 36 pacientes tenían antecedentes de un aborto previo (15.9%), 15 pacientes de dos abortos previos (6.6%), 4 de tres abortos previos (1.8%), 1 paciente con 4 abortos previos (0.4%) y 1 paciente con 7 abortos previos (0.4%), lo que nos puede indicar que estos podrían ser espontáneos o provocados.

Las manifestaciones clínicas más frecuente fue el sangrado, ya que 224 pacientes (98.6%) la presentaron, la que sigue fue el dolor, 170 pacientes (74.8%), situación concordante a la clínica mencionada en las bases teóricas. También se encontraron otras manifestaciones clínicas como fiebre y desmayos, pero estas podrían haber sido complicaciones del aborto no tratado, teniendo en cuenta que estas se encontraban junto al sangrado y al dolor. Encontrándose sangrado y desmayo (3 pacientes), sangrado, dolor y desmayo (2 pacientes), sangrado, dolor y fiebre (9 pacientes) y sangrado y fiebre (3 pacientes). Se presentaron 51 pacientes solo con la clínica de sangrado y 3 pacientes solo con dolor.

Las complicaciones fueron mínimas para ambos procedimientos, esto concuerda con las investigaciones anteriores, que plantea su efectividad y eficacia. Ya que de los 173 pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina solo 2 presentaron complicaciones, 1 presentó alza térmica y 1 presentó evacuación incompleta; 54 pacientes sometidas a Legrado Uterino 3 pacientes presentaron complicaciones, 2 pacientes presentaron legrado insuficiente y 1 infección o sepsis.

Los resultados obtenidos nos permite observar la insuficiente y/o inexistente educación sexual y salud reproductiva, desconocimiento, ignorancia en cuanto a la información sobre métodos anticonceptivos que se encuentran disponibles y son ofrecidos gratuitamente por el estado. Así mismo a la dependencia de uso de los anticonceptivos por parte de la pareja, la negativa por parte de estos. El primer factor a considerar es el conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos. Un aspecto fundamental es sensibilizar al público general acerca de la problemática de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Se debe tener en cuenta que normalmente en el hogar, la escuela o la comunidad no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable. Por lo tanto la información viene a través de filtros desinformados o compañeros sin informar obteniéndose como consecuencia embarazos no planificados.

VIII. RECOMENDACIONES

- Realizar campañas de promoción de la Salud Reproductiva, Educación Sexual e información adecuada sobre métodos anticonceptivos y su disponibilidad gratuita a la población afectada y en especial al segmento estudiantil en sus diferentes niveles.
- Implementar la realización de visitas domiciliarias de carácter informativo a las zonas periféricas de los centros de salud, asegurándose de que la población que pertenece a estos esté debidamente informada, teniendo en cuenta que este es un Hospital referencial y aquí llegan pacientes de varios Centros de Salud periféricos, muchos de ellos para realizarse estos procedimientos.
- Utilizar medios y redes sociales para difundir información fácil y didáctica con respecto a estos temas para alcanzar a la población juvenil, que está más expuesta y afronta mayor riesgo de presentar gestaciones no deseadas.
- Prever consejería, orientación y seguimiento debido a las pacientes dadas de alta luego de ser sometidas a la Aspiración Manual Endouterina o Legrado Uterino sobre la pertinencia y disponibilidad gratuita de métodos anticonceptivo accesibles.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taype-Rodan, Alvaro; Merino-García, Nicolaz. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en el Perú ¿Qué dicen los números? Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Volumen 33. 2016.
2. Hoffman; Schorge; Schaffer; Halvorson; Bradshaw; Cunningham. Williams Ginecología. Editorial McGraw- Hill- Interamericana. Segunda edición. Capítulo 6. Aborto en el Primer Trimestre. Página 170.
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Mayo 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
4. Instituto Nacional de Estadística. Cifras del aborto en el Perú; Segunda Edición; Páginas 5 y 7; 2012.
5. Alcántara Manuel. El Aborto en Latinoamérica. Revista Información y Análisis de América Latina ; 2013; www.infolatam.com
6. Hernández Manuel. Complicaciones más frecuentes de la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino. Revista Gaceta Médica de México; Volumen 150 Numero 2; Páginas 78 y 79; 2014.
7. Ballinas H, Janet. Aspiración Manual Endouterina VS Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con diagnóstico de Aborto, Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. Grado de Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. Toluca, México, 2014.
8. Ruiz S, Claudia Cristina. 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 Periodo enero-diciembre 2014. Grado de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Lima 2016.
9. Cama B, Luis Alfredo. Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento del aborto incompleto. Grado de especialista en Ginecología y Obstetricia. Andahuaylas; departamento Apurímac; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.

10. Urquiza C, Alfredo Luis. 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. Grado de Médico Cirujano, Universidad Nacional de San Agustín; 2013.
11. Pinzón B, Eduardo. Comparación entre la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino con cureta en el manejo del aborto incompleto no complicado en el Primer Trimestre de Gestación. Grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia; Bucaramanga, Ecuador; Universidad Industrial de Santander; 2007.
12. Novoa E; Aldo. Prevalencia complicaciones y factores asociados a la Aspiración Manual Endouterina. Grado de Médico Cirujano; Lima; Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.
13. Coaccalla Kleniz. La interrupción de la vida: Aborto; 2010. <http://www.monografias.com/trabajos98/interrupcion-vidaaborto/interrupcion-vida-aborto.shtml>
14. Trujillo Martínez, Celia. Psicología del desarrollo de la adolescencia; 2011; <http://www.monografias.com/trabajos98/psicologia-deldesarrollo-adolescencia/psicologia-del-desarrollo-adolescencia.shtml>
15. Alarcón Nivia, Miguel Ángel. El Legrado Uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. Revista de los estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander; Colombia; 2007.
16. Benjamín Gloria. Aspiración Manual Endouterina ; 2010. http://drbenjamingloria.com/muestra_contenido1/contenido_articulo/26
17. Ministerio de Salud. Guía de Práctica clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología; 2010; Página 61 y 199.
18. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Ed Panamericana; 2012.
19. Embolia Gaseosa-definición: <http://salud.ccm.net/faq/8069-embolia-gaseosa-definicion>
20. Alvarado J. Apuntes de Ginecología. Capítulo 9. Enfermedad inflamatoria pélvica. Página 183. Lima 2013.

21. Barranco Ruiz. Principio de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos; Volumen 23; 2009.
22. E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Cruz Calvo. Evacuación Endouterina; 2011. Perforación Uterina. Disponible en: http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/perforacion_uterina.php
23. Williams; Obstetricia de Williams; Edición 22; México; Editorial McGraw-Hill- Interamericana – 2008.
24. Peralta Ordoñez Mercedes. Incidencia de abortos en la población joven internada en el Hospital Regional de Cusco; 2011. <http://www.monografias.com/trabajos93/incidencia-aborto-oblacionjoven-internada/incidencia-aborto-poblacion-joven-internada.shtml>.
25. Rodenas Peñas Roy. El Aborto ; 2012; <http://www.monografias.com/trabajos55/el-aborto-tres/el-abortotres.shtml>
26. Berek; Jonathan. Ginecología de Novak. Edición 14. China; Editorial Wolters Kluwer; 2007.
27. Mendez Rodríguez, Rogelio. Aspiración Manual Endouterina. Revista de Ciencias Biomédicas; Guía de Manejos y Protocolos; 2014. Páginas 148, 150, 151
28. Quiroz Mendoza, Gustavo. Aspiración Manual Endouterina: Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Revista Gaceta Médica de México; 2013; Volumen 1.
29. Velazco R, Gómez P, Chambers MV. La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe. Chapel Hill, Carolina del Norte: IPAS; 2006.
30. Temes M, Pastor V, Aldeguez Díaz JL, Manual de gestión hospitalaria. España: McGraw-Hill-Interamericana; 1997.
31. Berek J. Hillard P. Adishi E editores. Tratado de ginecología de Novak. 12 ed. Mexico: Interamericana; 1997.
32. Schwarcz R, Duverges LC. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires : El Ateneo; 2002:1:765-768.
33. Távara L. Mando ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los casos. Ginecol Obstet :2011; 41 (1): 16-22.

34. Barnum Kutzin H. Public hospitals in developing countries. resource use, cost, financing. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2011;. 79: 10-16.
35. Johnson B, Benson J, Bradley J, Rabago A, Zembrano C, Okoko L, et al. Costs of alternative treatment for incomplete abortion (Working Papers). Washington: The World Bank, Population and human resources department; 2003:1:80-98
36. Chevez Herbert; Vásquez Rolando. Efectividad del Clorhidrato de Ketamina en Anestesia General Balanceada bajo mascara facial comparando su propiedad analgésica en el trans y post operatorio con el citrato de Fentanyl en procedimientos de Legrado Uterino. Grado de Licenciado en Anestesiología y Inhalo terapia. El Salvador; Universidad del Salvador; 2010.
37. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de ginecología y obstetricia. Madrid: SEGO; 2007
38. La Ley del Aborto en el Perú: <http://decidoyo.org/aborto/marco-legal/>
39. Constitución Política del Perú de 1993: <http://peru.justia.com/federales/constitucion-politica-del-peru-de-1993/>
40. Lara R, Roger. Aspiración Manual Endouterina para el tratamiento del aborto incompleto en el Instituto Nacional de Perinatología. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia; 2008; Volumen 65 Edición 3; Página 101-102.
41. Villa Marín G, Luis Felipe. Complicaciones del Legrado Uterino Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas. Grado de Médico Cirujano; Ecuador; Universidad Técnica de Ambato; 2011.
42. Liverato F, Fernando. Nulíparidad como factor asociado al dolor operatorio severo durante el tratamiento del aborto incompleto mediante la Aspiración Manual Endouterina. Grado de Magister en Docencia en Investigación en Salud; Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
43. Escandón Inés, Gaitán Hernando. Evaluación de la atención integral post – aborto en 13 hospitales de Colombia. Revista de Salud Pública; Volumen 9 Numero 2; Paginas 241, 252; 2007.

44. Monzón M, Tom Robert. Prevalencia y factores asociados de la Aspiración Manual Endouterina insuficiente. Grado de Médico Cirujano; Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
45. Galvis N. Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años de edad del servicio de Ginecología y Obstetricia. Portal de Revistas Científicas en Salud. Volumen 8; Edición 2; Pagina 45-53; 2010; Cuba.
46. Pérez S, Norma. Efectividad de la Aspiración Manual Endouterina en el tratamiento del aborto en el Primer Trimestre de Gestación. Revista de Salud Pública y Nutrición. Volumen 23. Pagina 48 -49.

X. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS*

La siguiente ficha de recolección de datos tiene como objetivo: Identificar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes sometidas a AMEU y LU.

I) DATOS GENERALES

1.1 Edad: ----- años

1.2 Estado civil:

Casada () Conviviente () Soltera ()

1.3 Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

1.4 Ocupación:

Estudiante () Trabaja () Oficio de hogar ()

II) PRESENTACION CLINICA

Sangrado () Dolor () Fiebre () Desmayo ()

III) ANTECEDENTES OBSTETRICOS

3.1 Formula Obstétrica: G___ P_____

3.2 Aborto

Si () No ()

3.3 Tipo de aborto:

Espontaneo () Provocado () Habitual ()

Si fue provocado:

Centro Particular () Ingesta de Medicamento ()

3.4 Número total de abortos

Una Vez () 2 – 3 () De 4 a más ()

IV) COMPLICACIONES DEL LEGRADO UTERINO

4.1.1 Perforación Uterina

SI () NO ()

4.1.2 Infección o Sepsis

SI () NO ()

4.1.3 Lesión Intra abdominal

SI () NO ()

4.1.4 Hemorragia

SI () NO ()

4.1.5 Shock hipovolémico

SI () NO ()

V) COMPLICACIONES CON ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA

5.1.1 Evacuación Incompleta

SI () NO ()

5.1.2 Hemorragia

SI () NO ()

5.1.3 Enfermedad Inflamatoria Pélvica

SI () NO ()

5.1.4 Embolia Gaseosa

SI () NO ()

5.1.5 Shock neurogénico

SI () NO ()

5.1.6 Hematómetra

SI () NO ()

5.1.7 Desgarro de Cuello

SI () NO ()

Fuente: Ruiz S, Claudia Cristina. 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 Periodo enero-diciembre 2014. Grado de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Lima 2016.

**validado por la opinión de expertos.*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 NUEVA LEY UNIVERSITARIA N° 30220
 Jr. Callao 5ta Cuadra – Telef. (042)52-1402 – Anexo 130 - Ciudad Universitaria



Resolución Decanal N° 037-2017-UNSM/FMH-D/NLU.

Morales, 23 de marzo del 2017.

1. “NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO. MARZO 2016 A FEBRERO 2017”.

Tesista : LIANG LANDAY YAP VIENA
 Asesor : Méd. Mg. RAÚL PABLO ALEGRE GARAYAR
 Mblgo. M. Sc. HERIBERTO ARÉVALO RAMÍREZ

2. “INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL MINSA, NIVEL II-2, TARAPOTO. PERIODO ENERO–DICIEMBRE 2016”.

Tesista : CRISTHIAN TARAZONA JIMÉNEZ
 Asesor : Méd. MANUEL ISAAC PÉREZ KUGA

3. “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE MUJERES SOMETIDAS AL PROCEDIMIENTO DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) Y LEGRADO UTERINO, EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2016”.

Tesista : DIANA CÁRDENAS PÉREZ
 Asesor : Méd. MANUEL ISAAC PÉREZ KUGA

4. “CARÁCTERISTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL PACIENTE CON PIE DIABETICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO DURANTE EL PERIODO MAYO DEL 2016 A DICIEMBRE DEL 2016 ”.

Tesista : CARLO VALENTINO HUAMANCHUMO BARRIENTOS
 Asesores : Méd. TEOBALDO LÓPEZ CHUMBE
 Méd. LUIS GERARDO PACHECO CHÁVEZ

Artículo 2°.- Hacer de su conocimiento la presente resolución a la Comisión de Investigación y Desarrollo de la Facultad de Medicina Humana.

Artículo 3°.- Distribuir la presente Resolución a: EAPMH, DAFMH, ClyD, Interesados y Archivo.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. ALICIA BARTRA REÁTEGUI
 Decana (e)



Méd. Mg. RAÚL PABLO ALEGRE GARAYAR
 Secretario Académico



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 NUEVA LEY UNIVERSITARIA N° 30220
 Jr. Callao 5ta Cuadra – Telef. (042)52-1402 – Anexo 130 - Ciudad Universitaria



Resolución Decanal N° 037-2017-UNSM/FMH-D/NLU.

Morales, 23 de marzo del 2017.

Visto, los Expedientes N°s 068, 184, 185 y 195-2017-UNSM/FMH de fecha 17 y 23 de marzo del 2017, presentado por el Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez - Presidente de la Comisión de Investigación y Desarrollo, a la Dra. Alicia Bartra Reátegui - Decana (e) de la Facultad de Medicina Humana, donde solicita emisión de Resolución de aprobación de Proyecto de Tesis de estudiantes.

CONSIDERANDO:

Que, la Universidad Nacional de San Martín es una persona jurídica de derecho público, regida por la Ley Universitaria N° 30220 y su Estatuto aprobado con Resolución N° 005-2016-UNSM/AU-R/NLU de fecha 15-02-2016;

Que, la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, es una unidad de formación académica, profesional y de gestión;

Que, mediante Resolución N° 614-2016-UNSM/CU-R/NLU de fecha 27-12-2016, se resuelve en su Artículo 6° Designar a la Dra. Alicia Bartra Reátegui como Decana (e) de la Facultad de Medicina Humana de la UNSM-T, quien iniciará sus funciones a partir del 01 de enero al 31 de diciembre del 2017;

Que, con Resolución de Comisión Organizadora N° 006-2013-UNSM/FMH-CO de fecha 10/07/2013, en su Artículo 1° se aprueba el Reglamento de la Comisión de Investigación y Desarrollo de la Facultad de Medicina Humana y que a la letra dice en su Artículo 34° Los resultados de la revisión y evaluación de los proyectos de Investigación serán comunicados a la facultad para la emisión de la Resolución correspondiente;

Que, con INFORMES N°s 002 y 003-2017-UNSM/FMH-CIyD de fecha 16 y 22-03-2017, que contiene los Expedientes N°s 068, 184, 185 y 195-2017/FMH presentada por el Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez – Presidente de la Comisión de Investigación y Desarrollo de la Facultad de Medicina Humana; la Comisión de Investigación y Desarrollo da por aprobado y solicita Resolución de Cuatro (04) Proyecto de Tesis de Cuatro (04) estudiantes de la Facultad de Medicina Humana: **LIANG LANDAY YAP VIENA, CRISTHIAN TARAZONA JIMÉNEZ, DIANA CÁRDENAS PÉREZ y CARLO VALENTINO HUAMANCHO BARRIENTOS;**

Que, con Proveído N°s 099, 100, 104 y 107-2017-UNSM/FMH, el Decano (e) de la Facultad de Medicina Humana de la UNSM-T, pasa al Secretario Académico de la Facultad de Medicina Humana para Emisión de Resolución Decanal;

La Decana (e) en uso de sus atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220, el Estatuto de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto;

SE RESUELVE :

Artículo 1°.- Aprobar, los Cuatro (04) Proyectos de Tesis correspondientes a Cuatro (04) estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, según el siguiente detalle:


GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
U.E. HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

AUTORIZACIÓN

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA 404
HOSPITAL II-2, TARAPOTO

AUTORIZA:

A, **CRISTHIAN TARAZONA JIMÉNEZ**, estudiante de la Facultad de Medicina Humana – Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín, aplicar el instrumento de Investigación para ejecutar el Trabajo de Investigación: **“INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL MINSA, NIVEL II-2, TRAPOTO. PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016”**.



Tarapoto, 07 de Abril del 2017




GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2-TARAPOTO

Med. Ciruj. Javier F. Palomino Dávila
DIRECTOR