

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**INDICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS AL LEGRADO
UTERINO. HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO.**

MAYO - JULIO 2016.

PRESENTADO POR

Doris Carbajal Cardenas

Marivel Silva Yupanqui

ASESORA

Mg. Obst. Martha Calderón Franco

AYACUCHO – PERÚ

2017

DIDICATORIA

A DIOS

Por ser nuestro creador, quien me guía por el buen camino, dándome fuerza para seguir adelante, enseñándome a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento.

A Mis Padres Néstor y Victoria

Por ser ustedes el pilar en el cual me apoyo. Por estar cerca de mí compartiendo las experiencias más importantes de mi carrera. Porque gracias a su apoyo, he realizado una de mis mejores metas. Ustedes, que sin esperar nada, lo dieron todo. Porque nunca estuve sola. Porque siempre conté con su confianza todo esto, quiero que sientan que el objetivo logrado, también es suyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo, fue su amor.

Con cariño y admiración.

DORIS C. C.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo que con mi esfuerzo, tiempo y dedicación logre concluir después de muchas adversidades, al ser que lo hizo posible; al creador de todo lo que veo y siento, a Dios.

A mis padres: Diogenes y Severina, quienes me brindaron el apoyo incondicional en cada momento de mi formación profesional y humana desde los primeros días de mi vida.

A mis amigas por brindarme su amistad y apoyo en todo momento

MARIVEL S. Y.

AGRADECIMIENTO

Ala Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, fuente de sabiduría y enseñanza por brindarnos la oportunidad de ocupar sus aulas y lograr la cristalización de esta profesión.

A la Escuela Profesional de Obstétrica, forjadora de profesionales competentes, a su plana docente por sus enseñanzas y orientaciones durante nuestra formación profesional.

A los profesionales que laboran en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, por brindarnos las facilidades para nuestra investigación, en especial del servicio de Gineco-Obstetricia.

A nuestra asesora Mg. Martha Calderón Franco por su apoyo, guía y sugerencias durante el desarrollo y concretización del presente trabajo.

A nuestros jurados Mg. Roaldo Pino Anaya, Mg. Oriol Chuchón Gómez Mg. Magna Meneses Gallirgos, quienes contribuyeron en la elaboración del presente trabajo.

A nuestros familiares y amigos, quienes con sus ejemplos impulsaron al término del trabajo. Así como a todas aquellas personas que de una u otra manera nos apoyaron en la ejecución y culminación del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	12
1.3. Objetivos de la investigación.....	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes de estudio	14
2.2. Bases teóricas	20
2.2.1 Legrado uterino	23
2.2.2 Tipos de legrado uterino.....	23
2.2.3 Indicaciones de legrado uterino obstétrico	23
2.2.4 Requisitos para un legrado uterino.....	24
2.2.5 Procedimiento del legrado uterino.....	24
2.2.6 Indicaciones del legrado uterino	25
2.2.7. Factores asociados a Legrado Uterino.....	32
2.3. Definición de términos operativos.....	35

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES	38
3.1. Hipótesis General	38
3.2. Variables de estudio.....	39
3.2.1. Variable independiente.....	39
3.2.2. Variable dependiente.....	39
3.3. Operacionalización de las variables	40

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.1 Diseño de investigación.....	41
4.2. Tipo y nivel de investigación.....	41
4.3. Enfoque de la investigación.....	41
4.4. Método de estudio	41
4.5. Población y muestra	41
4.5.1 Población.....	41
4.5.2 Muestra	42
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
4.6.1 Técnica.....	42
4.6.2. Instrumentos.....	42
4.7. Procedimiento de recolección de datos.....	42
4.8. Procesamiento de datos.....	43
4.9. Análisis estadístico	43

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
Conclusiones	71
Recomendaciones	72
Referencias bibliográficas	73
 ANEXOS	
Instrumento de recolección de datos	77

INTRODUCCIÓN

Entre los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan en obstetricia están los legrados uterinos. La mayoría de las veces son de carácter ambulatorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye éste como un procedimiento obstétrico esencial realizado en centros de atención de primer nivel.¹

El legrado uterino es un procedimiento que se realiza con el propósito de evacuar el contenido uterino que pueden ser restos ovulares, formaciones anómalas y patológicas, por lo cual es el procedimiento de mayor frecuencia en los establecimientos de salud de nuestro país².

A través de los siglos, la humanidad y en especial las mujeres han tenido la preocupación constante de controlar su fecundidad. En épocas pasadas el desconocimiento de la fisiología de la reproducción ha llevado a las poblaciones al uso de métodos diversos para limitar el número de hijos, incluyendo, como recurso desesperado la interrupción de la gestación. A pesar de los años transcurridos y de las diferentes estrategias empleadas, esta situación no ha cambiado.³

Diversas investigaciones demuestran que el embarazo no deseado afecta a las mujeres de todas las clases sociales y que está determinado por factores muy diversos, entre los que se reconocen a la diferencia de poder entre hombres y mujeres, las escasas posibilidades de estas últimas para tomar decisiones, la insuficiente educación sexual reproductiva así como las dificultades que enfrentan para acceder a servicios de salud reproductiva de calidad y eficiencia. En respuesta a estos problemas, el aborto inducido continúa siendo empleado como solución para enfrentar dichos embarazos, a pesar del dolor que significa una decisión de esta naturaleza, los cuales culminan en legrado uterino y las consecuencias que esto genera en la salud reproductiva de estas mujeres que se someten a este procedimiento.³

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de conocer las indicaciones y factores asociados a legrado uterino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia durante los meses de mayo a julio del 2016, a través de una investigación aplicada, descriptiva, transversal y prospectiva; determinándose los siguientes resultados: La incidencia de legrado uterino fue de 18%(83), cuyas indicaciones fue por aborto incompleto el 48,2%(40), el 18,1%(15) por aborto retenido, el 16,9%(14) por embarazo anembrionario, el 13,3%(11) por retención de restos placentarios más endometritis y sólo el 3,6%(03) fueron por endometriosis más embarazo molar. Los factores asociados al legrado uterino estadísticamente significativo ($p < 0,05$) fueron el antecedente de aborto, embarazo deseado y el nivel de instrucción.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud refiere que el aborto es un problema social y se estimó que se realizaron 21,6 millones de abortos inseguros en todo el mundo, en el año 2008, y más o menos 47 000 mujeres murieron anualmente por complicaciones de éstos abortos inseguros y casi todas ellas pudieron haber sido evitadas a través de un mejor acceso a educación sexual, anticoncepción y aborto seguro.⁴

El alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto, es una de las complicaciones obstétrica que representa mayor morbimortalidad materna por sepsis y hemorragia, en nuestro país su frecuencia es variable y está relacionada con las habilidades y experiencias del personal que realiza la atención obstétrica.⁵

El legrado uterino es un procedimiento que se realiza con bastante frecuencia a las mujeres tras sufrir un aborto con la finalidad de extraer los tejidos placentarios que permanecen en el útero. Sin embargo, esta intervención se realiza también en algunos casos durante el periodo puerperal para retirar restos de placenta o membranas que han quedado retenidas dentro de la cavidad uterina tras el parto.

El servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Madrid publicó en el año 2010 una investigación que concluye que el legrado uterino puerperal es uno de los posibles sucesos adversos que pueden ocurrir tras el parto. Los datos de este estudio reflejan que la incidencia es mayor en partos vaginales y menor en los alumbramientos incompletos con cesárea.⁵

Se estima que aproximadamente una entre cuatro mujeres que han tenido un aborto inseguro necesitará atención médica. Según los estimados de la Organización Mundial de la Salud, ocurrieron 358 000 muertes maternas en el año 2008; 47 000 de ellas se debieron a complicaciones. Algunas de las mujeres sufrirán consecuencias de largo plazo como la infertilidad.⁴

La frecuencia real del aborto en el Perú no es conocida con precisión, por la naturaleza clandestina que tiene y la poca confiabilidad de los registros; pero, de acuerdo a estimaciones, siguiendo metodologías probadas en su eficacia, se calcula que hoy en día tenemos una cifra superior a 350 000 abortos por año. Es más, este problema es causa de morbilidad y mortalidad en mujeres jóvenes. Entre las técnicas abortivas modernas figura el Legrado Uterino con 58%.⁶

Sin embargo según la Organización mundial de salud, Si la mujer se encuentra bien, y no presenta complicaciones como; la hemorragia prolongada o la presencia de tejido en el útero (detectado por ecografía) no debe realizarse un legrado uterino, refiere la OMS que los productos de la concepción que aún permanezcan en el útero serán expulsados durante el sangrado subsiguiente. La evacuación quirúrgica del útero puede realizarse si la mujer lo solicita o si el sangrado es intenso o prolongado o provoca anemia, o si existen pruebas de infección.⁴

La conducta es siempre activa debido, en primer lugar, a que se suele asociar a un sangrado importante y en segundo lugar, la hemorragia no cederá hasta que se extraigan los restos ovulares. La conducta terapéutica más aplicada hasta ahora es el legrado uterino evacuador, que está facilitado además por la dilatación del cérvix.

Si la ecografía muestra que hay restos del producto de la concepción en el útero y la edad gestacional es menor de 12 semanas lo mejor es realizar la aspiración manual endouterina. La dilatación y legrado solo debe ser realizada cuando fue diagnosticada una gestación mayor a 12 semanas y sólo si la aspiración por vacuo no está disponible (AMEU).⁷

Es conveniente realizar un control ginecológico en 3-4 semanas para descartar la persistencia de restos ovulares o procesos infecciosos, que cursarían con un sangrado persistente y fiebre, respectivamente. Para evitar complicaciones infecciosas después del aborto, se recomienda abstinencia sexual y evitar baños y tampones hasta la visita de control.

Las consecuencias del aborto inducido en las mujeres científicamente

demostradas son las siguientes: el índice de muerte materna vinculado al aborto es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto, perforación asociada al legrado uterino hasta un 1,2% de los casos, trombosis de la vena ovárica con presentación atípica 0.8 -1.8%, el riesgo de placenta previa en el siguiente embarazo y parto prematuro, con posible aborto espontáneo es en promedio de 3 mujeres de cada 4 con historia de aborto OR=2,9, enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia, si previamente tuvieron esta enfermedad, infecciones genitourinarias en 9.5%, entre otras.⁸

En el hospital de apoyo “Jesús de Nazareno” de Ayacucho se reporta que hubo 162 casos de legrado uterino por causas obstétricas durante el año 2015, principalmente por aborto incompleto.

Por todo lo antes mencionado nos formulamos la siguiente interrogante de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son las indicaciones y factores asociados al legrado uterino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de apoyo “Jesús Nazareno” durante los meses de mayo - julio del 2016?

1.3. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer las indicaciones y factores asociados al legrado uterino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de apoyo “Jesús Nazareno” durante los meses de mayo a julio del 2016.

ESPECÍFICOS

- Establecer la incidencia del legrado uterino en gestantes con complicaciones atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital de apoyo “Jesús Nazareno”.
- Determinar las indicaciones del legrado uterino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del hospital de apoyo “Jesús Nazareno”.
- Relacionar las indicaciones para la realización del legrado uterino con los factores como; edad, paridad, antecedentes de aborto, embarazo deseado, nivel de instrucción, religión y condición económica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

Chérrez, F y Rivera I¹² (Ecuador 2012) tesis “Principales causas de Legrado Uterino en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – Diciembre 2011”. Realizo un estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo, donde incluyó a todas las mujeres en quienes se indicó la necesidad de realizar un legrado uterino, cuyas variables indicadas fueron: Edad, diagnóstico, objetivo del legrado y tipo de legrado. Las principales causas por la que se realizó el legrado uterino fue el aborto diferido 26,2%(44 casos), aborto incompleto 24,4%(41 casos), restos placentarios 14,3%(24 casos), aborto en curso 9,5%(16 casos), hiperplasia endometrial 6%(10 casos) y los pólipos endometriales 4,8%(8); dichas indicaciones representan el 85,2% (143 casos) de la población estudiada. Se concluye que la principal indicación para el legrado uterino fue el aborto y sus diferentes presentaciones clínicas,

representando el 30,1% de los casos; y la segunda indicación más frecuente fue el legrado por restos placentarios.

Pluas C, María B²¹ (Ecuador; 2013) en su tesis “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013”. El objetivo de la investigación es identificar la incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital Miguel Hilario Alcivar dentro del periodo de “septiembre del 2012 a febrero 2013”. El diseño metodológico en éste estudio es investigativo, prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal. Esta investigación es una experiencia que se obtuvo a través de la observación directa. Se concluye de un total de 44 pacientes presento aborto incompleto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; de Unión libre con 59.1%, proceden de áreas rurales 38.6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primaria completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto de muestran que el mayor porcentaje fue de 13-16 SG con 38.6%, los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto el 50% para inducido y el otro 50% para el espontaneo. Según el cumplimiento protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido; el 77.28%, si aplico las normas correctamente, mientras que el 22.72%, no lo hizo.

Ballinas H, Janett²³ (México, 2014) tesis “Legrado uterino instrumental

versus AMEU en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, 2014". **Introducción:** 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%. Predomina las pacientes que iniciaron su vida sexual después de los 17 años de edad, el número de parejas sexuales predominó 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.

Aldave P, Pedro G²⁴ (Trujillo, 2007) Tesis Doctoral “Atención con calidad del aborto incompleto no complicado. Legrado uterino instrumentado comparado con AMEU. Hospital Belén de Trujillo, 2006-2007”. Para determinar si la aspiración manual endouterina (AMEU) es una técnica de mayor calidad que el legrado uterino instrumentado (LUI) en el manejo del aborto incompleto no complicado, precisando diferencias clínicas e indicadores de calidad y costos entre ambas técnicas se hizo un estudio prospectivo involucrando 252 pacientes con aborto incompleto no complicado atendidos en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo incluidos al azar en el grupo de AMEU y LUI respectivamente. Se registró la existencia de complicaciones, se ofreció a todas consejerías y anticoncepción. Al alta se citó a la paciente a los 10 días y si no regresó se hizo visita domiciliaria. En ambos procedimientos predominó el uso de analgesia más sedación. La intensidad del dolor fue mayor en el grupo de AMEU. El sangrado fue mayor en el grupo de LUI. Las complicaciones fueron mayores en el grupo de LUI sin embargo no fueron estadísticamente significativas. La estancia hospitalaria promedio fue mayor en los pacientes de LUI. El costo promedio fue S/. 167.67 para LUI y 114.60 para AMEU. El 100% recibió consejería y de ellos el 82%

escogieron algún método anticonceptivo siendo la de mayor demanda la medroxiprogesterona (42.4%), DIU (25.7%) y la píldora (18.6%). Conclusiones: La Técnica de AMEU es de mayor calidad que el LUI. El periodo postaborto es un buen momento para la administración de métodos anticonceptivos.

Acho S⁶, (Lima, Perú 2005) En su estudio “Aborto en Adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2005”, estudio descriptivo, retrospectivo. Tipo, serie de casos, mediante la revisión de los registros de hospitalización de emergencia, las historias clínicas de las pacientes seleccionadas y los registros de la hoja CLAP del sistema informativo perinatal de la unidad de computo del departamento de Gineco Obstetricia, en una muestra de 243 mujeres, quienes cumplieron los criterios de selección. Entre sus resultados refiere que: La tasa de abortos en general fue de 130.5 por 1000 nacidos vivos y en adolescentes 20 por 1000 nacidos vivos. La incidencia del legrado uterino es de 14.7%. Con resultados de 97.2% de legrados uterinos, tanto en pacientes complicadas como no complicadas.

Gutiérrez – Martínez¹³ (Ayacucho, Perú 2003) En su trabajo de tesis titulado “Factores que conllevan al legrado uterino en puérperas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Junio Agosto 2003” con el objetivo de conocer los factores que conllevan a realizar el legrado uterino en puérperas del servicio de Gineco Obstetricia, se realizó un estudio aplicado correlacional prospectivo y transversal. La muestra fue de 70 puérperas a quienes se le realizo el legrado uterino,

encontrándose los siguientes resultados: 78.6% estaban relacionados a la retención de membranas ovulares, 12.8% por retención de restos placentarios y 8.6% por retención de coágulos, 72.9% no refieren antecedentes de abortos, 25.7% refiere un antecedente de aborto y el 1.4% 2 antecedentes de aborto. Concluyen que: La causa principal para el legrado uterino fue la retención de membranas ovulares, y no existe relación entre los antecedentes de abortos y legrado uterino, por otro lado, la edad de las puérperas estuvo asociada al legrado uterino, encontrándose mayor porcentaje en puérperas menores de 20 años.

Méjico – Zúñiga¹¹ (Ayacucho, Perú 2009) En la tesis titulada “Incidencia y causas obstétricas de legrado uterino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el año 2009”, estudio que tuvo como objetivo incidencia y causas obstétricas de legrado uterino en una muestra de 142 pacientes a quienes se le realizó el legrado uterino por diferentes causas obstétricas, en un estudio descriptivo, prospectivo transversal. Entre sus resultados refieren que el 100%(142) pacientes sometidas a legrado uterino son por causas obstétricas, el 38%(54) tenían edades comprendidas entre 16 y 24 años, de las cuales, el 21.8%(31) fueron sometidas a legrado uterino por aborto, y 16.2%(23) fueron por retención de restos placentarios.¹⁰

2.2 BASES TEÓRICAS

Ubicación Geográfica:

El distrito de Jesús de Nazareno, está ubicado al noreste sur de la ciudad de Ayacucho.

País	: Perú
Región	: Ayacucho
Provincia	: Huamanga.
Distrito	: Jesús Nazareno.
Capital	: Jesús Nazareno.
Latitud Sur	: 12°10' a 15° 33'
Longitud Oeste	: 72°51' a 75° 08'

○ Límites :

Por el Noreste: Con el distrito de Pacaycasa: El límite se inicia en la confluencia del río Huamanhura en el río Pongora, luego continúa en dirección Sureste aguas arriba por el río Ocopa, llegando a un punto tripartito del río Pongora y la quebrada Checclachaca.

Con el distrito de quinua: Del último punto tripartito Checclachaca y río Pongora prosigue en forma sinuosa con dirección Sureste a la margen derecha del río Pongora aguas arriba, llegando hasta la unión entre los ríos Yucaes y Chacco.

Con el distrito de tambillo: Continúa de la unión de los ríos Yucaes y Chacco con dirección NorEste por el cauce aguas arriba del río Chacco; llegando hasta la unión de los ríos Alameda y Huatatas.

Por el Sur-este: Con el distrito de Ayacucho: Del último punto de la unión de los ríos Alameda y Huatatas sigue la sinuosidad aguas arriba del río Alameda hasta la intersección con la quebrada Tarahuaycco, a partir de la cual cambia de dirección hacia el Sureste prosiguiendo por la quebrada antes mencionada y luego intercepta al Jr. Bellavista, prosigue por la Av. Salvador Cavero hasta la intersección con el Jr. José Carlos Mariátegui.

Por el Sur y oeste: Con el distrito de Ayacucho: Prosigue la última intersección hacia el Sureste por el Jr. José Carlos Mariátegui, continuando en dirección Noroeste hasta interceptar con el Jirón Abraham Valdelomar, continuando en dirección Noreste hasta las intersecciones del Jr. González Prada, la Avenida Venezuela, y el Jr. Caracas y prosiguiendo por la Av. Los Incas, continuando hasta interceptar con la Av. Universitaria.

Superficie territorial: Está ubicado a una altitud de 2 780 msnm. Se encuentra en la región quechua.

La superficie total del distrito es de 17.71 Km² según la Carta Nacional y el Levantamiento Catastral 2004 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística INEI. El perímetro es de 27,235.00 m.

Área Urbana	: 98.5 has
Área de Expansión Urbana	: 28.5 has
Área Rural	: 1, 644.1 has
Área Total	: 1, 771.3 has = 17.71 Km ²

Características geográficas:

El espacio geográfico en el que se ubican los centros poblados urbanos rurales, del distrito de Jesús Nazareno, presentan una configuración geográfica accidentada con presencia de valles, cuya altitud varía desde los 2,400 a 2,750 m.s.n.m.

El relieve topográfico presenta una composición morfológica de tierras de protección y forestal (mayor extensión) cuya textura es entre arcillosa y arenosa, lo que facilita el drenaje y la erosión hídrica en perjuicio de la conservación del suelo.¹⁴



2.2.1. LEGRADO UTERINO

Es un procedimiento quirúrgico que incluye la dilatación del cuello uterino por medios mecánicos o agentes farmacológicos que consiste en la evacuación del útero o raspado de la mucosa (endometrio), con el uso de curetas o legras de bordes afilados para raspar las paredes del útero, que se realiza con fines terapéuticos en casos de un aborto incompleto, retención de restos placentarios post parto y con fines de diagnóstico.¹⁵

2.2.2 TIPOS DE LEGRADO

2.2.2.1. Ginecológico:

Se realiza como parte de estudio o tratamiento en una mujer con problemas ginecológicos con sangrados abundantes frecuentes.

2.2.2.2. Obstétrico:

Es un proceso de evacuación de los tejidos residuales de la matriz en caso de aborto o post parto, cuando quedan restos de placenta y también para el tratamiento de la endometritis puerperal.¹⁵

2.2.3. INDICACIONES DE LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO

El legrado uterino está indicado en los siguientes casos:

- Tratamiento del aborto.
- Alumbramiento incompleto.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Endometritis puerperal.
- Embarazo anembrionario o no evolutivo.

2.2.4. REQUISITOS PARA UN LEGRADO UTERINO

- Consentimiento informado.
- Análisis de laboratorio: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV.
- Ecografía pélvica si es necesaria y posible.
- Vía segura con catéter N° 18.
- Profesional capacitado.

2.2.5. PROCEDIMIENTO DEL LEGRADO UTERINO

- Lavado de manos.
- Usar guantes estériles.
- Vía segura con CINA 9%.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción.
- Administración de anestesia.
- Aplicar solución antiséptica yodada a la región perineal, vagina y cuello uterino.
- Realizar examen pélvico bimanual para evaluar el tamaño y posición del útero.
- Colocación de valvas.
- Verificar presencia de desgarros o productos de la concepción que estén protruyendo.
- Si hay productos de la concepción en vagina o el cuello uterino, extraerlos utilizando una pinza de Forester.

- Pinzamiento del labio anterior del cuello uterino.
- Histerometría.
- Dilatación cervical si fuera necesario, comenzando con el dilatador más pequeño y terminando con el más grande.
- Evacuar el contenido uterino con una pinza Foerster o una cureta grande.
- Legrar con delicadeza las paredes del útero hasta percibir una sensación de aspereza recorriendo la cavidad uterina en forma horaria del fondo hacia el cérvix.
- Revisar hemostasia.
- Usar oxitócicos a criterio clínico.
- Examinar el material evacuado y enviar muestra a Anatomía- Patológica.¹⁵

2.2.6. INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO

2.2.6.1. ABORTO

a. DEFINICIÓN

Es la interrupción del embarazo natural o provocada con o sin expulsión total o parcial del producto de la concepción, antes de las 22 semanas de gestación con un peso < de 500 gramos.

El 70% de los abortos espontáneos se deben a malformaciones congénitas. Se considera que el 30% de embarazos no deseados terminan en abortos inducidos.¹⁵

b. CLASIFICACIÓN

b.1. SEGÚN FORMA DE INICIO

b.1.1. ABORTO ESPONTANEO:

Son aquellos que se producen sin alguna intervención que interfiera artificialmente la evolución de la gestación antes de las 22 semanas de embarazo. Su frecuencia se estima en el 35-47% de los embarazos. ¹⁶

b.1.2. ABORTO PROVOCADO:

Son aquellos en los que se induce premeditadamente el término del embarazo. ¹⁶

b.2. SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACIÓN

Muy precoz.- (Entre la segunda y sexta semana) 50% del total de abortos.

Precoz.- Antes de las 12 semanas.

Tardío.- A las 12 semanas o más. ¹⁵

b.3. SEGÚN SU TERMINACIÓN

b.3.1 ABORTO INCOMPLETO

- DEFINICIÓN

Es la eliminación parcial del contenido uterino, si el sangrado es persistente pone en peligro la vida de la mujer.

- CLÍNICA

Al examen ginecológico se detecta un cuello uterino dilatado y un útero

algo aumentado de tamaño (menor al esperable para la edad gestacional) sin retraerse totalmente. Puede encontrarse material ovular en canal vaginal.

Hay que recordar que en un embarazo menor de 10 semanas el cuello uterino se cierra alrededor de las 72 horas después del aborto.¹⁷

b.3.2. ABORTO RETENIDO

- DEFINICIÓN

Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido por diversas razones y no es expulsado al exterior.

- DIAGNOSTICO

Su diagnóstico es ecográfico, los parámetros son los siguientes:

No visualización de embrión en una gestante con un diámetro y medio de saco gestacional de 25 mm, utilizando la ecografía abdominal; o de 18mm. Si utilizamos ecografía tras vaginal.

No identificación de latidos cardiacos fetal en un embrión con longitud corono nalga mayor de 6mm.

Si la muerte es de más de 24 horas, se comienza a observar alteraciones estructurales del embrión y del saco gestacional.

El diagnostico se sospecha ante la regresión de signos y síntomas del embarazo (silencio hormonal) la falta de progresión de altura uterina y desaparición de latidos cardio fetales.¹⁸

b.3.3. ABORTO SÉPTICO

- DEFINICIÓN

Es la complicación infecciosa más grave del aborto, con frecuencia está asociada a la manipulación de la cavidad uterina por uso de técnicas inadecuadas e inseguras.

Estas infecciones son poli microbianas y provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas y deben ser tratadas independientemente de la vitalidad del feto.

- CLÍNICA

Las manifestaciones más frecuentes son sangrado genital con (o sin) olor fétido, fiebre de 38 grados a mas acompañado de dolores abdominales o más o eliminación de material purulento por orificios cervical interno.

Al realizar un tacto vaginal a la paciente, esta puede referir dolor importante, debiendo pensarse siempre en la posibilidad de una perforación uterina, compromiso peritoneal o lesión de otro órgano.¹⁹

2.2.6.2. EMBARAZO MOLAR O MOLA HIDATIFORME

a. DEFINICIÓN

Es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta u el resto del complejo ovular con transformación en vesículas en forma de granos de uva, rellenas de líquido claro a vasculares, con proliferación concomitante del citotrofoblasto y

trofoblastosincitial. ¹⁸

b. ETIOLOGÍA

La causa de este trastorno no se ha comprendido completamente, pero existen algunas causas potenciales como anomalías en el ovulo, problemas dentro del útero o deficiencias nutricionales. Las mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años tienen un riesgo mayor. Entre otros factores de riesgo se puede mencionar las dietas bajas en proteínas, ácido fólico, caroteno.

c. DIAGNOSTICO

Se sospecha en el primer trimestre de la gestación aparecen:

- Ausencia de latidos fetales.
- Hemorragia de la primera mitad del embarazo.
- Altura menos de la edad gestacional.
- Náuseas y vómitos.
- Expulsión de vesículas.
- Toxemia.

La ecografía demuestra la ausencia de embrión y asegura la presencia de vellosidades coriales vesiculares.

Determinación de gonadotrofinas HCG urinaria cifras superiores de 300 000 UL /24 horas a partir de las 12 semanas son compatibles con mola

con cifras superiores a 500 000 UL se puede afirmar el diagnóstico.

La mola hidatiforme completa se hace evidente a las 6 a 8 semanas siendo más frecuente el diagnóstico a las 16 semanas.

La mola parcial se diagnostica más tardíamente .¹⁸

2.2.6.3. RETENCIÓN DE LA PLACENTA

a. DEFINICIÓN

Es cuando la placenta se encuentra adherida más de 30 minutos en un alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.

Esta patología se asocia a cicatrices uterinas previas, antecedentes de legrado uterinos múltiples, antecedentes de abortos, mala conducción del trabajo de parto, mal manejo del alumbramiento generalmente por tracciones intempestivas o falta de contracciones uterinas.

Las adherencias patológicas de las placentas adherentes tienen una característica básica común: ausencia de decidua basal. Por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio.¹⁵

b. GRADOS DE PENETRACIÓN

Acreta: Cuando llega al miometrio.

Increta: Cuando invade al miometrio.

Percreta: Cuando incluso llega al peritoneo visceral y a las estructuras

vecinas.

De todas ellas la más frecuente es la acreta y últimamente se ha observado un aumento en la incidencia de las adherencias placentarias debido a diversos motivos: Incremento de la cesárea, incremento de la cirugía uterina previa así mismo se incrementa la placenta previa. El binomio placenta previa – acretismo se da en el 40-50% de los casos, aumentando en la cesárea iterativa.

2.2.6.4. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

a. DEFINICIÓN

La retención de tejidos placentarios y de membrana después de la placenta es la causa de 5-10% de las hemorragias post parto.

Se manifiesta por una hemorragia, no muy abundante pero persistente que procede de cavidad uterina con útero contraído o no, pero que no responde a la administración de oxitócicos.

Las lesiones del endometrio ocasionadas por abortos anteriores, legrados uterinos múltiples y focos de endometrio originan la implantación irregular de la placenta y facilitan la retención de las membranas y partes de los cotiledones. En el caso de las membranas retenidas generalmente son expulsadas en forma espontaneo originando solo pequeñas pérdidas sanguíneas, en el caso de retención de fragmentos de cotiledones o parte de la placenta, se produce graves hemorragias en la zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando

en forma continua.

El examen de la placenta está incompleto de uno o más cotiledones o partes de membranas ovulares, no hay una buena formación del globo de seguridad de Pinard, el útero no se contrae rápidamente.¹⁷

Esto también se debe a una mala conducción del alumbramiento por parte del personal de salud.

2.2.6.5. ENDOMETRITIS PUERPERAL

a. DEFINICIÓN

Es la inflamación o irritación del revestimiento del útero (endometrio) y la más frecuente localización de la infección puerperal, pueden asentar en las zonas de inserción de la placenta o bien extenderse en toda la cavidad, pero las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área placentaria. La incidencia de endometritis es de 5 al 15% de todos los partos.¹⁵

2.2.7. FACTORES ASOCIADOS AL LEGRADO UTERINO

2.2.7.1. Edad materna.- El riesgo de ser sometida a un legrado uterino se incrementa directamente con la edad, debido a que las gestantes adultas constituyen un factor de riesgo por el probable aumento del mal estado nutricional, la multiparidad y los hábitos higiénicos inadecuados. Asimismo, en el caso de las gestantes jóvenes se relaciona con el inicio de la actividad sexual, la promiscuidad, el no uso de métodos anticonceptivos.

Asimismo, la interrelación de las adolescentes con sus padres está fuertemente influenciada por el entorno donde se desarrollan, el comportamiento bajo ciertos parámetros de estereotipos de otras sociedades son copiadas, induciéndolas a la coitarquia precoz, al consumo de drogas y alcohol, a la rebeldía, al pandillaje, etc. Los cuales predisponen a un embarazo que culmina en legrado uterino.

2.2.7.2. Paridad.- Los antecedentes obstétricos tal vez son el mejor factor de riesgo del legrado uterino, por ello, tal predicción es mayor en multíparas que en nulíparas porque ya tienen hijos que satisfacen sus metas reproductivas.

2.2.7.3. Antecedente de aborto.- La existencia de antecedentes de aborto espontáneo en gestaciones anteriores implica un mayor riesgo de que se repita en embarazos posteriores los cuales culminan en legrado uterino. Se estima en un 20% después de un aborto, un 28% después de dos y un 43% después de tres.

2.2.7.3. Embarazo deseado.- Prima el criterio personal de la gestante en la toma de la decisión de abortar, así como que este se basa fundamentalmente en la aspiración a un mejor proyecto de vida y por tanto a la necesidad de continuar con el logro de sus metas reproductivas. Otra razón importante son las limitaciones económicas para enfrentar la maternidad. Además de ello existen factores externos como son: No contar con el apoyo de la pareja, comprensión de los padres, abandono del trabajo y Embarazo no

planificado.

2.2.7.4. Nivel de Instrucción.- Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una gestante, se asocia con un mayor riesgo de legrado uterino, donde la mayor tasa se presentan en gestantes analfabetas o con estudios primarios que a diferencia de las mujeres con grado de instrucción secundaria o superior, ya que estos últimos pueden tomar conciencia del embarazo y poder controlar su embarazo de forma adecuada. Los resultados de algunas investigaciones muestran que la mayoría de las abortadoras son estudiantes o tienen aspiraciones de continuar sus estudios, señalando esta causa como motivo del aborto; estas personas desean retrasar el deseo de tener un hijo, el displacer que produce un hijo cuando no ha sido planeado y obstaculiza el desarrollo de metas personales, aquellas situaciones que vive la mujer, como el hecho de ser muy joven, no desear ser madre en esos momentos, no encontrarse preparada para ser madre, o simplemente el hecho de estar estudiando.

2.2.7.5. Religión.- La religión tiene influencia sobre la gestante al momento de decidir sobre la interrupción de un embarazo, el cual es considerado como un crimen o asesinato; sin embargo en casos de aborto espontaneo el cual culmina en legrado uterino se acepta que la religión pasa a un segundo plano, toda vez que la salud de la mujer está en prioridad.

2.2.7.6. Condición económica.- La economía siempre es un motivo importante para tomar cualquier decisión, los ingresos bajos por parte de la mujer son un factor determinante para que esta aborte, que las mujeres estén atravesando algún problema económico, como el caso de no tener trabajo en esos momentos, o simplemente no contar con un trabajo estable, (Inestabilidad laboral).

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERATIVOS

- **LEGRADO UTERINO.-** Es el raspado que se realiza a nivel de la cavidad uterina (endometrio) para extraer sus contenido ya sea restos ovulares, formaciones anómalas o patológicas o para tomar muestras para su estudio.
- **INDICACIONES.-** Son las causas o motivos por la cual se realiza el legrado uterino.
- **FACTOR ASOCIADO.-** Es estímulo interno o externo que puede aumentar las probabilidades de una persona de desarrollar o desencadenar una enfermedad.
- **ANTECEDENTES DE ABORTOS.-** Se refiere aquellos abortos anteriormente ocurridos ya sea en forma espontánea o provocada.
- **ABORTO.-** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y un peso del producto menor de 500 gramos este puede ser espontaneo o provocado.
- **ALUMBRAMIENTO.-** Es el periodo de expulsión de la placenta y

sus anexos ovulares y dura de 15 a 30 minutos.

- **ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO.-** Es la expulsión parcial o incompleta de la placenta y sus anexos ovulares de la cavidad uterina.
- **CAUSAS OBSTÉTRICAS.-** Son circunstancias y/o patologías que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio que condicionan al legrado uterino.
- **EMBARAZO MOLAR.-** Tumor que se forma en el interior del útero al comienzo del embarazo que resulta de la sobre producción de tejido que forma la placenta y no existe un feto en absoluto.
- **EMBARAZO ANEMBRIONARIO.-** Es cuando el embrión no se forma o no se desarrolla, el óvulo ha sido fecundado y se fija en el útero sólo la placenta y membranas ovulares.
- **EDAD.-** Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona que se expresa en años cumplidos.
- **ENDOMETRITIS PUERPERAL.-** Es la invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina después del parto por causa de retención de restos placentarios que se manifiestan con una fiebre mayor a 38 grados centígrados pasada las 48 horas post parto.
- **HEMORRAGIA POST PARTO.-** Es la pérdida sanguínea de aproximadamente de 500 cc o más durante el periodo de alumbramiento o en el post parto inmediato.
- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN.-** Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las

características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario y universitario.

- **PARIDAD.-** Es el número de partos de las pacientes ya sea por vía vaginal o cesárea.
- **PUERPERIO.-** Es la etapa post parto de unas 6 semanas donde el aparato genital de la mujer recupera todas sus características normales.
- **PUÉRPERA.-** Es toda mujer que acaba de dar a luz cuyo útero vuelve a sus dimensiones normales anteriores al embarazo.
- **RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS.-** Es la retención de uno o varios cotiledones en la cavidad uterina.
- **CONDICIÓN ECONÓMICA.** Está referida al grado de satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación y salud. Sus indicadores son: alta media y baja.
- **EMBARAZO DESEADO.-** Proceso de gestación aceptado por la pareja, que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer desde el momento de la concepción a lo largo de los periodos embrionario y fetal hasta el nacimiento.
- **RELIGIÓN.-** Aceptar y seguir una determinada religión, doctrina o creencia.

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

El aborto, embarazo anembrionario, mola hidatiforme, endometritis puerperal, y retención de restos placentarios son las principales indicaciones del legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital de apoyo “Jesús Nazareno”, los cuales están asociados con los factores como: la edad, paridad, antecedentes de aborto, embarazo deseado, nivel de instrucción, religión y condición económica.

3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores Asociados al Legrado uterino:

- Edad.
- Paridad.
- Antecedentes de aborto.
- Embarazo deseado.
- Nivel de instrucción.
- Religión.
- Condición Económica.

Indicaciones del Legrado uterino:

- Aborto.
- Embarazo anembrionario.
- Mola hidatiforme.
- Endometritis puerperal.
- Retención de restos placentarios.

3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Legrado uterino.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE				
Factores Asociados				
Edad materna	Edad cronológica que tiene la gestante desde su nacimiento	Adolescente Adulta Añosa	<ul style="list-style-type: none"> • < 19 años • 20-35 años • >36 años 	
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de gestación	Nulípara Primípara Multípara	<ul style="list-style-type: none"> • 0 hijos • 1 hijo • 2 a mas hijos 	Ficha de recolección de datos
Antecedente de aborto	Aquellos abortos anteriormente ocurridos ya sean en forma espontánea o provocada.	Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Embarazo Deseado	Es aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa del progenitor o progenitores	Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Nivel de Instrucción	Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona	Categorico	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	
Religión	Aceptar y seguir una determinada religión, doctrina o creencia.	Nominal	Católica Evangélica Otros Ninguno	
Condición Económica	Nivel de ingreso familiar En soles	<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Media • Alta 	< 800 soles 800 - 1600 soles >1600 soles	
Indicaciones del Legrado uterino	Son circunstancias y/o patologías que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio que condicionan al legrado uterino.	- Aborto -embarazo anembrionario - mola hidatiforme -endometritis puerperal - retención de restos placentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Sí No • Si No • Si No • Si No • Si No 	Ficha de recolección de datos
DEPENDIENTE				
Legrado Uterino Instrumental	Es el raspado que se realiza a nivel de la cavidad uterina (endometrio) para extraer sus contenido ya sea restos ovulares, formaciones anómalas o patológicas o para tomar muestras para su estudio.	Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> - Si - NO 	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental.

4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicada, Descriptivo y Relacional.

4.3. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo.

4.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo, transversal.

4.5. POBLACION Y MUESTRA

4.5.1 POBLACIÓN

Constituido por todas las gestantes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho durante los meses de mayo a julio del 2016.

4.5.2 MUESTRA

Conformada por 83 pacientes que se sometieron a legrado uterino en el Hospital de apoyo “Jesús Nazareno” de Ayacucho durante los meses de mayo a julio del 2016.

Criterios de Inclusión

- Gestantes con indicación de legrado uterino.
- Gestantes que deseen participar en la presente investigación.

Criterios de Exclusión

- Gestantes sin legrado uterino.
- Gestantes con AMEU.
- Gestantes que no deseen participar en la presente investigación.

4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

4.6.1.- Técnica

- Entrevista.
- Revisión de Historias Clínicas.

4.6.2. Instrumentos

- Ficha de recolección de datos.
- Historias clínicas.

4.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó permiso a la Dirección del Hospital de Apoyo “Jesús

Nazareno” de Ayacucho la autorización correspondiente para la recolección de los datos.

- Se procedió a identificar a las usuarias de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, para posteriormente aplicarles los instrumentos respectivos.
- Asimismo se revisaron las historias clínicas de cada una de ellas registrando los resultados en la ficha de recolección de datos.

4.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez culminada con el proceso de recojo de información, se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, luego se procesó con el software estadístico SPSS-IBM versión 22.0 (Statistical Package for Social Science) con los cuales se construyeron las respectivas tablas de contingencia.

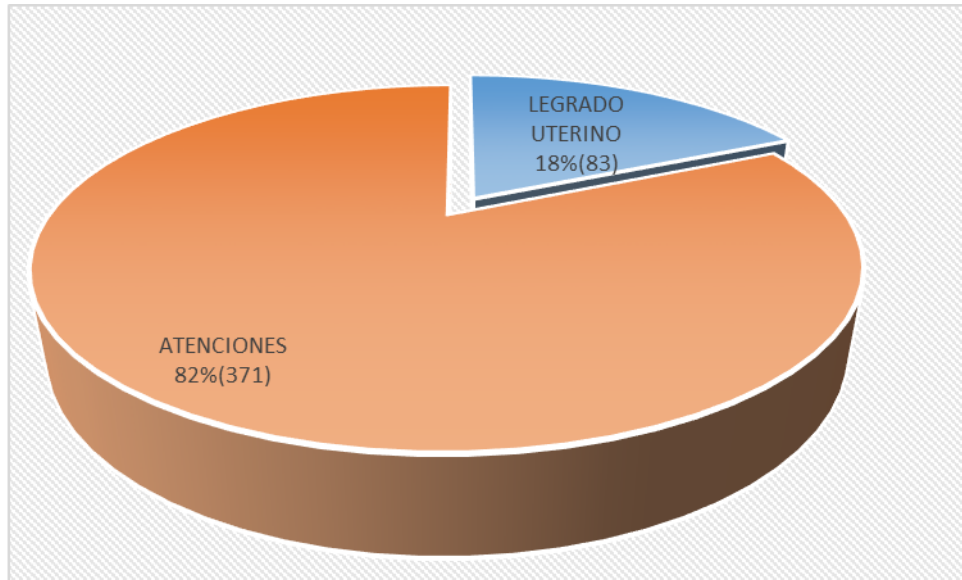
4.9. ANALISIS ESTADISTICO

A cada tabla se les aplicó la prueba estadística de Chi (χ^2) con un valor de $P < 0.05$ con la finalidad de establecer la dependencia o no de las principales variables de estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSION

Grafico 01: Incidencia de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Mayo - julio 2016.



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

El grafico 01 muestra la incidencia de legrado uterino en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” durante los meses de mayo a julio del 2016, donde se observa que en este periodo fueron atendidas 454 pacientes en el servicio de Gineco-Obstetricia, de los cuales culminaron en legrado uterino el 18%(83) gestantes y el 82%(371) no requirieron legrado uterino.

Del análisis de la figura se concluye que la incidencia de legrado uterino en el Hospital de Apoyo “Jesús Nazareno” durante los meses de mayo a julio del 2016 es de 18%(83).

El legrado uterino es un procedimiento que se realiza con bastante frecuencia a las mujeres tras sufrir un aborto con la finalidad de extraer los tejidos placentarios que permanecen en el útero. Sin embargo según la Organización mundial de salud ‘Si la mujer se encuentra bien, y no

presenta complicaciones como la hemorragia prolongada o la presencia de tejido en el útero (detectado por ecografía) no debe realizarse un legrado uterino, refiere la OMS que los productos de la concepción que aún permanezcan en el útero serán expulsados durante el sangrado subsiguiente. La evacuación quirúrgica del útero puede realizarse si la mujer lo solicita o si el sangrado es intenso o prolongado o provoca anemia, o si existen pruebas de infección.

Al respecto **Méjico – Zúñiga¹¹ (Ayacucho, Perú 2009)** En la tesis titulada “Incidencia y causas obstétricas de legrado uterino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el año 2009”, encontraron que del 100% (500) pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, al 28.4% (142) se les realizó legrado uterino mientras el 71.6 % (358) fueron atenciones que no requirieron legrado uterino; por lo cual señalan que la incidencia del legrado uterino fue del 28.4 % del total de pacientes atendidas.

TABLA 1
INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO.
MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones	N°	%
Aborto Incompleto	40	48,2
Aborto retenido	15	18,1
Embarazo Anembrionario	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	03	3,6
Total	83	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 16,825^{**} \quad \chi_t^2 = 9,488 \quad \text{g.l.} = 4 \quad p < 0,05$$

En la tabla 1 se presenta los motivos por la cual fueron sometidas a legrado uterino las gestantes en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, donde se observa que del 100%(83) gestantes con legrado uterino, el 48,2%(40) fueron por aborto incompleto, seguido del 18,1%(15) se realizó por aborto retenido, luego el 16,9%(14) fue por embarazo anembrionario no evolutivo, asimismo el 13,3%(11) fue por retención de restos placentarios más endometritis y finalmente sólo el 3,6%(03) fueron por endometriosis más embarazo molar.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 48,2% (40) tuvieron legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Estos resultados al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($p < 0.05$) lo cual nos indica que las indicaciones del legrado uterino no tiene una distribución homogénea con predominio en el aborto incompleto.

El aborto incompleto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes. Es la segunda causa más común de hospitalización postparto en la mayoría de los hospitales de los países en vías de desarrollo. Cuando una mujer ingresa al hospital, es difícil determinar si el proceso de aborto ha sido espontáneo o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras. Se calcula que alrededor del 90% de los abortos inseguros que se realizan en todo el mundo se lleva a cabo en países en vías de desarrollo como el Perú. Puede decirse que una proporción significativa de estas pacientes se somete a la inducción fuera del sistema de salud y, posteriormente, acuden a los hospitales para completar la evacuación uterina, por lo que existe en nuestra casuística un predominio del 48,2% que se sometieron al legrado uterino por presentar aborto incompleto.

Nuestros resultados son similares a lo encontrado por **Chérrez, F y Rivera I** ¹², (**Ecuador 2012**) en su tesis “Principales causas de Legrado Uterino en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – Diciembre 2011”. Realizo un estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo, donde incluyó a todas las mujeres en quienes se indicó la necesidad de realizar un legrado uterino, quienes refieren que las principales causas por la que se realizó el legrado uterino fue el aborto diferido 26,2%(44 casos), aborto incompleto 24,4%(41 casos), restos placentarios 14,3%(24

casos), aborto en curso 9,5%(16 casos), hiperplasia endometrial 6%(10 casos) y los pólipos endometriales 4,8%(8); dichas indicaciones representan el 85,2% (143 casos) de la población estudiada. Se concluye que la principal indicación para el legrado uterino fue el aborto y sus diferentes presentaciones clínicas, representando el 30,1% de los casos; y la segunda indicación más frecuente fue el legrado por restos placentarios.

TABLA 2
INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN A LA EDAD
DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO
JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Edad						Total	
	≤19 años		20-35 años		≥36 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aborto Incompleto	08	9,6	29	34,9	03	3,6	40	48,2
Aborto retenido	04	4,8	06	7,2	05	6,0	15	18,1
Embarazo Anembrionario	02	2,4	10	12,0	02	2,4	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	01	1,2	05	6,0	05	6,0	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	00	00	02	2,4	01	1,2	03	3,6
Total	15	18,1	52	62,7	16	19,3	83	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 13,200 \quad \chi_t^2 = 15.507 \quad \text{g.l.} = 8 \quad p > 0.05$$

La tabla 2 nos muestra las indicaciones del legrado uterino en relación a la edad de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 62,7%(52) tuvieron entre 20 a 35 años de edad, de las cuales 34,9%(29) fue por aborto incompleto y el 12%(10) por embarazo anembrionario. Asimismo el 19,3%(16) fueron gestantes con edad mayor o igual a 36 años, de las cuales el 6%(05) tuvieron legrado uterino por presentar aborto retenido y retención de restos placentario más endometritis en ambos casos. Finalmente el 18,1%(15) fueron adolescentes con edad menor o igual a 19 años, de ellas el 9,6%(08) fue

por aborto incompleto y el 4,8%(04) por presentar aborto retenido se realizó el legrado uterino.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 34,9% (29) fueron adultas con edades entre 20 a 35 años, que tuvieron legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Estos resultados al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($p>0.05$) lo cual nos indica que la edad de las gestantes no tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

El riesgo de ser sometida a un legrado uterino se incrementa directamente con la edad, debido a que las gestantes adultas constituyen un factor de riesgo por el probable aumento del mal estado nutricional, la multiparidad y el no uso de métodos anticonceptivos, tal como se demuestra con nuestros resultados en la cual se evidencia un predominio del legrado uterino en las gestantes adultas con edades entre 20 a 35 años; sin embargo al contrastar con el análisis estadístico de chi cuadrado nos indica que independientemente de las indicaciones del legrado uterino se pueden dar en cualquier grupo etareo.($p>0,05$).

Al respecto **Méjico – Zúñiga¹¹ (Ayacucho, Perú 2009)** En la tesis titulada “Incidencia y causas obstétricas de legrado uterino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el año 2009”, en una muestra de 142 pacientes a quiénes se les realizó el legrado uterino por diferentes causas obstétricas. Entre sus resultados refieren que el 100%(142) pacientes sometidas a legrado uterino fueron por causas

obstétricas, el 38%(54) tenían edades comprendidas entre 16 y 24 años, de las cuales, el 21.8%(31) fueron sometidas a legrado uterino por aborto, y 16.2%(23) fueron por retención de restos placentarios.

Asimismo **Chérrez, F y Rivera I** ¹², (**Ecuador 2012**) en su tesis “Principales causas de Legrado Uterino en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – Diciembre 2011”, encontraron que la frecuencia con la que se realiza el legrado uterino con respecto a la edad fue de 44,6% en el grupo etario entre 20 a 29 años de edad; 32,1% en pacientes con edades entre 30 a 39 años, 11,9% en mujeres menores de 20 años y 11,3% en mujeres mayores de 40 años.

TABLA 3
INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN A LA
PARIDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
APOYO JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Paridad						Total	
	Nulípara		Primípara		Multípara			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aborto Incompleto	20	24,1	06	7,2	14	16,9	40	48,2
Aborto retenido	04	4,8	03	3,6	08	9,6	15	18,1
Embarazo Anembrionario	05	6,0	02	2,4	07	8,4	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	01	1,2	04	4,8	06	7,2	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	01	1,2	00	00	02	2,4	03	3,6
Total	31	37,3	15	18,1	37	44,6	83	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 9,223 \quad \chi_t^2 = 15.507 \quad \text{g.l.} = 8 \quad p > 0.05$$

La tabla 3 nos muestra las indicaciones del legrado uterino en relación a la paridad de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 44,6%(37) fueron multíparas, de las cuales 16,9%(14) fue por aborto incompleto y el 9,6%(08) por aborto retenido. Asimismo el 37,3%(31) fueron nulíparas, de las cuales el 24,1%(20) tuvieron legrado uterino por presentar aborto incompleto y 6%(05) por embarazo anembrionario. Finalmente el 18,1%(15) fueron primíparas, de ellas el 7,2%(06) fue por aborto incompleto y el 4,8%(04) por presentar retención de restos placentarios más endometritis.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 24,1% (20) fueron nulíparas que tuvieron legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($p > 0.05$) lo cual nos indica que la paridad de las gestantes estudiadas no tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

La parte reproductiva de la mujer es importante y en este estudio se observó que el querer mantener el número de hijos deseado influyó en la decisión del aborto en el 44,6% de estas mujeres que tenían el factor reproductivo presente, y además se observó, que estas mujeres tenían en promedio dos hijos, de esto podríamos concluir, que estas mujeres consideraban dos hijos, el número ideal como lo mencionan. Con estos resultados en la cual se observa un predominio del legrado uterino en las multíparas podríamos deducir que estas mujeres consideran tener muchos hijos cuando tenían más de dos, esto quiere decir que el tercer embarazo culminaría en un legrado uterino.

Estos resultados se asemejan a lo descrito por **Méjico – Zúñiga¹¹ (Ayacucho, Perú 2009)** En la tesis titulada “Incidencia y causas obstétricas de legrado uterino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el año 2009”, en una muestra de 142 pacientes a quienes se le realizó el legrado uterino por diferentes causas obstétricas, encontró que el 61.3% fueron multíparas, de ellas el 36.6% (52) fueron sometidas a legrado uterino por aborto, el 21.1% (30) por

retención de restos placentarios y el 3.5% (5) por embarazo molar más endometritis.

De igual manera **Pluas C, María B (Ecuador; 2013)** en su tesis “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013” determinó que del total de 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado la distribución según los antecedentes Gineco-obstétricos de muestran que el mayor porcentaje en las gestaciones fue para 4 o más con el 38.6%; en el número de partos fue para 2-3 con 34.1%. Por lo que podemos analizar que la mayor parte de las pacientes encuestadas son multigestas y multíparas.

TABLA 4

INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Antecedente de Aborto				Total	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto Incompleto	12	14,5	28	33,7	40	48,2
Aborto retenido	01	1,2	14	16,9	15	18,1
Embarazo Anembrionario	02	2,4	12	14,5	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	06	7,2	05	6,0	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	03	3,6	00	00	03	3,6
Total	24	28,9	59	71,1	83	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 15,984^{**} \quad \chi_t^2 = 9,488 \quad \text{g.l.} = 4 \quad p < 0.05$$

La tabla 4 nos presenta las indicaciones del legrado uterino en relación al antecedente de aborto de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 71,1%(59) no tuvieron antecedente de aborto, de las cuales 33,7%(28) fue por aborto incompleto y el 16,9%(14) por aborto retenido. Por otro lado el 28,9%(24) tuvieron antecedente de aborto, de las cuales el 14,5%(12) tuvieron legrado uterino por aborto incompleto y 7,2%(06) por indicación de retención de restos placentarios más endometritis.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 33,7% (28) fueron gestantes que no tuvieron antecedente de aborto con legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($p < 0.05$) lo cual nos indica que el antecedente de aborto de las gestantes estudiadas tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

Como se observa en los resultados hallados existe dependencia entre las causas del legrado uterino con antecedentes de aborto ($P < 0.05$), vale decir que una gestante que fue sometida a un aborto previo, probablemente pueda ser sometida nuevamente a un legrado uterino, debido a ello existe mayor riesgo de complicación si una gestante tiene un factor de riesgo que condujo a un aborto incompleto o retenido, a una retención de restos placentarios o placenta, etc.

Estos resultados se asemejan a lo descrito por **Gutiérrez – Martínez¹³ (Ayacucho, Perú 2003)** En su trabajo de tesis titulado “Factores que conllevan al legrado uterino en puérperas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Junio Agosto 2003”. La muestra fue de 70 puérperas a quienes se le realizó el legrado uterino, encontrándose los siguientes resultados: 78.6% estaban relacionados a la retención de membranas ovulares, 12.8% por retención de restos placentarios y 8.6% por retención de coágulos, 72.9% no refieren antecedentes de abortos, 25.7% refiere un antecedente de aborto y el 1.4% 2 antecedentes de aborto.

De igual manera **Pluas C, María B (Ecuador; 2013)** en su tesis “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital

de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013” determinó que del total de 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado, el 59,1% respondieron que no tuvieron antecedente de aborto y el 40,9% si tuvieron antecedente de aborto.

TABLA 5

INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN AL EMBARAZO DESEADO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Embarazo Deseado				Total	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto Incompleto	03	3,6	37	44,6	40	48,2
Aborto retenido	05	6,0	10	12,0	15	18,1
Embarazo Anembrionario	08	9,6	06	7,2	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	05	6,0	06	7,2	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	02	2,4	01	1,2	03	3,6
Total	23	27,7	60	72,3	83	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 18,449^{**} \quad \chi_t^2 = 9,488 \quad \text{g.l.} = 4 \quad p < 0.05$$

La tabla 5 nos muestra las indicaciones del legrado uterino en relación al embarazo deseado de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 72,3%(60) refieren no haber deseado el embarazo actual, de las cuales 44,6%(37) culminaron en legrado uterino por aborto incompleto y el 12%(10) por aborto retenido. Por otro lado el 27,7%(23) si desearon el embarazo actual, de las cuales el 9,6%(08) tuvieron legrado uterino por embarazo anembrionario no evolutivo y 6%(05) por indicación de aborto retenido y retención de restos placentarios más endometritis en ambos casos.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 44,6% (37) fueron gestantes con embarazo no deseado y que culminaron en legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($p < 0.05$) lo cual nos indica que el embarazo deseado de las gestantes estudiadas tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

La OMS en el año 2014 resalta el aborto como problema de salud pública y cita que para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto. Tal como se demuestra en nuestra casuística se evidencia que la mayoría 72,3% fueron embarazos no deseados por lo cual concluyeron en legrado uterino con un predominio de aborto incompleto en 44,6%.

Lo cierto es, que el aborto es un fenómeno social por la existencia de variables sociales que influyen en forma determinante en todo el proceso que lleva la decisión abortar, sobre todo en la parte inicial del problema, como son los embarazos no deseados. Donde a nivel mundial se producen 210 millones de embarazos, de los cuales se estima que el 38% no son planeados y el 22% terminan en abortos. En América Latina y el caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52%

no son planeados y 21% terminan en aborto y en el Perú el 40% son embarazos deseados, el 30% no deseados y el 30% terminan en abortos. Nuestros resultados son similares a lo encontrado por **Pluas C, María B (Ecuador; 2013)** en su tesis “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013” determinó que del total de 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado la distribución según si el embarazo fue planificado de muestran que el mayor porcentaje fue para el NO con 77.3%, seguido por el SI con 22.7%. Por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes no planificaron su embarazo.

TABLA 6

INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Nivel de Instrucción						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aborto Incompleto	06	7,2	34	41,0	00	00	40	48,2
Aborto retenido	04	4,8	10	12,0	01	1,2	15	18,1
Embarazo Anembrionario	03	3,6	08	9,6	03	3,6	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	03	3,6	04	4,8	04	4,8	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	00	00	02	2,4	01	1,2	03	3,6
Total	16	19,3	58	69,9	09	10,8	83	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 19,241^{**} \quad \chi_t^2 = 15.507 \quad \text{g.l.} = 8 \quad p < 0.05$$

La tabla 6 nos presenta las indicaciones del legrado uterino en relación al nivel de instrucción de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 69,9%(58) tuvieron nivel de instrucción secundaria, de las cuales 41%(34) fue por aborto incompleto y el 12%(10) por aborto retenido. Asimismo el 19,3%(16) tuvieron nivel de instrucción primaria, de las cuales el 7,2%(06) tuvieron legrado uterino por presentar aborto incompleto y 4,8%(04) por aborto retenido. Finalmente el 10,8%(09) tuvieron nivel de instrucción superior, de ellas el 4,8%(04) fue

por presentar retención de restos placentarios más endometritis y 3,6%(03) por embarazo anembrionario.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 41% (34) fueron gestantes con nivel de instrucción secundaria que tuvieron legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($p < 0.05$) lo cual nos indica que el nivel de instrucción de las gestantes estudiadas tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

El mayor número de casos en gestantes con nivel de instrucción secundaria para el caso de abortos incompleto se justifica porque la mayoría de estas mujeres concluyeron la secundaria con conocimientos escasos en salud sexual y reproductiva, creando curiosidad por experimentar lo poco que aprendieron sin tomar las precauciones necesarias del mismo modo influenciadas por los medios de comunicación, terminando en embarazos no deseados y abortos generalmente clandestinos, con complicaciones que requieren finalmente de un procedimiento de legrado uterino como tratamiento.

Pluas C, María B (Ecuador; 2013) en su tesis “Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013” determinó del total de 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado la distribución según el nivel educativo de muestran que el mayor porcentaje fue para primaria completa con 45.5%, seguido por

secundaria completa con 20.5%; secundaria incompleta con 18.2%; primaria incompleta con 9.1%; universitario con 6.7% y ningún porcentaje para técnico y profesional. Por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes saben leer y escribir por haber cursado la primaria, y otras avanzando un nivel educativo hasta el colegio, pero no alcanza ninguna una profesión.

TABLA 7

INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN A LA RELIGION DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Religión						Total	
	Católica		Evangélica		Otros			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aborto Incompleto	34	41,0	01	1,2	05	6,0	40	48,2
Aborto retenido	13	15,7	00	00	02	2,4	15	18,1
Embarazo Anembrionario	09	10,8	03	3,6	02	2,4	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	10	12,0	00	00	01	1,2	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	02	2,4	01	1,2	00	00	03	3,6
Total	68	81,9	05	6,0	10	12,0	83	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 14,930 \quad \chi_t^2 = 15.507 \quad \text{g.l.} = 8 \quad p > 0.05$$

La tabla 7 nos muestra las indicaciones del legrado uterino en relación a la religión de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 81,9%(68) profesan la religión católica, de las cuales 41%(34) tuvieron legrado uterino por aborto incompleto y el 15,7%(13) por aborto retenido. Asimismo el 12%(10) refieren otra religión, de las cuales el 6%(05) tuvieron legrado uterino por presentar aborto incompleto y 2,4%(02) por aborto retenido y embarazo anembrionario en ambos casos. Finalmente el 6%(05) profesan la religión evangélica, de ellas el 3,6%(03) fue por presentar por embarazo anembrionario y el

1,2%(01) por indicación de aborto incompleto y endometriosis más embarazo molar en ambos casos.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 41% (34) fueron gestantes con religión católica que tuvieron legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($p>0.05$) lo cual nos indica que la religión de las gestantes estudiadas no tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

La religión tiene influencia sobre la gestante al momento de decidir sobre la interrupción de un embarazo, el cual es considerado como un crimen o asesinato; sin embargo en casos de aborto espontaneo el cual culmina en legrado uterino se acepta que la religión pasa a un segundo plano, toda vez que la salud de la mujer está en prioridad.

En nuestra casuística se halló que la religión no influye en las indicaciones del legrado uterino ($p<0,05$) lo que implica que cualquiera sea las indicaciones del legrado uterino se puede presentar en las diferentes religiones de la misma manera.

Al respecto **López Francisco y Morales Karla (Ecuador; 2015)** en su tesis "Frecuencia de aborto y legrado uterino en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2014. Cuenca, 2015" determinaron que la frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%. Con

respecto a la religión católica predomina en 90%(181), cristiano 5%(10), evangélico 4%(08) y otros 1%(02).

TABLA 8

INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO EN RELACIÓN A LA CONDICIÓN ECONÓMICA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO. MAYO - JULIO 2016.

Indicaciones de Legrado Uterino	Condición Económica				Total	
	Media		Baja			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborto Incompleto	14	16,9	26	31,3	40	48,2
Aborto retenido	05	6,0	10	12,0	15	18,1
Embarazo Anembrionario	08	9,6	06	7,2	14	16,9
Retención de restos placentarios + Endometritis	05	6,0	06	7,2	11	13,3
Endometriosis + Embarazo Molar	01	1,2	02	2,4	03	3,6
Total	33	39,8	50	60,2	83	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 2,604 \quad \chi_t^2 = 9,488 \quad \text{g.l.} = 4 \quad p > 0.05$$

La tabla 8 nos presenta las indicaciones del legrado uterino en relación a la condición económica de las gestantes, observándose que del 100%(83) pacientes con legrado uterino, el 60,2%(50) tuvieron condición económica baja, de las cuales 31,3%(26) fueron sometidas a legrado uterino por aborto incompleto y el 12%(10) por aborto retenido. Por otro lado el 39,8%(33) fueron de condición económica media, de las cuales el 16,9%(14) tuvieron legrado uterino por aborto incompleto y 9,6%(08) por indicación de embarazo anembrionario.

Del análisis de la tabla se concluye, que el 31,3% (26) fueron gestantes de baja condición económica con legrado uterino por indicación de aborto incompleto.

Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado no se encontró significancia estadística ($p > 0.05$) lo cual nos indica que la condición económica de las gestantes estudiadas no tiene asociación con las indicaciones del legrado uterino.

Las razones por las cuales las mujeres recurren al aborto no son exclusivamente personales, sino más bien circunstancias sociales, culturales o económicas, como por ejemplo: cuando el embarazo es extramatrimonial o porque son dependientes económicamente de sus padres. En las mujeres multíparas el aborto incompleto se asocia usualmente a problemas económicos porque no pueden alimentar a un hijo más debido a la falta de trabajo o porque viven en situación de pobreza y la llegada de un nuevo niño agravaría su situación.

La economía siempre es un motivo importante para tomar cualquier decisión, los ingresos bajos por parte de la mujer son un factor determinante para que esta aborte, que las mujeres estén atravesando algún problema económico, como el caso de no tener trabajo en esos momentos, o simplemente no contar con un trabajo estable, (Inestabilidad laboral).

Al respecto **Acho S^o, (Lima, Perú 2005)** En su estudio "Aborto en Adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2005. Entre sus resultados refiere que: La tasa de abortos en general fue de 130.5 por 1000 nacidos vivos y en adolescentes 20 por 1000 nacidos vivos. La incidencia del legrado uterino es de 14.7% con predominio en la

procedencia de la zona urbano marginal con una baja condición económica.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de legrado uterino en el Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno" durante los meses de mayo a julio del 2016 es de 18%(83).
2. La indicaciones de legrado uterino fue por aborto incompleto el 48,2%(40) seguido del 18,1%(15) por aborto retenido, luego el 16,9%(14) fue por embarazo anembrionario no evolutivo, asimismo el 13,3%(11) fue por retención de restos placentarios más endometritis y sólo el 3,6%(03) fueron por endometriosis más embarazo molar.
3. Los factores asociados al legrado uterino estadísticamente significativo ($p < 0,05$) fueron el antecedente de aborto, embarazo deseado y el nivel de instrucción.
4. La edad, paridad, religión y condición económica son factores no asociados al legrado uterino ($p > 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. A los directivos del Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno" en coordinación con la Red de Salud de Huamanga, debería establecer estrategias de información, educación y comunicación en los Club de madres y Organizaciones sociales de la región donde se encuentra la mayor población de mujeres en edad fértil, dar a conocer sobre las complicaciones del aborto y el legrado uterino.
2. Realizar investigaciones en este establecimiento de Salud referente a las principales complicaciones que se puedan presentar con respecto al legrado uterino instrumental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla, JA et al. Evaluación de la técnica anestésica en el Legrado Uterino. *Rev Col. Anest.* 35:215-219,2007.
2. Ministerio Nacional de Salud (MINSA). Boletín informativo dirección de atención a las personas Perú 2011.
3. Ferrando D. El Aborto Clandestino en el Perú. Lima: Pathfinder CMP Flora Tristán, 2008.
4. FIGO. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración de Consenso sobre Evacuación Uterina. 2012.
5. Alarcón Nivia, MA. El legrado uterino; indicaciones, beneficios y riesgos. *Medicas UIS. Revista de Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander.* 2007
6. Acho S. Aborto En Adolescentes En El Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2005. Lima, Perú 2005.
7. Vergara Sagbini, G. Evacuación Endouterina. E.S.E Clínica de Maternidad. Rafael Calvo. 2007
8. BrookeJ. et al. Reduciendo el uso de recursos mejorando la calidad del tratamiento del aborto incompleto con la AMEU IPAS adelantos del tratamiento incompleto. 1992
9. Sánchez D, Sánchez VG. Legrado uterino en adolescentes con aborto: Causas y consecuencias la atención primaria de salud en Caracas, Venezuela. *Revista de Resúmenes de Investigación en Salud Integral,* 2010. Vol. 1(2): 124-131.
10. González E. Aborto provocado: Complicaciones frecuentes y

- tratamiento. Revista de Medicina Integral, 2011. Vol. 2(2): 325-333.
11. Méjico JD. Incidencias y causas obstétricas del Legrado Uterino en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital regional de Ayacucho tesis de pregrado. Facultad de Obstetricia .UNSCH. 2009.
 12. Coello Y. Hemorragia posparto inmediata en gestantes adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. Ecuador 2002.
 13. Gutiérrez C, Martínez O. Factores que conllevan al alegrado uterino en puérperas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Junio - agosto 2003.
 14. ASIS 2012. Análisis de la Situación de Salud 2012. Hospital de Apoyo “Jesús de Nazareno”.
 15. Borda A. Incidencia y Complicaciones del Legrado Uterino. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Apoyo de Ayacucho. Ayacucho, Perú 1993.
 16. IMPAC. Manejos de las complicaciones del embarazo parto Perú 2002.
 17. Ministerio Nacional de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive Ayacucho Perú 2007.
 18. Ministerio Nacional de Salud (MINSA). Guía Nacional De Atención Integral De Salud Sexual y Reproductiva Lima Perú 2004.
 19. García L, et al. Complicaciones de la interrupción del embarazo en el primer trimestre en el Hospital Julio Alfonso Medina de Mantas. Cuba 1996 - 1997.
 20. Chérrez, F y Rivera I. Principales causas de Legrado Uterino en la

- Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – diciembre 2011. Tesis Facultad de Medicina. Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador 2012.
- 21.** Pluas C, María B. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis Escuela de Obstetricia, facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil. Ecuador 2013
- 22.** López F y Morales K. Frecuencia de aborto y legrado uterino en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2014. Tesis para optar el título de Médico. Universidad de Cuenca, Ecuador 2015.
- 23.** Ballinas H, Janet. Legrado uterino instrumental versus AMEU en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, 2014” .Tesis para obtener la especialidad en Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México, 2014.
- 24.** Aldave P, Pedro G. Atención con calidad del aborto incompleto no complicado. Legrado uterino instrumentado comparado con AMEU. Hospital Belén de Trujillo, 2006-2007. Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina. Universidad Nacional de Trujillo, 2009

ANEXO



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“INDICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS AL LEGRADO UTERINO

HOSPITAL JESUS NAZARENO. MAYO-JULIO, 2016”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre _____ N° HCL _____

I. DATOS GENERALES

a. Edad:

1. Adolescente :10 a 19 años ()
2. Adulta :20 a 35 años ()
3. Añosa : >35 años ()

b. Paridad:

1. Nulipara ()
2. Primipara ()
3. Multípara ()

c. Condición Económica:

1. > 1,600 soles Alta ()
2. 800.00 a 1,600.00 soles Media ()
3. <800.00 soles Baja ()

d. Nivel de instrucción:

1. Sin estudio ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Superior ()

e. Antecedentes de aborto:

1. Si ()
2. No ()

f. Embarazo Deseado:

1. Si ()
2. No ()

g. Religión:

1. Católica () 2. Evangélica () 3. Otros ()
4. Ninguna ()

II. Indicaciones del Legrado Uterino:

	Si	No
a. Aborto		
▪ Aborto Incompleto	()	()
▪ Aborto Retenido	()	()
▪ Aborto Séptico	()	()
b. Embarazo anembrionario	()	()
c. Mola hidatiforme	()	()
d. Embarazo no evolutivo	()	()
e. Endometritis Puerperal	()	()
f. Retención de restos placentarios	()	()