

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA EN COMPARACIÓN AL  
LEGRADO UTERINO EN PACIENTES CON ABORTO. HOSPITAL DE  
APOYO HUANTA. SETIEMBRE – NOVIEMBRE, 2019.”**

Tesis para optar el Título Profesional de:

**OBSTETRA**

Presentado por:

Bach. Rosa Margarita DE LA CRUZ LLANCCE  
Bach. Sarid LOPEZ CONDORAY

ASESOR:

Mg. Obst. Roaldo PINO ANAYA

AYACUCHO – PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Por su infinita bendición y guiarme paso a paso brindándome amor, sabiduría y fortaleza para superar cada obstáculo.

### **A MIS PADRES:**

seres maravillosos, por su amor infinito, confianza y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

### **A MIS HERMANOS:**

Gracias porque siempre estuvieron dispuestos en cada momento para brindarme todo su apoyo, por su comprensión y sobre todo por su confianza en mí.

**Sarid L. C.**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS;**

Quien supo guiarme por el buen camino, por estar conmigo en cada paso que doy, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi permanencia en la universidad.

### **A MIS PADRES:**

A mi madre por ser mi apoyo incondicional, mi motor y motivo en todo momento y todas las etapas de mi vida, a mi padre que desde el cielo ilumina y guía mis pasos.

### **A MIS HERMANOS:**

por su apoyo incondicional y haber confiado en mí.

**Rosa Margarita D. LL**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Cristóbal de Huamanga, por orientarnos en la senda del conocimiento científico.

A todos los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud, especialmente a los adscritos a la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, por brindarnos la formación académica científica en estos años de formación profesional.

Al Mg. Roaldo Pino Anaya por su acertada y guía oportuna en el fortalecimiento del presente trabajo de investigación.

Al "HOSPITAL APOYO HUANTA", por brindarnos todas las facilidades para la ejecución de nuestro trabajo de investigación en especial al servicio de Gineco - Obstetricia.

# ÍNDICE

pág.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Planteamiento del problema.....	11
1.2.	Formulación del problema.....	14
1.3.	Objetivos de la investigación.....	15

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio .....	16
2.2.	Bases teóricas .....	21
2.2.1	Aspiración manual endouterina (AMEU).....	21
2.2.2	Legrado uterino Instrumental (LUI) .....	24
2.2.3	Indicaciones del legrado uterino o AMEU .....	24
2.2.3.1	Aborto.....	26
2.2.3.2	Embarazo molar o mola hidatiforme .....	30
2.2.4	Eficacia clínica del AMEU frente al LUI.....	31
2.2.5.	Complicaciones del LUI y AMEU.....	32
2.3.	Hipótesis .....	34
2.4.	Definición de términos operativos .....	35
2.5	Variables de estudio .....	37
2.5.1.	Variable independiente.....	37
2.5.2.	Variable dependiente.....	37

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	Tipo de investigación.....	38
4.2.	Método de estudio .....	38

4.3	Población y muestra .....	39
4.4.	Criterios de inclusión y exclusión .....	40
4.5.	Técnicas e instrumento de recolección de datos .....	40
4.6.	Procedimiento de recolección de datos .....	41
4.7.	Procesamiento y análisis de datos .....	41

#### **CAPÍTULO IV**

4.1.	Resultados y discusión .....	43
4.2.	Conclusiones .....	64
4.3.	Recomendaciones.....	66
	Referencias bibliográficas .....	67

#### **ANEXOS**

	Instrumento de recolección de datos.....	71
--	--	----

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Conocer la efectividad de la Aspiración Manual Endouterina en comparación al Legrado Uterino Instrumental en pacientes con aborto no complicado menor a 12 semanas, en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019. **MATERIALES Y MÉTODOS:** aplicada, descriptiva, transversal, prospectiva y comparativa. La población estuvo conformada por Todas las pacientes con aborto no complicado menor de 12 semanas de embarazo, que se sometieron a legrado uterino y/o AMEU en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019, la muestra estuvo conformada por 80 pacientes con aborto no complicado menor a 12 semanas de gestación que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se realizó un análisis estadístico mediante la prueba estadística chi cuadrado, el nivel de significación utilizada en las pruebas estadísticas fue de (en  $p < 0,05$ ). **RESULTADOS:** La frecuencia de AMEU en pacientes con aborto menor a 12 semanas es de 36(45,0%) y de LUI es de 44 (55,0%). Quedó comprobada la eficacia del AMEU en relación al LUI por presentar diferencia estadística significativa ( $p < 0,05$ ) en la intensidad del dolor, tiempo utilizado en el procedimiento, estancia hospitalaria, pérdida sanguínea y complicaciones. **CONCLUSIÓN:** la AMEU es más eficaz que el LU.

## **INTRODUCCIÓN**

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.<sup>1</sup>

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 ser atendidos en 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 AMEU o legrado uterino y las consecuencias que esto genera en la salud reproductiva de estas mujeres que se someten a este procedimiento.<sup>1</sup>

Las complicaciones del aborto representan la tercera causa de mortalidad materna en Latinoamérica y se ha señalado que muchas de las muertes maternas atribuidas a la hemorragia del embarazo son en realidad provocadas por complicaciones de abortos inseguros<sup>2</sup>.

El tratamiento quirúrgico del aborto en los últimos 50 años ha sido la evacuación del contenido uterino mediante el legrado uterino que se realiza con una legra roma para raspar la cavidad uterina o la aspiración manual endouterina (AMEU) que consiste en introducir en la cavidad uterina una cánula conectada a un dispositivo especial que ejerce una presión negativa.<sup>3</sup>

Se han realizado varios estudios comparativos a nivel mundial entre la AMEU y el legrado uterino instrumental, demostrando la efectividad del AMEU en un 98% a un 99,5% de los casos.<sup>4</sup>

Durante el año 2018 en el Hospital de Apoyo de Huanta, se realizó atención a un total de 260 gestantes con diagnóstico de aborto; las cuales culminaron en la evacuación del contenido uterino a través de AMEU y/o legrados uterinos instrumental, esto nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de conocer la efectividad del AMEU frente al legrado uterino instrumental en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia

durante los meses de setiembre a noviembre del 2019; a través de una investigación aplicada, descriptiva, transversal, prospectiva y comparativa, generando los siguientes resultados: La frecuencia de aspiración manual endouterina (AMEU) en pacientes con aborto menor a 12 semanas es de 36(45,0%) y de legrado uterino instrumental (LUI) es de 44 (55,0%). Las indicaciones para el LUI fueron 59,1% (26) por aborto incompleto, 34,1%(15) por aborto retenido y 6,8%(03) por presentar embarazo anembrionario no evolutivo. Asimismo, en pacientes con AMEU, el 52,8%(19) fue por aborto incompleto, 30,6% por aborto retenido y 16,7%(06) por indicación de embarazo anembrionario no evolutivo. Quedó comprobada la eficacia del AMEU en relación al LUI por presentar diferencia estadística significativa ( $p < 0,05$ ) en la intensidad del dolor, tiempo utilizado en el procedimiento, estancia hospitalaria, pérdida sanguínea y complicaciones.

## **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 fallecieron 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.<sup>4</sup>

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. <sup>4</sup>

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 la AMEU con 58%.<sup>5</sup>

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.<sup>4</sup>

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).<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

Tradicionalmente los profesionales de salud han recibido formación para llevar a cabo el legrado uterino instrumental (LUI), y es tal vez el método mayormente utilizado en los países en desarrollo para evacuar el útero. Sin embargo, la aspiración manual endouterina (AMEU) tienen sus antecedentes varias décadas atrás y hoy en día se han extendido en todo el mundo. La AMEU se usa en más de cien países con las ventajas evidenciables frente al LUI como es la menor estancia hospitalaria, menor pérdida sanguínea, mínimas complicaciones, el

procedimiento es más rápido, escaso dolor, se usa anestesia paracervical y los costos son menores.<sup>9</sup>

En el Hospital de apoyo de Huanta, en el año 2018 se ha realizado la atención del aborto no complicado en un total de 260 casos, los cuales fueron sometidas a AMEU o Legrado uterino instrumental de acuerdo a la pericia o criterio del médico de turno; sin tener en cuenta la eficacia de un procedimiento frente al otro, por lo cual en el presente trabajo examinaremos comparativamente las ventajas que tiene el manejo del aborto incompleto no complicado a través de dos técnicas fáciles de usar como son el legrado uterino instrumentado y el método de aspiración manual endouterina .

La efectividad de la aspiración manual endouterina frente al legrado uterino instrumental lo realizaremos a través de la medición de la intensidad del dolor en el procedimiento, el tiempo del procedimiento, la estancia hospitalaria, la cantidad de pérdida sanguínea, el tipo de anestesia, y las complicaciones que se pudieran presentar.

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

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Es la Aspiración Manual Endouterina una técnica más efectiva que el Legrado Uterino Instrumental en la atención del aborto no complicado menor a 12 semanas, en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Conocer la efectividad de la Aspiración Manual Endouterina en comparación al Legrado Uterino Instrumental en pacientes con aborto no complicado menor a 12 semanas, en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019

#### **ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia del legrado uterino y AMEU en pacientes con aborto menor a 12 semanas, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.
- Establecer las indicaciones de las pacientes sometidas a AMEU y LUI atendidas en el Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.
- Identificar la efectividad de la AMEU en comparación al LUI mediante la determinación de la intensidad del dolor, tiempo del procedimiento, estancia hospitalaria, volumen de pérdida sanguínea, tipo de anestesia y las complicaciones post intervención que se puedan presentar en cada procedimiento.
- Determinar las características sociodemográficas de las pacientes con aborto y que culminan en AMEU o LUI.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

**Chérrez, F y Rivera I** <sup>11</sup>, (Ecuador, 2012) en la tesis “Principales causas de Legrado Uterino en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – diciembre 2011”. **Objetivo;** Conocer las principales causas de Legrado Uterino en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – diciembre 2011. **Material y métodos;** realizó 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. **Resultados;** 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.

**Ballinas Hernández, Janet.**<sup>12</sup> (México, 2016) en la tesis “Aspiración Manual Endouterina vs Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M”. **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 Paredes, Pedro Gabriel<sup>9</sup> (Trujillo, 2009)** en su tesis “Atención con calidad del aborto incompleto no complicado: Aspiración manual endouterina comparado con legrado uterino instrumental. Hospital Belén de Trujillo, 2006-2007”. **Objetivo;** 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. **Material y métodos;** 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 consejería y

anticoncepción. Al alta se citó a la paciente a los 10 días y si no regresó se hizo visita domiciliaria. **Resultados;** en ambos procedimientos predominó el uso de analgesia + 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.

**Ruiz De Somosurcio Claudia<sup>10</sup> (Lima, 2016)** en su tesis “Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas a LUI y AMEU en el Hospital María Auxiliadora, enero a diciembre 2014.” **Objetivo;** Identificar características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino (LU) en el María Auxiliadora durante el periodo de enero a diciembre de 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.

**Resultados;** 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%). El hallazgo mínimo de complicaciones para ambos procedimientos, es concordante con las investigaciones anteriores que plantean su efectividad y eficacia; y es coincidente la prevalencia de la Aspiración Manual Endouterina con relación al Legrado Uterino, por cuanto 929 pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (89.63%) ninguna presentó sangrado y de 141 pacientes sometidas a Legrado Uterino (13.18%) 4 presentaron sangrado y

fiebre posterior, 6 para Aspiración Manual Endouterina y 8 para Legrado Uterino.

**Méjico – Zúñiga<sup>14</sup> (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 quiénes 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.

## **2.2 BASE TEÒRICA CIENTÌFICA**

### **2.2.1. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)**

Es un procedimiento de evacuación uterina principalmente para el primer trimestre de gestación, respaldada por la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la OMS junto con el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial, considera la AMEU como una tecnología esencial para la evacuación endouterina.

Puede ser realizada por un ginecólogo, un médico general o por cualquier otro personal de salud que esté capacitado. Puede realizarse como un procedimiento ambulatorio disminuyendo la estancia hospitalaria.

Según la OMS la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método de primera elección para el tratamiento de la atención post aborto; cabe mencionar que, aunque la OMS recomienda el AMEU en muchos establecimientos de salud aún se utiliza el LUI.

Puede utilizarse en zonas rurales, puede realizarse en una clínica o en un servicio de consulta externas, que requiere menos recursos y disminuye el costo del tratamiento. En lugares donde se puede reutilizar el instrumental, el costo por cada procedimiento puede ser relativamente bajo. El aumento en la disponibilidad local de la atención médica y la disminución del tiempo de espera para recibir tratamiento lo hace un método aceptado por muchas mujeres.<sup>9</sup>

**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:**

**a) Dilatación cervical**

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

## **b) Evacuación**

Para realizar el AMEU, se introduce una cánula de plástico, se dispone de diferentes tamaños evitando la necesidad de dilatación cervical en algunos casos, luego se conecta a un aspirador manual de plástico de 60 centímetros cúbicos (que tiene apariencia de jeringa grande) cargado con el vacío. El vacío se libera al 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 más suavemente, la bolsa gestacional permanece intacta asegurando una completa evacuación uterina.

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.

## **C) 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.<sup>12</sup>

### **2.2.2. LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)**

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.<sup>15</sup>

#### **2.2.2.1 TIPOS DE LEGRADO**

##### **a). - Ginecológico:**

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

##### **b). - 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.<sup>15</sup>

#### **2.2.2.2. 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

### **2.2.2.3. 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 No 18
- Profesional capacitado

### **2.2.2.4. PROCEDIMIENTO DEL LEGRADO UTERINO**

- Higiene 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.<sup>15</sup>

### **2.2.3. INDICACIONES DEL LEGRADO UTERINO Y/O AMEU**

**2.2.3.1. ABORTO:** Según las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: Ministerio de Salud; 2007.

#### **a. DEFINICIÓN**

Es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto

de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500gr.<sup>16</sup>

## **b. CLASIFICACIÓN**

### **b.1. SEGÚN FORMA DE INICIO**

#### **b.1.1. ABORTO ESPONTÁNEO:**

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.<sup>17</sup>

#### **b.1.2. ABORTO PROVOCADO:**

Son aquellos en los que se induce premeditadamente el término del embarazo.<sup>17</sup>

### **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<sup>15</sup>

### **b.3. SEGÚN SU TERMINACIÓN**

#### **b.3.1 ABORTO INCOMPLETO**

##### **- DEFINICIÓN**

Es la eliminación parcial del contenido uterino.<sup>16</sup>

- **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.<sup>17</sup>

**b.3.2. ABORTO RETENIDO**

- **DEFINICIÓN**

Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.<sup>16</sup>

- **DIAGNÒSTICO**

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 corononalga mayor de 6mm.

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

El diagnóstico 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.<sup>18</sup>

### **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**

Cuando en un aborto (incompleto, frustrado, etc.), se presenta fiebre de 38 grados o más y/o sangrado con mal olor.<sup>16</sup>

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.<sup>19</sup>

## **2.2.3.2. 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. <sup>18</sup>

### **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. DIAGNÒSTICO**

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.
- Hipertensión arterial inducida por el embarazo

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 diagnostico.

La mola hidatiforme completa se hace evidente a las 6 a 8 semanas siendo más frecuente el diagnostico a las 16 semanas. La mola parcial se diagnostica más tardíamente .<sup>18</sup>

#### **2.2.4. Eficacia clínica de AMEU frente al LUI**

En comparación con el LUI, la AMEU permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, de lesión cervical y de perforación uterina; además, con la AMEU la necesidad de dilatar el cuello uterino es menor, el sangrado no es tan abundante, la estancia hospitalaria es más corta y la necesidad de administrar medicamentos anestésicos es menor.

#### **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.

### **Efectos secundarios de los métodos de evacuación endouterina**

- Cólicos abdominales
- Náuseas leves a moderadas
- Vómito
- Dolor
- Sangrado similar al de una menstruación

### **2.2.5 Complicaciones de los procedimientos LUI Y AMEU:**

- Evacuación incompleta.
- Reacción vagal.
- Lesión cervical o uterina, como perforación/laceración.
- Infección pélvica.
- Complicaciones de la anestesia.
- Sepsis.
- Hemorragia.
- Hematómetra aguda.

Algunas de estas afecciones pueden llevar a infertilidad secundaria, graves lesiones y en algunos casos a la muerte. El riesgo de complicaciones graves es más elevado para los procedimientos de evacuación endouterina en el segundo trimestre que para aquellos que se practican en el primer trimestre. Debe



tratarse de inmediato toda entidad que amenace la vida de la paciente, tales como shock, hemorragia, infección cervical o pélvica, sepsis, perforación y lesión abdominal, las cuales pueden presentarse en los casos de aborto incompleto o de aborto clandestino.

En un estudio más reciente, los profesionales de la salud declararon que las principales complicaciones como resultado de abortos realizados en condiciones de riesgo son la hemorragia, la perforación uterina, la infección, el aborto incompleto, la infertilidad, el daño de órganos adyacentes, dolor, anemia y muerte.<sup>12</sup>

### **2.3. HIPÓTESIS**

Ho: La aspiración manual endouterina no es eficaz en comparación al Legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto no complicado menor de 12 semanas en el Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Hi: La aspiración manual endouterina es más eficaz en comparación al Legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto no complicado menor de 12 semanas en el Hospital de apoyo Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS

- **LEGRADO UTERINO:** Es el raspado que se realiza a nivel de la cavidad uterina (endometrio) para extraer su contenido ya sea restos ovulares, formaciones anómalas o patológicas o para tomar muestras para su estudio.
- **ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA:** Es el procedimiento quirúrgico que se utiliza para el manejo del aborto incompleto no complicado hasta las 12 semanas de gestación.
- **INDICACIONES:** Son las causas o motivos por la cual se realiza el legrado uterino o la AMEU
- **FACTOR ASOCIADO:** Es estímulo interno o externo que puede aumentar las probabilidades de una persona de desarrollar o desencadenar una enfermedad.
- **INTENSIDAD DEL DOLOR:** Es la percepción del dolor durante el procedimiento referida por la misma paciente a través del uso de la escala analógica del dolor.
- **TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO:** Es el tiempo empleado en el LUI o la AMEU expresado en minutos desde el inicio hasta el final del mismo.
- **ESTANCIA HOSPITALARIA:** Son las horas que permanece en observación la paciente, luego del LUI o AMEU hasta el momento en que es dado de alta.

- **PÈRDIDA SANGUÌNEA:** Es el volumen de pérdida de sangre que se produce expresado en mililitros (ml).
- **TIPO DE ANESTESIA.** – Se utiliza para el manejo del dolor, puede ser anestesia general o paracervical.
- **COMPLICACIONES:** Son las consecuencias que se generan luego de un LUI o AMEU mal realizado o sin la técnica adecuada por falta de pericia del profesional.
- **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.
- **ABORTO NO COMPLICADO:** Es aquel aborto que ocurre hasta las 12 semanas de edad gestacional, sin sangrado excesivo, sin fiebre, ni compromiso del estado general sin shock ni signos evidentes de manipulación.
- **CAUSAS OBSTÉTRICAS:** Son circunstancias y/o patologías que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio que condicionan al legrado uterino o AMEU.
- **EMBARAZO MOLAR:** Es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarca la placenta con proliferación concomitante del citotrofoblasto y trofoblastosincitial.
- **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.

- **PARIDAD:** Es el número de partos de las pacientes ya sea por vía vaginal o cesárea.
- **RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS:** Es la retención de uno o varios cotiledones en la cavidad uterina.

## **2.5. VARIABLES DE ESTUDIO**

### **2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Pacientes con aborto no complicado menor de 12 semanas

### **2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Aspiración manual endouterina y/o Legrado uterino instrumental

- Intensidad del dolor
- Tiempo del procedimiento
- Estancia Hospitalaria
- Pérdida sanguínea.
- Tipo de anestesia.
- Complicaciones

### **2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE**

Indicaciones del LUI o AMEU

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada

#### **3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa

#### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptiva, comparativa

#### **3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Prospectiva, descriptiva, de corte transversal.

#### **3.5 POBLACION Y MUESTRA**

##### **3.5.1 POBLACIÓN**

Todas las pacientes con aborto no complicado menor de 12 semanas de embarazo, que se sometieron a legrado uterino y/o AMEU en el Hospital

de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019

### 3.5.2. MUESTRA

76 pacientes con aborto no complicado que se sometieron a legrado uterino instrumental y/o AMEU en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

#### TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{4 \times N \times p \times q}{E^2(N-1) + 4 \times p \times q}$$

$$n = \frac{4 \times 90 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(90-1) + 4 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{90}{1.1975}$$

$$n = 75,15$$

$$n \geq 76$$

Donde:

n = Tamaño de muestra.

N = Población (Registro atenciones mayo-julio 2018)

p = 50% Probabilidad de LUI

q = 50% Probabilidad de AMEU

$E = 0,05 = 5\%$  error permitido, 95% nivel de confianza.

4 = Constante

### **Tipo de Muestreo**

El tipo de muestreo fue no probabilística intencional por conveniencia

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con aborto no complicado menor de 12 semanas que culminen en LUI o AMEU
- Gestantes que deseen participar en la presente investigación

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con aborto mayor a 12 semanas de gestación
- Pacientes con aborto complicado
- Pacientes que no deseen participar en la presente investigación

## **3.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

### **3.6.1.- Técnica**

- Entrevista
- Revisión de Historias Clínicas

### **3.6.2. Instrumentos**

- Ficha de recolección de datos
- Historias clínicas.



### **3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1°. A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó permiso a la Dirección del Hospital de Apoyo de Huanta para obtener la autorización correspondiente.

2°. Se procedió a la identificación de las gestantes con post aborto, a quienes se les seleccionó con los criterios de inclusión y exclusión.

3°. Luego se realizó la sensibilización de las gestantes con aborto no complicado para lograr el consentimiento informado con el propósito de permitir la recolección de datos.

4° Se realizó una entrevista personal para lograr los objetivos de la investigación.

5°. Los otros datos fueron recolectados mediante la revisión de las historias clínicas.

### **3.8. 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 fueron trasladados al software estadístico SPSS-IBM versión 24.0 (Statistical Package for Social Science) con los cuales se presentan las respectivas tablas de contingencia.

### **3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los resultados se han sometido al análisis estadístico de Chi ( $\chi^2$ ) con un valor de  $p < 0.05$  con la finalidad de establecer la dependencia o no de las principales variables de estudio.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Tabla N° 1

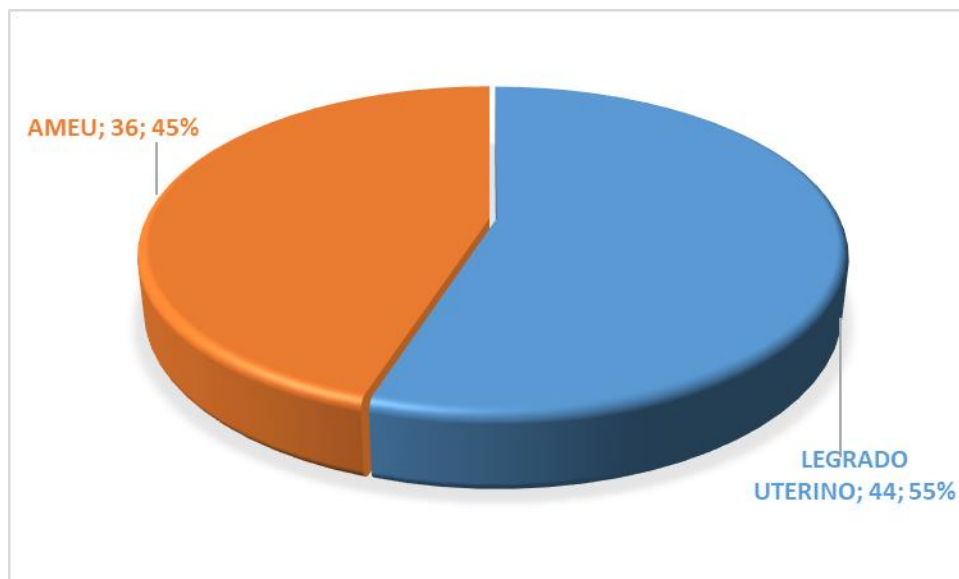
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÀFICAS DE LAS PACIENTES CON LEGRADO UTERINO Y ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA. HOSPITAL DE APOYO HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)			Legrado Uterino (LUI)	
<b>Edad materna</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adolescente	10	27,8	05	11,4
Adulta	18	50,0	27	61,3
Añosa	08	22,2	12	27,3
Total	36	100,0	44	100,0
<b>Condición Económica</b>				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alta	08	22,2	03	6,8
Media	12	33,3	19	43,2
Baja	16	44,5	22	50,0
Total	36	100,0	44	100,0
<b>Paridad</b>				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nulípara	13	36,1	15	34,1
Primípara	08	22,2	07	15,9
Múltipara	15	41,7	22	50,0
Total	36	100,0	44	100,0
<b>Religión</b>				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Católica	19	52,8	27	61,4
Evangélica	17	47,2	17	38,6
Total	36	100,0	44	100,0
<b>Grado de Instrucción</b>				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primaria	01	2,8	03	6,9
Secundaria	18	50,0	28	63,6
Superior	17	47,2	13	29,5
Total	36	100,0	44	100,0
<b>Estado Civil</b>				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltera	11	30,5	12	27,3
Casada	11	30,5	13	29,5
Conviviente	14	39,0	19	43,2
Total	36	100,0	44	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 01 se observa las características sociodemográficas de las pacientes con aborto menor a 12 semanas, en la cual referente a la edad 50,0% fueron adultas sometidas a AMEU y 61,3% a LUI, luego el 44,5% fueron de condición económica baja que culminaron en AMEU y 50,0% en LUI, con respecto a la paridad 41,7% fueron multíparas con AMEU y 50,0% con LUI, en cuanto a la religión la mayoría profesan la religión católica quienes en 52,8% les realizaron AMEU y 61,4% LUI, también el 50,0% tienen grado de instrucción secundaria con AMEU y 63,6% LUI, finalmente respecto al estado civil el 39,0% fueron convivientes con AMEU y 43,2% LUI.

Al respecto **Ballinas Hernández, Janet.**<sup>12</sup> en su tesis “Aspiración Manual Endouterina vs Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M”. Estudió a 200 pacientes con diagnóstico de aborto, a quienes se les practicó LUI o AMEU, entre el 01 abril de 2013 a 01 abril de 2014. Donde refiere que 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.



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Grafico 01: Frecuencia de AMEU y Legrado Uterino en pacientes con aborto menor a 12 semanas. Hospital de apoyo Huanta, setiembre a noviembre 2019.**

En el grafico 01 se observa la frecuencia de AMEU y LUI, donde se observa que del 100%(80) pacientes con aborto menor a 12 semanas, al 55,0%(44) de pacientes se les realizó legrado uterino y al 45,0%(36) aspiración manual endouterina.

Estos resultados nos indican que la mayoría de pacientes con aborto menor a 12 semanas fueron sometidas a Legrado uterino en 55% de los casos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Se puede apreciar que en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, se realiza a la mayoría de las pacientes con aborto menor a

12 semanas el legrado uterino a la mayoría, a quienes se les realiza como tratamiento para evacuar el contenido uterino, esta práctica sin el consentimiento informado para realizar este procedimiento obstétrico, sólo por decisión y pericia del profesional ginecólogo encargado de la atención de estos casos, el cual tienen muchas desventajas en relación al AMEU, toda vez que este procedimiento moderno permite retirar los tejidos endouterinos en su totalidad y evita raspar manualmente las paredes uterinas, con riesgo menor de daño en las paredes del útero.

Según la OMS la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es el método de primera elección para el tratamiento de la atención post aborto; cabe mencionar que, aunque la OMS recomienda el AMEU en muchos establecimientos de salud aún se utiliza el LUI, aunque deba utilizarse únicamente en casos en que no se disponga de AMEU (Aspiración Manual Endouterina)<sup>12</sup>

Estos resultados son preocupantes porque se han recomendado en otros países y en el Perú que el uso de la AMEU disminuye el sistema de recursos de sistema de salud y mejora la calidad del tratamiento del aborto. Esto ha determinado que el LUI sea reemplazado por la aspiración manual endouterina en muchos países<sup>12</sup>; sin embargo, se observa que en el Hospital de Apoyo de Huanta se continúa realizando el legrado uterino a la mayoría de pacientes con aborto

Al respecto **Ruiz De Somosurcio Claudia**<sup>10</sup> en su tesis “Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas a LUI y AMEU en el Hospital María

Auxiliadora, enero a diciembre 2014.” Refiere 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).



**TABLA 02**

**INDICACIONES PARA EL LEGRADO UTERINO O AMEU EN PACIENTES CON ABORTO MENOR A 12 SEMANAS. HOSPITAL DE APOYO HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.**

Indicaciones	Procedimiento				Total	
	LUI		AMEU		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Aborto Incompleto	26	59,1	19	52,8	45	56,2
Aborto retenido	15	34,1	11	30,5	26	32,5
Embarazo anembrionario no evolutivo	03	6,8	06	16,7	09	11,3
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 1,924$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p>0,05$$

La tabla 02 representa las indicaciones para el LUI o AMEU; donde se observa que del 100% (44) pacientes con LUI, el 59,1% (26) fueron por aborto incompleto, 34,1%(15) por aborto retenido y 6,8%(03) por presentar embarazo anembrionario no evolutivo. Asimismo, del 100,0%(36) pacientes con AMEU, el 52,8%(19) fue por aborto incompleto, 30,5% por tener aborto retenido y 16,7%(06) por indicación de embarazo anembrionario no evolutivo.

De la tabla se concluye que la mayoría de LUI y AMEU se realizó por indicación de aborto incompleto en 59,1% y 52,8% respectivamente en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ( $p > 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que tanto el LUI y AMEU no está asociada a la indicación por la cual se realiza este procedimiento.

Con estos resultados se puede inferir que cualquiera sea el tipo de aborto o embarazo anembrionario menor a 12 semanas, la paciente puede ser sometida a LUI o AMEU de manera indistinta, en la cual la decisión es tomada por el profesional ginecólogo encargado del procedimiento.

Cuando una mujer embarazada presenta una hemorragia en los primeros meses debida a aborto, la primera reacción es buscar atención inmediata en un establecimiento de salud donde pueda ser atendida por un médico que le dé la mejor atención para resolver su situación. La mujer no conoce que existen diferentes tecnologías que pueden ser utilizadas para el tratamiento del aborto. Pero ella sí espera que se le brinde una atención digna, respetando su privacidad individual y su libertad para decidir sobre el tratamiento a recibir luego de ser informada sobre su situación.

Al respecto **Martínez Jara, Mariela**<sup>3</sup> en su tesis “Comparación entre legrado uterino y AMEU en pacientes hospitalizadas con abortos. Clínica humanitaria Fundación Pablo Jaramillo. Enero 2007- diciembre 2010. Refiere que se realizaron AMEU a un 60,43%(139) y el LUI al 39,57%(91) de ellas la indicación principal para la realización de este procedimiento quirúrgico fue el aborto diferido en 54,35%(125), seguido del aborto incompleto en 30,43%(70) y sólo un 15,22% (35) fue por aborto inevitable.

**TABLA 03**

**INTENSIDAD DEL DOLOR EN EL LUI EN COMPARACIÓN AL AMEU EN  
PACIENTES CON ABORTO MENOR A 12 SEMANAS. HOSPITAL DE APOYO  
HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.**

Intensidad del dolor	Procedimiento				Total	
	LUI		AMEU		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Leve	00	00	16	44,4	16	20,0
Moderado	05	11,4	20	55,6	25	31,2
Severo	39	88,6	00	00	39	48,8
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$X_c^2 = 63,838$

$X_t^2 = 5,991$

g.l.=2

$p < 0,05$

La tabla 03 muestra la intensidad del dolor percibida por las pacientes con aborto durante el LUI o AMEU; donde se observa que del 100% (44) pacientes con LUI, el 88,6% (39) refieren haber percibido un dolor severo durante este procedimiento y 11,4%(05) dolor moderado. Asimismo, del 100,0%(36) pacientes con AMEU, el 55,6%(20) manifiestan haber percibido un dolor moderado y 44,4%(16) sólo un dolor leve.

De la tabla se concluye que la mayoría de pacientes sometidas a LUI tuvieron un dolor severo en 88,6% y por el contrario en las pacientes con AMEU la

mayoría tuvieron un dolor moderado en 55,6% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ( $p < 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la intensidad del dolor tiene asociación con el LUI y AMEU.

Con estos resultados se demuestra la efectividad del AMEU porque las pacientes refieren haber percibido una intensidad del dolor de moderado a leve, lo que no ocurre con las pacientes sometidas a LUI quienes manifestaron una intensidad del dolor de moderado a severo.

Para realizar la AMEU se requiere mínima dilatación cervical para que pueda atravesar las cánulas que son circular y flexible; lo cual no es así con las curetas metálicas que se utilizan en el LUI con el cual se requiere mayor dilatación cervical produciendo en la paciente mayor intensidad en el dolor.

Resultados similares refiere **Ruiz De Somosurcio Claudia**<sup>10</sup> en su tesis “Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas a LUI y AMEU en el Hospital María Auxiliadora, enero a diciembre 2014.” Refiere que de las 929 pacientes sometidas a AMEU, 51 pacientes presentaron dolor durante el procedimiento, representando el 5.48%; 878 pacientes no presentaron dolor durante el procedimiento, representando, el 94.32 % de la población de pacientes sometidas a AMEU. Asimismo, de los 141 pacientes sometidos a LU, 16 presentaron dolor durante el procedimiento, representando el 11.11% de la

población; y por el contrario 125 pacientes no presentaron dolor durante el procedimiento, representando el 89.89% de la población sometida al LU.

Contrariamente a nuestros resultados **Aldave Paredes, Pedro Gabriel**<sup>9</sup> en su tesis "Atención con calidad del aborto incompleto no complicado: Aspiración manual endouterina comparado con legrado uterino instrumental. Hospital Belén de Trujillo, 2006-2007". Reporta que, el dolor medido a través de la escala visual analógica del dolor (EVAD) que registra la misma paciente, fue significativa en los casos de AMEU que en el grupo del LUI. Esta diferencia la atribuimos a que el grupo de aspiración tuvo mayor número de pacientes en que no se usó medicación para el control del dolor y de otro lado es posible que sea un problema de destreza. La intensidad del dolor experimentado por los 2 grupos de mujeres estuvo en la categoría de leve, a juzgar por lo marcado en la escala visual analógica en promedio por debajo de 40 casos en el grupo de LUI y 60 casos en el grupo de AMEU.

**TABLA 04**

**TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO EN EL LUI EN COMPARACIÓN AL AMEU EN PACIENTES CON ABORTO MENOR A 12 SEMANAS. HOSPITAL DE APOYO HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.**

Tiempo del procedimiento (en minutos)	Procedimiento				Total	
	LUI		AMEU		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
10 – 14 min	00	00	31	86,1	31	38,7
15 – 20 min	30	68,2	05	13,9	35	43,8
21 – 30 min	14	31,8	00	00	14	17,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 62,684$$

$$X_t^2 = 5,991$$

g.l.=2

p<0,05

La tabla 04 presenta el tiempo del procedimiento durante el LUI o AMEU; donde se observa que del 100% (44) pacientes con LUI, en el 68,2% (30) casos tuvo una duración de 15 a 20 minutos este procedimiento y el 31,8%(14) de 21 a 30 minutos. Asimismo, del 100,0%(36) pacientes con AMEU, en el 86,1%(31) este procedimiento duró sólo de 10 a 14 minutos y en 13,9% (05) entre 15 a 20 minutos.

De la tabla se concluye que en la mayoría de pacientes sometidas a LUI el tiempo utilizado fue de 15 a 20 minutos en 68,2% y por el contrario en las pacientes con AMEU el tiempo utilizado para este procedimiento en la mayoría

fue de 10 a 14 minutos en 86,1% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ( $p < 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que el tiempo del procedimiento tiene asociación con el LUI y AMEU.

Una revisión Cochrane reciente de los tratamientos quirúrgicos del aborto incompleto mostró que la aspiración al vacío es tan eficiente como el curetaje y se acompaña de menor pérdida de sangre y menor duración del procedimiento.

Resultados similares reporta **Martínez Jara, Mariela**<sup>3</sup> en su tesis “Comparación entre legrado uterino y AMEU en pacientes hospitalizadas con abortos. Clínica humanitaria Fundación Pablo Jaramillo. Enero 2007- diciembre 2010”. Donde refiere respecto al tiempo utilizado en este procedimiento quirúrgico fue con AMEU el más breve entre 10 a 20 minutos con una media de 20,14 minutos y desviación estándar de 4,21; en comparación con el LUI que fue más de 40 minutos con una media de 20,71 minutos y una desviación estándar de 4,97.

**TABLA 05**

**ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL LUI EN COMPARACIÓN AL AMEU EN PACIENTES CON ABORTO MENOR A 12 SEMANAS. HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.**

Estancia Hospitalaria (en horas)	Procedimiento				Total	
	LUI		AMEU		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
5 – 8 horas	00	00	13	36,1	13	16,2
9 – 12 horas	06	13,6	21	58,3	27	33,8
Mayor a 12 horas	38	86,4	02	5,6	40	50,0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 53,468$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p<0,05$$

La tabla 05 muestra el tiempo de estancia hospitalaria durante el LUI o AMEU; donde se observa que del 100% (44) pacientes con LUI, en el 86,4%(38) casos la estancia hospitalaria fue mayor a 12 horas y en el 13,6%(06) de 9 a 12 horas. Por otro lado, del 100,0%(36) pacientes con AMEU, en el 58,3%(21) la estancia hospitalaria duró de 9 a 12 horas y en el 36,1% (13) entre 5 a 8 horas.

De la tabla se concluye que en la mayoría de pacientes sometidas a LUI el tiempo de estancia hospitalaria fue mayor a 12 horas en 86,4% y por el contrario en las pacientes con AMEU el tiempo de estancia hospitalaria en la mayoría fue de 9 a 12 horas en 58,3% en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.



Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ( $p < 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que el tiempo de estancia hospitalaria tiene asociación con el LUI y AMEU.

Esta casuística es semejante a lo descrito por **Martínez Jara, Mariela**<sup>3</sup> en su tesis "Comparación entre legrado uterino y AMEU en pacientes hospitalizadas con abortos. Clínica humanitaria Fundación Pablo Jaramillo. Enero 2007-diciembre 2010. Al comparar el procedimiento quirúrgico utilizado con la estancia hospitalaria, encontró que la media de horas de hospitalización es de 14,87 para el LUI con una desviación estándar de 9,16 y para la AMEU fue de 14,27 con una desviación estándar de 6,77; por lo que concluye que la estancia hospitalaria es menor en las pacientes con AMEU en comparación con las de LUI.

**TABLA 06**

**VOLUMEN DE PÉRDIDA SANGUÍNEA EN EL LUI EN COMPARACIÓN AL AMEU EN PACIENTES CON ABORTO MENOR A 12 SEMANAS. HOSPITAL DE APOYO HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.**

Volumen de pérdida sanguínea	Procedimiento				Total	
	LUI		AMEU		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
10 – 30 ml	00	00	36	100,0	36	45,0
40 – 60 ml	37	84,1	00	00	37	46,2
70 – 100 ml	07	15,9	00	00	07	8,8
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 80,00$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p < 0,05$$

En la tabla 06 presentamos la pérdida sanguínea en las pacientes con aborto durante el LUI o AMEU; donde se observa que del 100% (44) pacientes con LUI, el 84,1% (37) tuvieron pérdida sanguínea entre 40 a 60 ml durante este procedimiento y 15,9%(07) entre 70 a 100 ml. Asimismo, en el caso de pacientes con AMEU, el 100,0%(36) casos tuvieron una pérdida sanguínea entre 10 a 30 ml.

De la tabla se concluye que la mayoría de pacientes sometidas a LUI tuvieron una pérdida sanguínea entre 40 a 60 ml en 84,1% y por el contrario en las pacientes con AMEU el 100,0% tuvieron una pérdida sanguínea entre 10 a 30

ml en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ( $p < 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la cantidad de pérdida sanguínea tiene asociación con el LUI y AMEU.

Al respecto **Ruiz De Somosurcio Claudia**<sup>10</sup> en su tesis “Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas a LUI y AMEU en el Hospital María Auxiliadora, enero a diciembre 2014.” Refiere que de las 929 pacientes sometidas a AMEU, 921 pacientes tuvieron sangrado como presentación clínica, representando el 99.14%; 8 pacientes no tuvieron sangrado como presentación clínica, representando el 0.86% de la población sometida a AMEU. De las 141 pacientes sometidas a LU, 136 pacientes tuvieron sangrado como presentación clínica, representando el 96.45 %; 5 pacientes no tuvieron sangrado como presentación clínica, representando el 3.55 % de la población sometida a LU.

Sin embargo, de las 929 pacientes (100%) sometidas a AMEU, ninguna presentó sangrado vaginal durante el procedimiento. De las 141 pacientes sometidas a LU, 4 presentaron como complicación sangrado durante el procedimiento, representando el 2.78%; y 137 pacientes no cursaron con esta complicación representando la mayoría con el 97.22%.

Asimismo, **Martínez Jara, Mariela**<sup>3</sup> en su tesis “Comparación entre legrado uterino y AMEU en pacientes hospitalizadas con abortos. Clínica humanitaria

Fundación Pablo Jaramillo. Enero 2007- diciembre 2010”, manifiesta menor pérdida de volumen sanguíneo con AMEU en 193 paciente tuvieron una media de 61,73 ml de pérdida sanguínea durante el procedimiento y con el LUI en 91 pacientes una media de 91,98 ml.

**TABLA 07**

**COMPLICACIONES EN EL LUI EN COMPARACIÓN AL AMEU EN PACIENTES  
CON ABORTO MENOR A 12 SEMANAS. HOSPITAL DE APOYO HUANTA.  
SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.**

Complicaciones	Procedimiento				Total	
	LUI		AMEU		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Hemorragia	07	15,9	00	00	07	8,8
Ninguno	37	84,1	36	100,0	73	91,2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 6,276$$

$$X_t^2 = 3,841$$

$$g.l.=1$$

$$p<0,05$$

En la tabla 07 presentamos las complicaciones en las pacientes con aborto después del LUI o AMEU; donde se observa que del 100% (44) pacientes con LUI, el 84,1% (37) no presentaron ninguna complicación durante y después de este procedimiento, sin embargo, el 15,9%(07) presentaron hemorragias. Por el contrario, en el caso de las pacientes con AMEU, el 100,0%(36) de casos no tuvieron ninguna complicación.

De la tabla se concluye que las complicaciones que se presentaron en las pacientes con aborto fue la hemorragia con el LUI en 15,9% y por el contrario en las pacientes con AMEU ninguna presento complicaciones en el Hospital de Apoyo de Huanta durante los meses de setiembre a noviembre del 2019.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ( $p < 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que las complicaciones tienen asociación con el LUI y AMEU.

Resultados que coinciden con lo descrito por **Ballinas Hernández, Janet**.<sup>12</sup> en su tesis “Aspiración Manual Endouterina vs Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M”. Estudió a 200 pacientes con diagnóstico de aborto, a quienes se les practicó LUI o AMEU, durante 01 abril de 2013 a 01 abril de 2014. Quien encontró que 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 %.

Asimismo, **Ruiz De Somosurcio Claudia**<sup>10</sup> en su tesis “Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas a LUI y AMEU en el Hospital María Auxiliadora, enero a diciembre 2014.” Refiere que el hallazgo mínimo de complicaciones para ambos procedimientos, es concordante con las investigaciones anteriores que plantean su efectividad y eficacia; y es coincidente la prevalencia de la Aspiración Manual Endouterina con relación al Legrado Uterino, por cuanto 929 pacientes sometidas a la Aspiración Manual

Endouterina (89.63%) ninguna presentó sangrado y de 141 pacientes sometidas a Legrado Uterino (13.18%) 4 presentaron sangrado y fiebre posterior,

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia de aspiración manual endouterina (AMEU) en pacientes con aborto menor a 12 semanas es de 45,0%(36) y de legrado uterino instrumental (LUI) es de 55,0%(44).
2. Las indicaciones para el LUI fueron 59,1% (26) por aborto incompleto, 34,1%(15) por aborto retenido y 6,8%(03) por presentar embarazo anembrionario no evolutivo. Asimismo, en pacientes con AMEU, el 52,8%(19) fue por aborto incompleto, 30,6% por aborto retenido y 16,7%(06) por indicación de embarazo anembrionario no evolutivo.
3. La mayoría de pacientes sometidas a LUI presentaron dolor severo en 88,6%(39) y por el contrario en las pacientes con AMEU tuvieron solo dolor moderado en 55,6%(20)
4. El tiempo utilizado para el LUI fue de 15 a 20 minutos en 68,2% y con AMEU en la mayoría fue de 10 a 14 minutos en 86,1%.
5. El tiempo de estancia hospitalaria fue mayor a 12 horas en 86,4% con el LUI y por el contrario en las pacientes con AMEU fue de 9 a 12 horas en 58,3%.
6. La mayoría de pacientes sometidas a LUI tuvieron una pérdida sanguínea entre 40 a 60 ml en 84,1% y en las pacientes con AMEU el 100,0% tuvieron una pérdida sanguínea entre 10 a 30 ml
7. Las complicaciones que se presentaron fue la hemorragia con el LUI en 15,9% y por el contrario en las pacientes con AMEU ninguna presento complicaciones.



8. Se demostró la eficacia del AMEU en relación al LUI por presentar diferencia estadística significativa ( $p < 0,05$ ) en la intensidad del dolor, tiempo utilizado en el procedimiento, estancia hospitalaria, pérdida sanguínea y complicaciones. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

## RECOMENDACIONES

1. Los directivos del Hospital de Apoyo de Huanta deben sensibilizar y capacitar a los médicos ginecológicos conservadores de mayor antigüedad, quienes no optan aún por el AMEU como una opción moderna para el tratamiento del aborto; ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral.
2. Los profesionales de Obstetricia deben realizar consejería, orientación y seguimiento 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.
3. Promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post aborto, la cual debe ser ofertada respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia abortiva fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrando D. El Aborto Clandestino en el Perú. Lima: Pathfinder CMP Flora Tristán, 2008.
2. Rincón J. Comparación de dos Técnicas Anestésicas para legrado uterino instrumentado. Hospital De Occidente Kennedy.2012:1:36-53.
3. Martínez ML. Comparación entre legrado uterino y AMEU en pacientes hospitalizadas con abortos. Clínica humanitaria Fundación Pablo Jaramillo. Enero 2007- diciembre 2010. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Cuenca – Ecuador: Universidad del Azuay; 2012.
4. FIGO. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración de Consenso sobre Evacuación Uterina. 2012.
5. Acho S. Aborto En Adolescentes En El Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2005. Lima, Perú 2005.
6. Vergara Sagbini, G. Evacuación Endouterina. E.S.E Clínica de Maternidad. Rafael Calvo. 2007
7. 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.
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. Aldave PG. Atención con calidad del aborto incompleto no complicado:

Aspiración manual endouterina comparado con legrado uterino instrumental. Hospital Belen de Trujillo, 2006-2007. [Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina]. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.

10. Ruiz C. Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas a LUI y AMEU en el Hospital María Auxiliadora, enero a diciembre 2014. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
11. Chérrez, F y Rivera I. Principales causas de Legrado Uterino en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Enero – diciembre 2011. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay; 2012.
12. Ballinas J. Aspiración Manual Endouterina vs Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Toluca - México: Universidad Autónoma de México; 2014
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. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Ayacucho – Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2003.
14. Méjico JD. Incidencias y causas obstétricas del Legrado Uterino en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital regional de Ayacucho. 2009. [Tesis para optar el título de Obstetrix]. Ayacucho – Perú: Facultad de

Obstetricia. UNSCH; 2009.

- 15.** Borda A. Incidencia y Complicaciones del Legrado Uterino. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Apoyo de Ayacucho. Ayacucho, Perú 1993. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Ayacucho – Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 1993.
- 16.** Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007.
- 17.** 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.
- 18.** González E. Aborto provocado: Complicaciones frecuentes y tratamiento. Revista de Medicina Integral, 2011. Vol. 2(2): 325-333.
- 19.** 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 para optar el título de Obstetra]. Guayaquil - Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil; 2013.
- 20.** De LaCruz,R; Lopez, S: ficha de recolección de datos 2019.

## **ANEXOS**

# UNSCH

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



### ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA EN RELACIÓN AL LEGRADO UTERINO EN GESTANTES CON ABORTO. HOSPITAL DE APOYO HUANTA. SETIEMBRE - NOVIEMBRE 2019.”

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS<sup>20</sup>

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. > 1,900 soles Alta ( )
2. 951.00 a 1,900.00 soles Media ( )
3. <950.00 soles Baja ( )

##### d. Nivel de instrucción:

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

##### e. Religión

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

## II. DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS

AMEU ( )

LUI ( )

### Indicaciones

	Si	No
a. Aborto		
▪ Aborto Incompleto	( )	( )
▪ Aborto Retenido	( )	( )
▪ Aborto Séptico	( )	( )
b. Embarazo anembrionario	( )	( )
c. Mola hidatiforme	( )	( )
d. Embarazo no evolutivo	( )	( )

## III. EFECTIVIDAD DE LA AMEU FRENTE AL LUI

a). Intensidad del dolor: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 - 10

Poco ←————→ Demasiado

Escala analógica verbal

b). Tiempo del procedimiento:

☒ 10 a 15 min ( )

☒ 16 a 20 min ( )

☒ 21 a 30 min ( )

c). Estancia Hospitalaria

☒ 2-4 horas ( )

☒ 5-8 horas ( )

☒ 9-12 horas ( )

☒ Mayor a 12 horas ( )

d). Volumen de pérdida sanguínea



- 10 a 30 ml ( )
- 40 a 60 ml ( )
- 70 a 100 ml ( )

e). Tipo de anestesia

- General ( )
- Paracervical ( )
- Sedación ( )

f). Complicaciones

- Perforación uterina ( )
- Infección ( )
- Hemorragia ( )
- Evacuación incompleta ( )
- Lesión cervical ( )
- EPI ( )
- Ninguno ( )



