

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA VS LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO. HOSPITAL GENERAL DE JILOTEPEC, I.S.E.M”.

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, I.M.I.E.M.

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

M.C. JANET BALLINAS HERNÁNDEZ

DIRECTORES DE TESIS:

M.EN.IC.ROBERTO BELTRAN SALGADO

M.A.M. RICARDO P. GALLARDO DIAZ

REVISORES

M.A.I.S. MARCO ANTONIO MENDIETA MAZÓN

M.EN E.D. MIGUEL FERNANDEZ LOPEZ

DR. EN. FIL. JAVIER JAMES GARCIA

TOLUCA, MÉXICO, 2014

“ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA VS LEGRADO UTERINO
INSTRUMENTADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO.
HOSPITAL GENERAL DE JILOTEPEC, I.S.E.M.”

AGRADECIMIENTOS

AGRADESCO PROFUNDAMENTE LA ASESORIA METODOLOGICA AL DR. JAIMES GARCIA Y A MIS DIRECTORES DE TESIS M.EN.IC ROBERTO BELTRAN SALGADO Y M.A.M. RICARDO P. GALLARDO DIAZ.

GRACIAS DIOS POR ESTAR A MI LADO SIEMPRE CUIDANDOME Y MANDANDOME BENDICIONES.

A MI ESPOSO POR ESTAR A MI LADO SIEMPRE, APOYANDOME PARA LLEGAR AL ÉXITO Y VIVIRLO JUNTOS.

A MIS PADRES POR DARME EDUCACIÓN Y PRINCIPIOS QUE RIGEN MI VIDA. GRACIAS A SU APOYO, CARIÑO Y AMOR DIOS LOS BENDIGA.

A MI HERMANO POR SU CARIÑO Y A MI HERMANA POR SU APOYO.

A MIS MAESTROS EN EL AMPLIO CAMINO DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

RESUMÉN

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.

Palabras Clave: Aborto, legrado, aspiración, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction:The technique of manual vacuum aspiration (MVA) is one of the therapeutic techniques peak, since it has fewer complications compared with Curettage instrumented, so in this study we will compare and denote its effectiveness.

Methods: A descriptive, retrospective and cross-sectional study of 200 patients diagnosed with abortion, who underwent instrumented Curettage (LUI) or manual vacuum aspiration (MVA) for 01 April 2013 at the April 1, 2014.

Results: The most affected population is 26 to 35 years old, the population at risk is young with an average age of 29.5 years with a range of 15 to 42 years. The population is at lower risk patients older than 42 years old. We observed that patients who underwent procedures most were single in 36.5% and second is the free union with 34.5%. Predominance patients who started their sexual life after 17 years of age, number of sexual partners you have predominated sex with 1-4 partners prevailed and multiparous. In the instrumented curettage was present in 41% there was no complication in 2nd place with 22% was the neck injury, bleeding in 3rd place with 14%, incomplete evacuation 4th place with 8%, 5th site infection with 7% and 5% last uterine perforation. In manual vacuum aspiration was presented that there was no complication in 91%, second hemorrhage with 4% in 3rd incomplete evacuation with 3%, and finally uterine perforation with 1%.
Conclusions: The MVA technique is effective for the therapeutic use of Abortion and its varieties, and having fewer complications compared with Curettage Implemented.

Keywords: Abortion, curettage, aspiration, complications

INDICE

Marco Teórico.....	1-23
Planteamiento del problema	24 - 25
Justificaciones.....	26
Hipótesis	27
Objetivos	28 - 29
Método.....	30-32
Implicaciones éticas.....	33
Resultados en cuadros y gráficos	34 – 46
Resultados	47-49
Discusión	50-53
Conclusiones	54
Recomendaciones	55
Bibliografía	56 - 58
Anexo	59

1.- MARCO TEORICO

GENERALIDADES

En octubre de 2000, en la Cumbre del Milenio en los Estados Unidos de Norte América, todos los países coincidieron en la necesidad global de reducir la pobreza y las desigualdades. La necesidad de mejorar la salud materna fue identificada como una de las claves de Desarrollo del Milenio, con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. ⁽¹⁾

Las causas de muertes maternas a nivel mundial son múltiples, las mujeres mueren por complicaciones durante el parto que no se reconocen o están mal gestionadas, debido a las complicaciones que surgen al principio de la gestación, a veces incluso antes de que sean conscientes de estar embarazada como en el embarazo ectópico, mueren porque buscan poner fin a embarazos no deseados y carecen de acceso a los servicios apropiados. ⁽¹⁾

Los códigos penales en los diferentes estados de la República Mexicana contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos la autorizan en casos de violación. A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación. Dadas las restricciones, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de la ley. Muchos abortos se practican en condiciones inseguras lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse. Según estimaciones de las Naciones Unidas, durante el periodo post CIPD (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1995-2000) en México, ocurrieron más de 3.5 millones de abortos y casi 3,000 mujeres murieron por abortos realizados en condiciones inseguras. Esta segunda cifra representa casi un tercio de todas las muertes maternas en el país durante esos años. ⁽¹⁾

Las complicaciones del aborto representan la tercera causa de mortalidad materna en México 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. ⁽¹⁾

A pesar del uso de anticonceptivos la tasa de abortos aumentó dramáticamente en las últimas tres décadas, se estima que 40-50 millones de abortos ocurren cada año, casi la mitad de ellos en circunstancias que no son seguras. A nivel mundial aproximadamente el 13% de las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros, además de unas 70.000 mujeres que mueren cada año, decenas de miles sufren las consecuencias de salud a largo plazo como la infertilidad. Incluso cuando la planificación familiar es ampliamente accesible, los embarazos ocurren debido a la falla de métodos anticonceptivos, las dificultades con el uso, no uso o como resultado de violación. En reconocimiento de esas circunstancias, casi todos los países en el mundo han aprobado leyes que permiten la interrupción del embarazo en condiciones especiales. En algunos lugares, el aborto es legal sólo para salvar la vida de la mujer, en otros, se permite el aborto a petición de la mujer. ⁽¹⁾

Consideraciones generales sobre el problema del aborto

Existe consenso que el aborto realizado en condiciones inadecuadas, produce elevada morbi-mortalidad que significa un grave problema social y de salud pública. ⁽²⁾

Los médicos deben ejercer un rol apropiado en la resolución de este problema. En todo el mundo debe ser función de los médicos prevenir los embarazos no deseados y reducir el número de abortos y así la morbi-mortalidad materna. ⁽²⁾

La experiencia mundial ha demostrado que la penalización del aborto no disminuye su frecuencia, pero aumenta la morbi-mortalidad materna, contribuye a la discriminación y humillación de la mujer, perpetuando de este modo la desigualdad y la injusticia social. ⁽²⁾

Es importante que los médicos conozcan los determinantes y las consecuencias sociales, culturales y económicas del embarazo indeseado, entre ellas su salud física y mental. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, dependen del sistema público de salud. ⁽¹⁾

Por otra parte, educar a hombres y mujeres en temas de salud sexual y reproductiva y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos aceptables y seguros constituye la estrategia más eficaz para combatir el aborto. ⁽²⁾

Es difícil inferir la magnitud del aborto, ya que factores culturales, religiosos y legales influyen para que las mujeres oculten la interrupción de un embarazo. Según cifras de la OMS, la mitad de las gestaciones que ocurren en el mundo son indeseadas, 1 de cada 9 mujeres recurre al aborto como única solución posible. ⁽²⁾

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y de su capacidad reproductiva. Suponen el ejercicio de la sexualidad y de su orientación sexual libre de discriminación, coacción o violencia, así como el acceso de información sobre el cuerpo la educación y la salud sexual. El ejercicio de estos derechos implica la posibilidad de decidir respecto de tener hijos en condiciones que hagan posible elecciones libres y seguras. ⁽²⁾

Los derechos sexuales y reproductivos son condición indispensable del ejercicio de una ciudadanía plena y se sustentan en el reconocimiento y respeto a los derechos humanos universales y de las garantías establecidas en nuestra Constitución. ⁽²⁾

Las mujeres que consultan en los servicios de salud durante el proceso de aborto no deben ser consideradas culpables ni víctimas, no deben ser juzgadas ni criminalizadas, suponiendo que el aborto fue provocado. ⁽²⁾

Las mujeres tienen derecho a una atención digna con respecto a su privacidad, individualidad y libertad de elección. El médico no debe juzgar, sólo debe dedicarse a la atención de la mujer teniendo en cuenta tanto los problemas físicos con emocionales de la paciente. ⁽²⁾

Para esto es necesario un amplio cambio cultural de todo el equipo de salud, propinando espacios de reflexión en el personal involucrado en la atención de pacientes con aborto para discutir sus valores y actitudes en relación a este problema. ⁽²⁾

Estos cambios deber realizarse en función de priorizar la atención de la mujer integralmente, en lugar de considerar solo sus problemas físicos. ⁽²⁾

ABORTO

Más de 800.000 abortos electivos (es decir, una tasa de aborto de aproximadamente 250 abortos por cada 1.000 nacidos vivos) se realizaron en los Estados Unidos en 2010, casi todos estos fueron realizados de manera quirúrgica, más del 98% fueron realizados mediante legrado uterino instrumentado, los abortos médicos (es decir, no quirúrgico, generalmente se realiza a las ocho semanas de gestación o menos) se han realizado desde mediados de la década de los 90s y pueden llegar a ser más comunes pero no se tiene registro adecuado de los mismos por lo cual no hay un porcentaje definido. ⁽¹⁾

Definición:

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas.

Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. ^(3, 4)

Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación. El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado). ⁽¹⁾

El concepto de viabilidad se considera entonces de acuerdo con la duración del embarazo, el peso fetal y la disponibilidad de los recursos tecnológicos en el área neonatal ⁽⁷⁾

Incidencia:

Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos. ^(7, 8)

Según estadísticas de la organización mundial de la salud se estima que 46 millones de embarazos terminan en aborto inducido cada año, alrededor de 20 millones de estos se realiza de manera no segura. ⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) calcula que la incidencia del aborto en Latinoamérica es la más alta del mundo, donde cuatro de cada diez embarazos terminan en abortos ⁽³⁾

Otros expertos, como Ahman y Shah (2002), concluyen que la tasa más elevada de abortos a nivel mundial se observa en América Latina, con 29 abortos por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años de edad. ⁽¹⁰⁾

La frecuencia del aborto identificado clínicamente aumenta de 12% en mujeres menores de 20 años, a 26% en quienes tienen más de 40 años. La frecuencia de aborto aumenta si la mujer concibe en los siguientes 90 días de haber dado a luz un producto de término. ⁽¹⁰⁾

Etiología: Mas del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas del embarazo y cuando menos, la mitad es consecuencia de anomalías cromosómicas. Después del primer trimestre disminuyen el índice de abortos y la frecuencia de anomalías cromosómicas ⁽¹¹⁾

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anormalidades cromosómicas y a anormalidades morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas. ⁽¹³⁾

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anormalidades cromosómicas disminuye a aproximadamente 5%. ⁽³⁾

Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anormalidades anatómicas del aparato genital materno (útero unicornio, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares y renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma hominis; factores inmunológicos tales como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre. ^(11,12,13)

Se denomina pérdida recurrente del embarazo a la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos. Este término ha reemplazado al de aborto habitual. La pérdida recurrente del embarazo se clasifica como primaria si la paciente nunca ha tenido un fruto viable, o secundaria si la madre ha tenido un bebé antes de las pérdidas consecutivas del embarazo. En la actualidad, cuando una paciente ha presentado dos abortos consecutivos espontáneos, se inicia la investigación como pérdida recurrente del embarazo debido a que la frecuencia de hallazgos anormales es similar a la que se encuentra cuando se investigan las pacientes después de haber presentado tres o más abortos. Las parejas con una historia de tres abortos consecutivos, sin el antecedente de un hijo vivo, tienen un riesgo de aborto espontáneo subsecuente de 50%.⁽¹⁵⁾

Aunque los factores etiológicos involucrados en la pérdida recurrente del embarazo (anteriormente aborto habitual) son los mismos que los que se informan para el aborto espontáneo individual, es diferente la distribución de su frecuencia.⁽⁸⁾

Por ejemplo, las anomalías Mülllerianas que se encuentran en 1-3% de mujeres con un aborto individual, se pueden diagnosticar en 10-15% de pacientes con pérdida recurrente de la gestación. La incidencia de anomalías cromosómicas es menor en los casos de pérdida recurrente del embarazo, aunque cuando se realizan cariotipos de alta resolución el número de desarreglos que se diagnostica es mayor. Los desórdenes endocrinos, las alteraciones autoinmunes, las anomalías Mülllerianas y la incompetencia cervical se diagnostican con mayor frecuencia en las pacientes con pérdida recurrente de la gestación.^(14,15)

La prevención, particularmente en el aborto de repetición (aborto habitual), requiere por ser de origen multifactorial, de una adecuada valoración clínica y estudios de laboratorio y gabinete para determinar su causa, de un tratamiento especializado y posteriormente de una atención prenatal precoz y con calidad durante todo el embarazo.⁽²⁰⁾

No siempre se detectan los mecanismo precisos que explican el aborto, pero en los primeros 90 días del embarazo, la muerte del embrión o del feto casi siempre anteceda su expulsión espontánea. En meses posteriores, el feto a menudo no muere antes de la expulsión en esta situación habrá que buscar otras razones de su expulsión. ^(3,4)

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con el número de hijos procreados y también con la edad de la madre y del padre. ⁽²⁾

En México, como en otros países, las mujeres recurren al aborto cuando tienen un embarazo no planeado. Algunas de ellas no están en capacidad de cuidar a un hijo; algunas ya tienen todos los hijos que desean; otras no quieren el embarazo porque es el resultado de sexo forzado y también se da el caso de que la vida o la salud de algunas mujeres están en riesgo si continúan con un embarazo. ^(16, 17,18)

Otros varios factores contribuyen al embarazo no planeado y al aborto, incluyendo información insuficiente e imprecisa acerca de la anticoncepción, un acceso inadecuado a los servicios y suministros, y una utilización de anticonceptivos incorrecta e inconsistente. ⁽²³⁾

Cuadro clínico:

En una mujer en edad reproductiva que ha tenido relaciones sexuales y presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor hipogástrico intermitente y sangrado, después de retraso menstrual o amenorrea, o en quien se ha hecho previamente el diagnóstico de embarazo, hay que sospechar amenaza de aborto. ^(19,20)

Con el desarrollo del inmunoanálisis, que permite la identificación temprana de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, se cuenta hoy con un instrumento muy sensible y específico tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y manejo de las complicaciones del embarazo temprano. ⁽¹⁹⁾

La gonadotropina coriónica humana (hCG) se puede detectar en la sangre materna desde 7-10 días después de la fertilización y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico. En condiciones normales se encuentra una duplicación

de la concentración de hCG en el suero materno cada 48-72 horas. Cuando los niveles de la hormona no ascienden adecuadamente, la curva se aplana, o los niveles descienden antes de la octava semana de gestación, puede inferirse un embarazo de mal pronóstico o no viable. ⁽¹⁹⁾

Por otra parte, los estudios ecográficos con equipos de alta resolución, permiten visualizar por vía trans abdominal el saco gestacional a las cinco semanas de amenorrea (tres semanas post concepción) como un espacio lleno de líquido apenas medible (dos milímetros de diámetro). ⁽²⁾

A la sexta semana aparece el reborde trofoblástico y a la séptima semana de gestación se puede observar la actividad cardiaca del embrión, lo cual comprueba la vitalidad del fruto de la concepción. ^(20, 21, 22,23)

También se puede observar el crecimiento del saco gestacional de 1 mm/día. Cuando se realiza ultrasonido por vía transvaginal estos hallazgos se encuentran aproximadamente una semana antes de las fechas mencionadas. Esto significa que se puede diagnosticar en forma más precoz la aparición, localización y características del embarazo con la ecografía transvaginal. ^(20, 21)

Las concentraciones de hCG se pueden evaluar en conjunto con los hallazgos del ultrasonido para obtener una mayor precisión diagnóstica. Cuando los niveles séricos de hCG son del orden de 5.000-6.000 mU/mL debe observarse ya un saco gestacional con la ecografía transabdominal; con el transductor transvaginal se puede visualizar el saco gestacional cuando el nivel de hCG se encuentra entre 1.800-2.000 mU/mL. ^(20, 21)

Estas dos pruebas han cambiado la forma de interpretar el cuadro clínico, la evolución de la amenaza de aborto y el diagnóstico del embrión no viable, del aborto y del embarazo ectópico. Por ejemplo, una paciente con retraso menstrual que consulta por sangrado genital tiene una concentración de hCG de 3.000 mU/mL y hallazgos negativos a la ecografía trans-abdominal, amerita un estudio transvaginal o un seguimiento de la hormona 48-72 horas después.

Si el embarazo es normal, la ecografía transvaginal debe mostrar crecimiento intrauterino; y, si el trofoblasto está funcionando normalmente, el seguimiento de la hormona deberá mostrar concentraciones cercanas a las 6.000 mU/mL. ^(22,23)

Un corto tiempo después también se observará el saco por ecografía transabdominal. Hallazgos diferentes hacen sospechar una gestación de mal pronóstico o un embarazo ectópico. ^(24, 25,26)

En la actualidad también se ha dado importancia a la determinación única de la concentración de progesterona cuando se investiga el pronóstico de un embarazo. Una concentración de progesterona por debajo de 15 ng/mL se relaciona con gestaciones intrauterinas de mal pronóstico y con embarazo ectópico. No se requiere seguimiento de esta hormona en la investigación subsiguiente. ⁽²³⁾

Clasificación del aborto:

Depende de la iniciación y de la evolución. Por la forma como se inicia se puede dividir en espontáneo e inducido. Dentro de la última categoría se presenta la posibilidad de que sea legal, ilegal y terapéutico. ^(24, 25,26)

Desde el punto de vista clínico el aborto se clasifica de la siguiente forma:

a) Amenaza de aborto:

Es la presencia de hemorragia vaginal y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales.

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

El tratamiento es el reposo absoluto en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente. También pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor.

En los embarazos tempranos es importante definir el pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. En los casos de embrión vivo pueden observarse zonas de desprendimiento o sangrado o sacos de implantación baja. Si de manera inequívoca no se detecta embrión (huevo anembrionado) debe procederse a la evacuación, mediante dilatación cervical y curetaje. ⁽²⁷⁾

Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continua su curso. ^(27, 28,29)

En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo. ⁽²⁷⁾

Conducta:

Ante una consulta compatible con un cuadro clínico de aborto se procede de la manera siguiente:

1. Ecografía para descartar una mola o un embarazo ectópico y precisar si existe o no una vida embrionaria o fetal.
2. Determinación de β hCG.
3. Mientras no se cuenta con el resultado de estas exploraciones, reposo en cama. Hospitalizar si existen presiones familiares, se trata de aborto a repetición o el embarazo ha sido calificado previamente de alto riesgo.
4. Abstención del coito.
5. Administrar sedantes uterinos si persisten las contracciones dolorosas.
6. Procurar tranquilizar a la paciente y a sus familiares.

Tratamiento médico:

- Si la ecografía demuestra viabilidad ovular y las pruebas bioquímicas son normales, se debe instaurar reposo y precisar si existen o no causas metabólicas, infecciosas o de otro tipo para la amenaza de aborto.
- Sí la ecografía aún no revela placa embrionaria o existe un desfase entre la edad gestacional real y la ecografía, pero la prueba inmunológica es positiva, solicitar una nueva ecografía en dos semanas y en el intervalo hacer guardar reposo a la paciente.
- Sí la ecografía demuestra viabilidad ovular, pero demuestra un cierto desprendimiento placentario se debe instaurar reposo absoluto.

b) Aborto en evolución:

Se define como el cuadro clínico caracterizado por la presencia de hemorragia vaginal persistente de origen uterino, contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) incompatibles con la continuidad de la gestación. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. ^(26, 27,28)

El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o la revisión uterina.

Conducta:

1. Hospitalización inmediata de la paciente.
2. Revisión de los exámenes de laboratorio.
3. Solicitar hemograma, hemoclasificación.
4. Si se trata de un aborto del primer trimestre:
 - Legrado uterino, previa dilatación del cuello uterino.
 - Efectuar siempre exploración vaginal bajo anestesia en el momento del legrado, para descartar un posible embarazo ectópico.

5. Anotar en la historia clínica los datos obtenidos. Si se trata de un aborto del segundo trimestre:

- Si el cuello uterino está abierto o semiabierto.
- Si existe una dinámica uterina instaurada y si la metrorragia no es alarmante, procurar el vaciamiento del útero mediante goteo de oxitocina (15-30 UI de oxitocina en 500 mL de Lactato de Ringer).
- Después de la expulsión del feto, practicar revisión uterina.

c) Aborto diferido o Huevo muerto y retenido:

Se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto.^(27, 28)

Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardíaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y en embarazos del segundo trimestre, cabalgamiento de los huesos del cráneo.^(27, 28)

El advenimiento de la ecografía permite el diagnóstico de la muerte embrionaria y de la muerte fetal en forma precoz; por esta razón, para el manejo clínico no tiene lugar en la actualidad el considerar aborto retenido solamente a aquel que tiene tres o más semanas de muerte intrauterina.⁽²⁸⁾

Conducta:

El tratamiento del aborto retenido depende de la edad gestacional y del tamaño uterino. En embarazos tempranos consiste en la evacuación del útero mediante dilatación y legrado. En gestaciones avanzadas (mayores de doce semanas) debe llevarse a cabo la maduración cervical con prostaglandinas y la inducción con oxitocina. La oxitocina puede iniciarse mezclada con dextrosa al 5% o Lactato de Ringer a una tasa de infusión de 1 mU/mL. La velocidad de la infusión puede

duplicarse cada 15 minutos hasta obtener contracciones uterinas adecuadas. Cuando el feto se expulse se debe practicar legrado o revisión uterina con el fin de completar la evacuación de los anexos ovulares.

d) Aborto incompleto

Cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina. Cuando queda retenida la placenta el tratamiento consiste en completar el aborto por medio del legrado o la revisión uterina.

e) Aborto inevitable

Variedad del aborto incompleto ya que la pérdida del líquido amniótico ya configura un cuadro de aborto incompleto, que hace imposible la continuación de la gestación generalmente por la existencia de hemorragia vaginal intensa, ruptura de membranas, aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible o cuando las contracciones uterinas son más enérgicas, el cuello sufre borramiento y dilatación, las membranas están rotas y se palpan a través del cuello las partes fetales.

En estos casos el tratamiento consiste en hidratar la paciente, reforzar la actividad uterina con oxitocina si es necesario, administrar analgésicos parenterales y esperar la expulsión del feto. Posteriormente se procederá a practicar legrado o revisión uterina. ^(28, 29,30)

Conducta:

- Hospitalización, ordenar hemograma, hemoclasificación y serología.
- Si se trata de un aborto incompleto y la pérdida sanguínea es notable, es necesario realizar legrado uterino inmediato con goteo oxitócico simultáneo.

Los cuidados posteriores incluyen:

- Goteo oxitócico durante 2-3 horas después de la evacuación uterina.
- Globulina anti D en las pacientes Rh negativas.
- Efectuar un adecuado soporte psicológico.

Al dar de alta se debe instruir a la paciente en los siguientes tópicos: No usar tampones o duchas vaginales y abstenerse del coito durante tres semanas. Aconsejar visita médica en caso de fiebre, dolor suprapúbico o aumento brusco de la pérdida hemática. Control en consulta externa a las 4-6 semanas.

f) Aborto completo o consumado:

Se denomina aborto completo a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares. Desde el punto de vista clínico se identifica porque desaparece el dolor y el sangrado activo después de la expulsión de todo el producto de la concepción. Puede persistir un sangrado escaso por algún tiempo. ⁽⁴⁾.

Tratamiento: Cuando ocurre en embarazos tempranos el tratamiento consiste en la observación solamente, confirmación por ecografía y si se considera necesario, el seguimiento de la hCG.

g) Aborto habitual

Es la pérdida repetida y espontánea del embarazo en tres o más ocasiones o de 5 embarazos en forma alterna. ⁽⁴⁾.

h) Aborto séptico

Cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina. ⁽⁴⁾.

TÉCNICAS PARA EVACUACIÓN ENDOUTERINA

Técnicas quirúrgicas:

- a) Dilatación cervicouterina seguida de evacuación del contenido del útero:
 - Legrado.
 - Aspiración por vacío.
 - Dilatación y evacuación.
 - Dilatación y extracción.
- b) Laparotomía:
 - Histerotomía.
 - Histerectomía.

Técnicas médicas

- a) Oxitocina intravenosa.
- b) Líquido hiperosmótico intra-amniótico:
 - Solución salina al 20%
 - Solución de urea al 30%
- c) Prostaglandinas E2, E1 y análogos:
 - Inyección intraamniótica.
 - Inyección extraovular.
 - Inyección parenteral.

MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA

Evacuación uterina es la extracción del contenido del útero. Al utilizar un método de evacuación uterina se debe evaluar la dilatación cervical, las semanas de edad gestacional, presencia y gravedad de la hemorragia ^(29,19)

Evaluación preoperatorio:

- Informar a la paciente y firmar el consentimiento informado.
- Análisis: hematocrito, hemoglobina, pruebas de coagulación, grupo y Rh
- Transfundir a la paciente en caso fuese necesario ⁽³⁰⁾

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO (LUI):

Es de los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan en obstetricia. Se conoce además con el nombre de dilatación y curetaje. El LUI es un método quirúrgico de evacuación uterina. En el tratamiento de las complicaciones del aborto el LUI se utiliza tanto en el primer trimestre como en el segundo trimestre. La OMS recomienda que deba utilizarse únicamente en casos en que no se disponga de AMEU (Aspiración Manual Endouterina) por las posibles complicaciones. Debe ser realizado solamente por personal capacitado, de preferencia medico. ⁽³⁰⁾

Indicación:

En la actualidad existen dos tipos de legrado, el obstétrico y el ginecológico. El que se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea, para limpiar la cavidad endometrial, es el que se denomina obstétrico. El legrado ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación, cuando se desea realizar biopsia del endometrio, hemorragia disfuncional, gestaciones menores de 15 semanas. ⁽³⁰⁾

Tipo de anestesia: Anestesia de tipo general, regional o sedación que puede variar de superficial a profunda.

Con el paso de los años se han descrito y utilizado diferentes tipos de anestesia para la realización de los legrados obstétricos, tales como: anestesia local, bloqueo paracervical con premedicación analgésica, sedación consciente, anestesia general con y sin agentes inhalados, siendo la anestesia general endovenosa la más utilizada actualmente por los anesthesiólogos, dado que, la técnica inhalatoria general presenta inconvenientes en cuanto a costos, contaminación del área quirúrgica, aumento de sangrado transoperatorio y en todos los casos es necesario controlar la vía aérea y la ventilación del paciente con los riesgos que ello implica. ⁽³⁰⁾

La técnica anestésica adecuada para este tipo de procedimientos, será entonces, aquella que proporcione las condiciones óptimas para el procedimiento tales como: inducción rápida sin cambios bruscos en los signos vitales, fácil administración, vida media corta, analgesia, control neurovegetativo, recuperación rápida, ausencia de efectos secundarios, además de satisfacción para el ginecólogo durante el procedimiento y para el paciente posterior al mismo. ⁽³⁰⁾

Instrumentos:

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

Procedimiento:

a) **Dilatación:** La paciente debe estar en posición ginecológica, se debe extraer el dispositivo de dilatación cervical si se ha utilizado previamente, se realiza asepsia de genitales externos y vagina, se realiza tacto para determinar la consistencia, el tamaño y la posición del útero; se colocan las valvas de Doyen o espejuelo de Guttman, para visualizar el útero, se realiza el pinzamiento del cuello cervical con las pinzas de Pozzi, con las cuales se tracciona y se estabiliza el útero; se realiza histerometría para determinar la dirección del canal cervical y el tamaño del útero; se realiza dilatación del cuello con los Tallos de Hegar utilizando el de menor calibre hasta alcanzar el grado de dilatación necesaria para poder utilizar las legras o las pinzas durante el procedimiento. ^(29,30,31)

b) **Evacuación:** Se introducen las pinzas de Winter o Forester, deben ser introducidas hasta el fondo del útero donde se abren y rotan dentro de la cavidad uterina para poder atrapar los restos más gruesos. Se completa la

evacuación utilizando las legras (preferiblemente romas), estas se pasan sistemáticamente por las paredes uterinas hasta conseguir sensación de rascado “grito uterino”, justo cuando la sangre se vuelve roja, escasa y con burbujas. ⁽²⁹⁾

El procedimiento debe ser cuidadoso, se debe evitar ser enérgico y destruir la capa basal provocando sinequias uterinas (Síndrome de Asherman) dando como resultado esterilidad. ⁽²⁹⁾

c) Control postoperatorio

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

Seguridad y eficacia clínica

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

Aceptación

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

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 UNICEF y el Banco Mundial, considera la AMEU como una tecnología esencial para la evacuación Endouterina. ⁽²⁹⁾

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. ^(30, 31, 32, 33, 19,20)

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 aun se utiliza el LUI. ^(30, 31, 32, 33, 19,20)

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. ^(30, 31, 32, 33, 19,20)

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. ^(30, 31, 19,20)

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 mas suavemente, la bolsa gestacional permanece intacta asegurando una completa evacuación uterina. ^(33, 19,20)

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.

d) 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.

Seguridad y eficacia clínica

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. ^(32, 33,34, 19)

Efectos secundarios de los métodos de evacuación endouterina

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

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. ^(31, 32, 33,20, 21)

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 ^(33,34)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial aproximadamente el 13% de las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos, hasta 70.000 mujeres mueren cada año, y decenas de miles sufren las consecuencias de salud a largo plazo del aborto como la infertilidad.

En el 2010 se calculaba que un tercio de las mujeres que abortaban presentaban complicaciones y que cada año se ocupaban por esta causa unas 600 mil camas hospitalarias. Se ha documentado que la atención de mujeres con complicaciones del aborto, requiere la mayor cantidad de recursos públicos para salud reproductiva.

Estas cifras señalan la importancia de mejorar el acceso a servicios de interrupción legal del embarazo, especialmente en etapas tempranas de la gestación, así como de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de atención postaborto.

La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) puede contribuir con estas dos necesidades urgentes

La frecuencia de la experiencia de aborto, sea espontaneo o inducido, así como las implicaciones que tiene para la salud de las mujeres requiere de un abordaje que ponga énfasis en la atención sus necesidades y no del aborto en sí, se requiere un enfoque no solamente en aspectos clínicos sino también identificar las circunstancias específicas de las mujeres en situación de aborto para brindarles servicios de acuerdo con sus necesidades.

Los y las prestadores de los servicios de salud pueden encontrarse con adolescentes, mujeres con abortos espontáneos forzados producto de situaciones violentas o con mujeres con abortos espontáneos que realmente son producto de violencia durante el embarazo, mujeres con embarazos no deseados. Cada una de estas mujeres debe de ser abordaje de manera individual para su mejor manejo

multidisciplinario que incluye no solo la atención clínica o terapéutica, sino también entra el punto de vista social, cultural y de trabajo social.

A lo largo de los años se ha llevado acabo como terapéutica del aborto, el legrado uterino instrumentado el cual puede tener más complicaciones que la Aspiración Manual Endouterina en estos últimos años se ha dado más auge y seguimiento ya que para el tratamiento de mujeres con aborto incompleto, hemorragias obstétricas y ginecológicas el AMEU puede entrar de una manera muy eficiente tanto terapéutico como entrar en un marco de calidad de atención basada en los derechos humanos de las pacientes.

Por estos motivos se decide realizar un estudio con el fin de comparar las técnicas quirúrgicas de Legrado Uterino Instrumentado versus Aspiración Manual Endouterina.

¿Cuáles son las complicaciones más comunes, posterior al tratamiento de aborto con la técnica de legrado uterino instrumentado en comparación con aspiración manual endouterina en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General, I.S.E.M. en el periodo del 01 de abril de 2013 al 01 de abril de 2014?

3. JUSTIFICACIONES

El uso de la Aspiración Manual Endouterina puede llegar a acelerar la recuperación y disminuir los costos intrahospitalarios y así la movilización temprana, disminuye la morbimortalidad, esto conduce a una estancia hospitalaria menor. Internacionalmente existen estudios que nos mencionan las ventajas amplias de usar la Aspiración Manual Endouterina y en conclusión es una técnica demasiado adecuada para pacientes con diagnósticos de aborto y sus variedades, hemorragias o de padecimientos ginecológicos. El cual se ha documentado que no produce complicaciones severas como lo que podría ser perforación uterina. Es por ello que puede utilizarse de forma segura y con efectos adversos mínimos. En México hay pocos trabajos publicados para documentar la utilidad de esta técnica a nivel estatal existen antecedentes y en nuestro Hospital solo se maneja en determinado casos por lo que éste estudio tiene como objetivo contribuir a la aportación de la literatura en relación al uso de la Aspiración Manual Endouterina. Nos interesa el dar a conocer las ventajas que tiene el ocupar la técnica de la Aspiración Manual Endouterina y demostrar que tiene mejor grado de recuperación y disminuye la estancia hospitalaria y por tanto los costos, el presente trabajo se desarrolla en busca de nuevas alternativas que permitan brindar una técnica terapéutica novedosa ya que sería el inicio de líneas de investigación.

4. HIPOTESIS

La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) tiene menos complicaciones que el Legrado uterino instrumentado (LUI) en el tratamiento del aborto.

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir las complicaciones más comunes, posteriores al tratamiento de aborto con legrado uterino instrumentado en comparación con Aspiración Manual Endouterina, en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. durante el periodo del 01 abril 2013 al 01 abril de 2014.

Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de la complicación de lesión cervical, posterior al tratamiento con legrado uterino instrumentado.
2. Determinar la frecuencia de la complicación de lesión cervical, posterior al tratamiento con aspiración manual endouterina.
3. Determinar la frecuencia de la complicación de perforación uterina, posterior al tratamiento con legrado uterino instrumentado.
4. Determinar la frecuencia de la complicación de perforación uterina, posterior al tratamiento con aspiración manual endouterina.
5. Determinar la frecuencia de la complicación de evacuación incompleta, posterior al tratamiento con legrado uterino instrumentado.
6. Determinar la frecuencia de la complicación de evacuación incompleta, posterior al tratamiento con aspiración manual endouterina.
7. Determinar la frecuencia de la complicación de hemorragia, posterior al tratamiento con legrado uterino instrumentado.

8. Determinar la frecuencia de la complicación de hemorragia, posterior al tratamiento con aspiración manual endouterina.
9. Determinar la frecuencia de la complicación de infección, posterior al tratamiento con legrado uterino instrumentado.
10. Determinar la frecuencia de la complicación de infección, posterior al tratamiento con aspiración manual endouterina.
11. Determinar las características socio-demográficas de las pacientes con aborto.
12. Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con aborto.

6. MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE MEDICION
PERFORACIÓN UTERINA			Dicotómica	Nominal	SI - NO
EVACUACIÓN INCOMPLETA			Dicotómica	Nominal	SI - NO
LESIÓN CERVICAL			Dicotómica	Nominal	SI - NO
INFECCION			Cualitativa	Nominal	SI - NO
SANGRADO		Hemorragia posterior al tratamiento.	Cualitativa	Nominal	SI - NO
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años de la paciente al momento del diagnóstico.	Cuantitativa discreta.	Rango o intervalo	Años. 1) 14-25 años. 2) 26-35 años 3) 36-42 años.
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación de pareja de la paciente al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado de estudio que alcanzo la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	1) Ninguna 2) Básica 3) Media 4) Superior
OCUPACIÓN			Cualitativa	Nominal	1) Ama de casa 2) Trabajo formal 3) Trabajo informal
EDAD DE IVSA	Edad en años del inicio de la actividad sexual.	Edad en años del inicio de la actividad sexual.	Cuantitativa Discreta	Rango o intervalo	1) <17 años. 2) 17 años 3) mayor de 17 años
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Cantidad de compañeros con los que se realiza coito desde el inicio de vida sexual activa.	Cantidad de compañeros con los que se realiza coito desde el inicio de vida sexual activa.	Cuantitativa Discreta	Rango o intervalo	1) 1 2) 2-3 3) 3 3) ≥4
NÚMERO DE GESTAS	Cantidad de nacimientos de una mujer.	Cantidad de partos de la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	Rango o intervalo	1) Primigestas 2) Secundigestas 3) Multigestas

UNIVERSO DE TRABAJO

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. durante el periodo de 01 abril de 2013 al 01 de abril de 2014.

MUESTRA: Diseño no probabilístico secuencial por oportunidad y conveniencia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de aborto confirmado con prueba de embarazo y ultrasonido.
2. Expedientes clínicos de pacientes con edad de 14 a 42 años.
3. Expedientes clínicos (200) de pacientes que recibieron tratamiento con legrado uterino instrumentado (100) y aspiración manual endouterina (100).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes post LUI por diagnóstico no relacionado al estado gestacional (sangrado uterino disfuncional, biopsia de endometrio).
2. Pacientes post parto eutócico con retención de restos placentarios o alumbramiento incompleto.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

No aplica en los estudios de series de casos.

DESARROLLO DEL PROYECTO:

Previa autorización del protocolo por el Comité de Enseñanza, Investigación y Ética del Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. Se procedió a revisar 200 expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de selección de pacientes con diagnóstico de aborto que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. durante el periodo de 01 abril de 2013 al 01 de abril de 2014.

Se revisaron 200 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto, de las cuales 100 pacientes recibieron tratamiento con legrado uterino instrumentado (LUI) y 100 pacientes recibieron tratamiento con aspiración manual endouterina (AMEU).

Todos los procedimientos fueron realizados por médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Se utilizó el Anexo 1 para la recolección de los datos necesarios para el estudio, el cual incluye ficha de identificación, características sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos y variables relacionada con el tratamiento o seguimiento recibido por las pacientes.

Las variables registradas son: Evacuación incompleta, Lesión cervical, Perforación uterina, Infección, Hemorragia.

El análisis estadístico se realizó mediante medidas de frecuencia descriptivas: tendencia central, media, mediana, moda y porcentajes.

Los resultados se presentan en cuadros y gráficas.

DISEÑO DE ANÁLISIS:

Se tomaron a las pacientes conforme a la lista de ingreso del Hospital y cumpliendo con los criterios de inclusión. De esta manera se evitó sesgos en la investigación. Se diseñó una hoja recolectora de datos previamente elaborada para el estudio de la que posteriormente la información de las pacientes fue ingresada a una hoja electrónica de Microsoft Excel y fueron tabulados, graficados, interpretados y analizados.

7. IMPLICACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizara bajo las normas que dictan:

Ley general de Salud, reglamento de investigación para la salud en México (iniciando vigencia el 1ero julio de 1984) y para seguridad de dicha investigación se menciona lo siguiente título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos capítulo I art. 13, 14, 15,16, 17, 18, 19, 20 y 21.

NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico

Declaración de Helsinki adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

El consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra Suiza 2002. Se protegerá la confidencialidad de los registros que pudieran identificar a los sujetos del ensayo, respetando la privacidad, integridad y las normas de confidencialidad.

Se tendrá la autorización del Subcomité de Investigación y Ética del Hospital General De Jilotepec, I.S.E.M.

El aborto es un problema de salud pública con implicaciones morales y éticas que hasta la fecha no han sido resueltos de manera satisfactoria. Sin embargo, en consideración a las mujeres que abortan – sin considerar las causas que inducen a ello-manifestamos la idea de riesgo beneficio y considerando que al hospital ingresan paciente en las que el aborto es inevitable, por tanto ofrecemos la posibilidad a las pacientes de una resolución medica que menos afecte su integridad física.

8. RESULTADOS EN CUADROS Y GRAFICOS

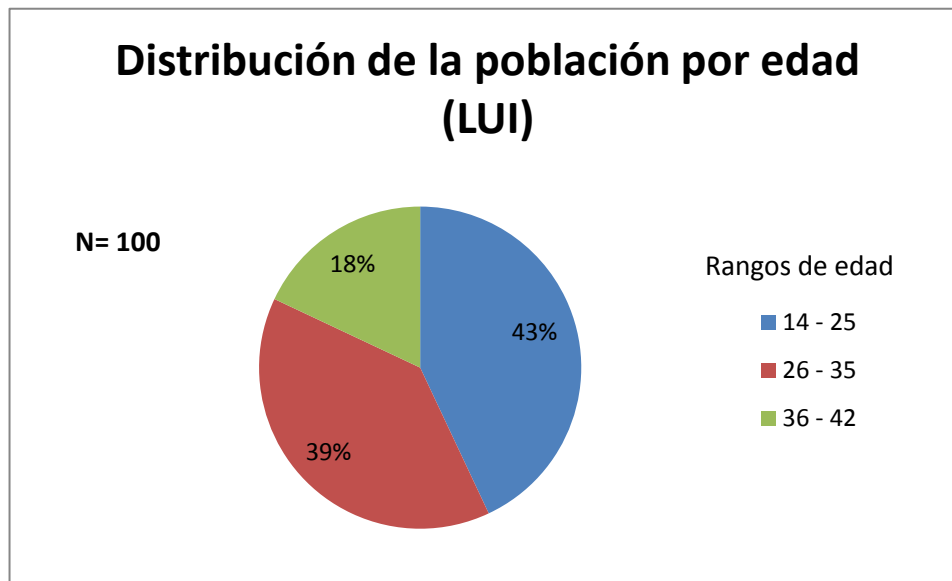
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD

Edad	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
14 - 25	43	43	39	39
26 - 35	39	39	33	33
36 - 42	18	18	28	28
Total	100	100	100	100

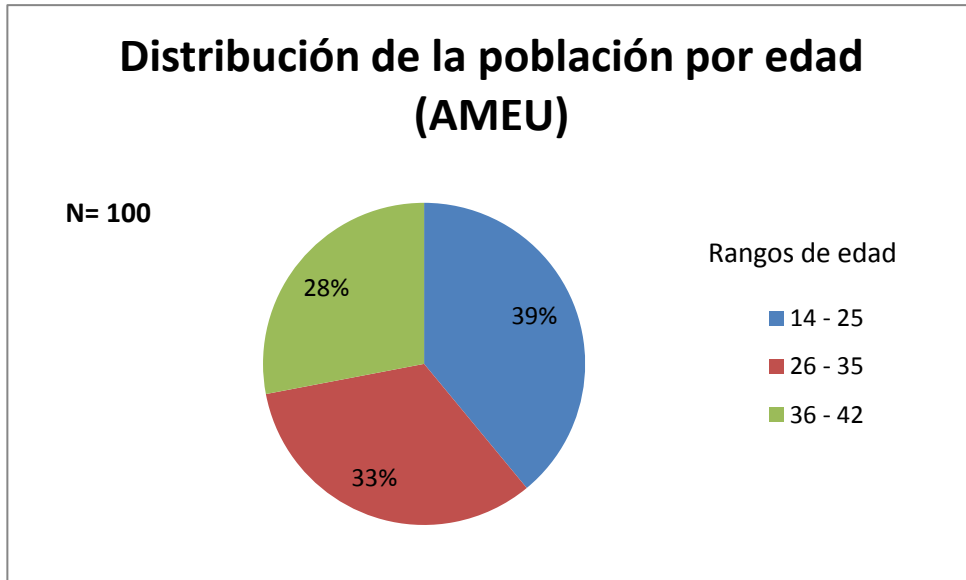
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD (LUI).



Fuente: Según Tabla 1.

GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD (AMEU).



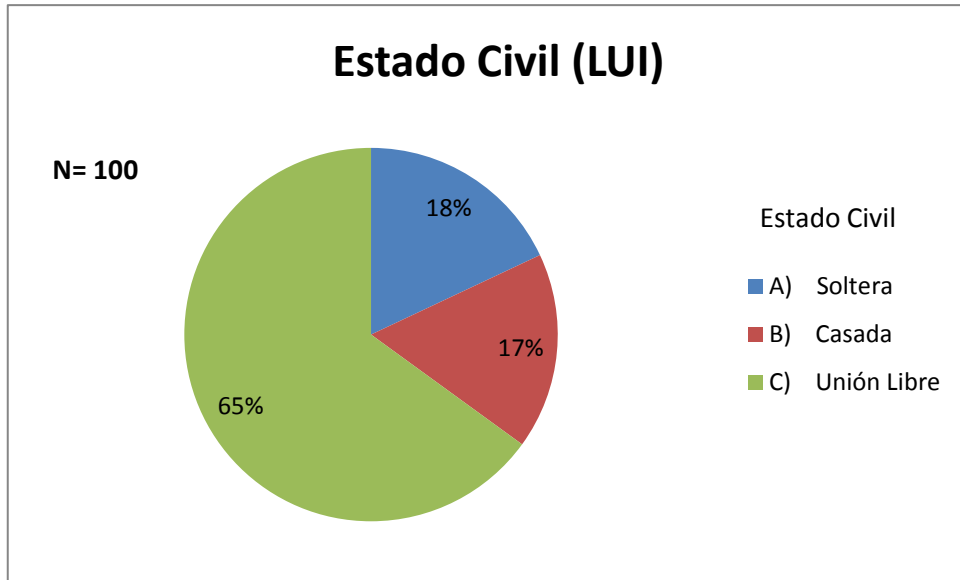
Fuente: Según Tabla 1.

TABLA 2. ESTADO CIVIL

Estado civil	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
A) Soltera	18	18	44	44
B) Casada	17	17	18	18
C) Unión Libre	65	65	38	38
Total	100	100	100	100

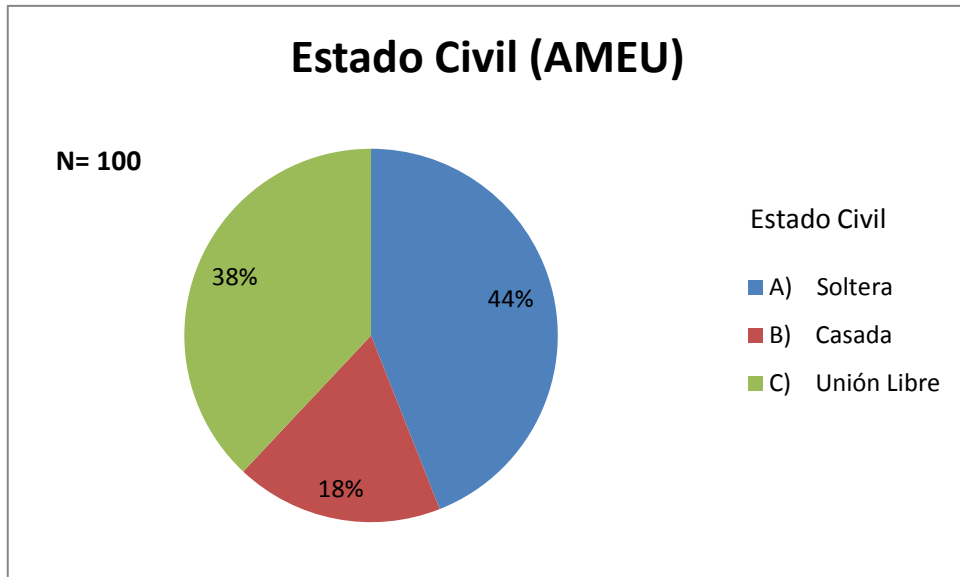
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL (LUI).



Fuente: Según Tabla 2.

GRÁFICA 4. ESTADO CIVIL (AMEU)



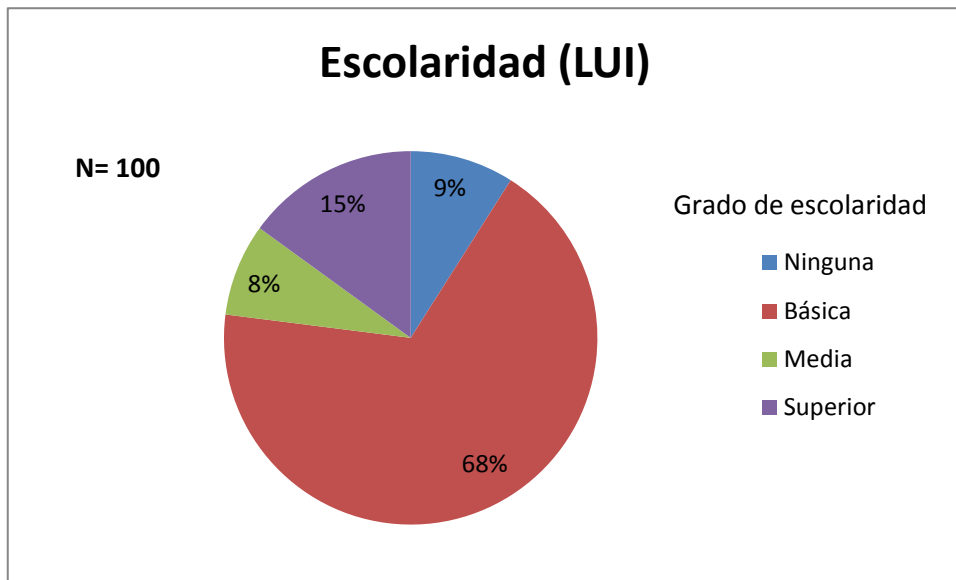
Fuente: Según Tabla 2.

TABLA 3. ESCOLARIDAD

Escolaridad	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	9	9	5	5
Básica	68	68	55	55
Media	8	8	25	25
Superior	15	15	15	15
Total	100	100	100	100

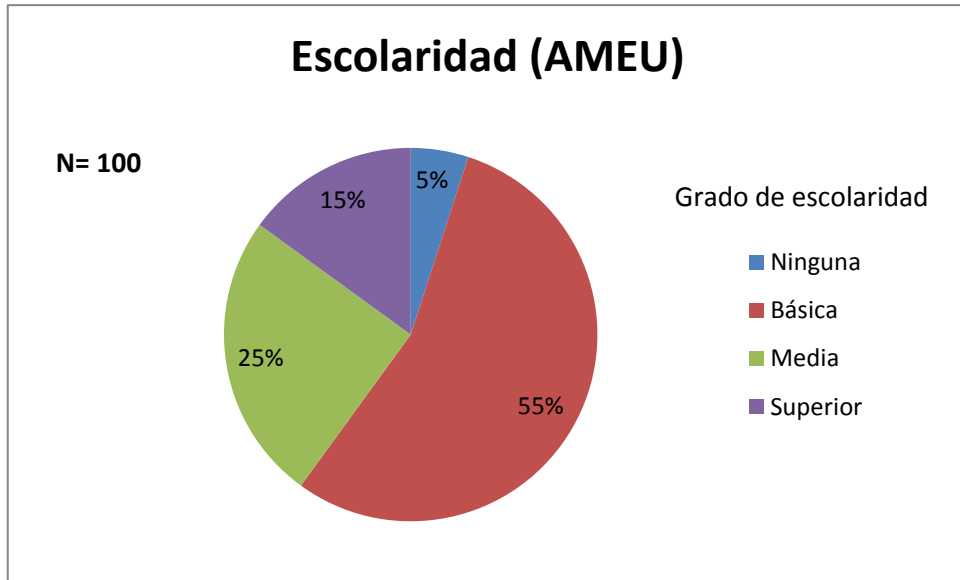
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 5. ESCOLARIDAD (LUI).



Fuente: Según Tabla 3.

GRÁFICA 6. ESCOLARIDAD (AMEU).



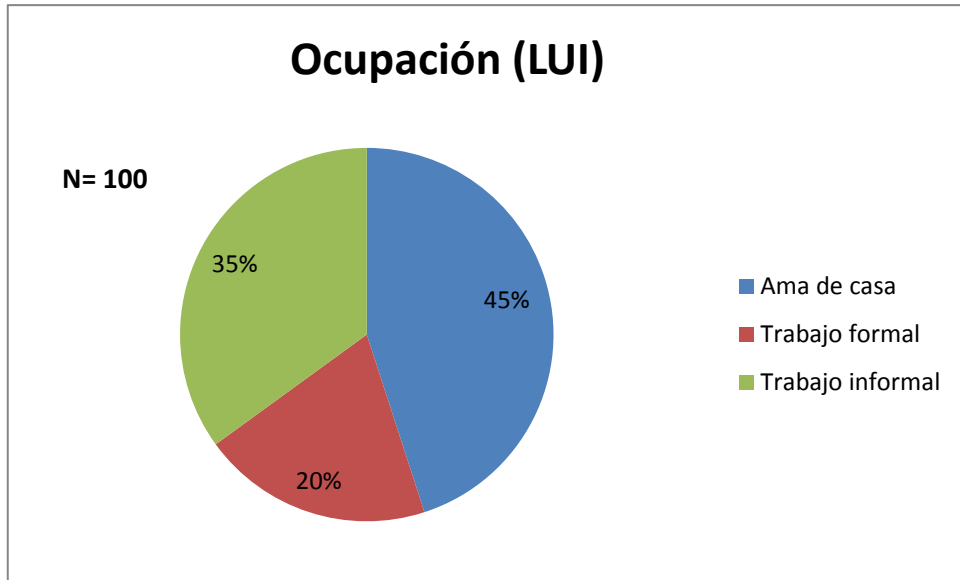
Fuente: Según Tabla 3.

TABLA 4. OCUPACIÓN

Ocupación	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
A) Ama de casa	45	45	58	58
B) Trabajo formal	20	20	18	18
C) Trabajo informal	35	35	24	24
Total	100	100	100	100

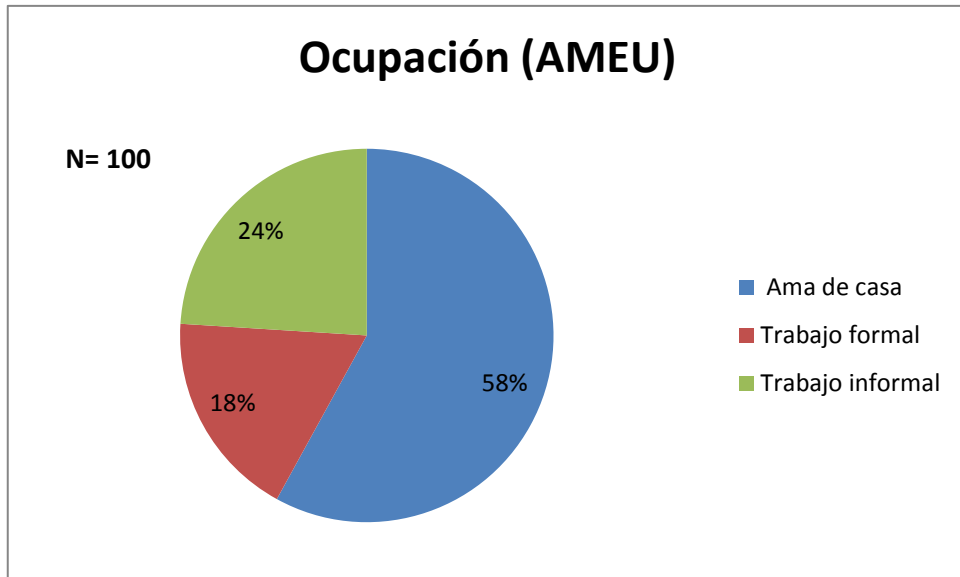
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 7. OCUPACIÓN (LUI)



Fuente: Según Tabla 4.

GRÁFICA 8. OCUPACIÓN (AMEU)



Fuente: Según Tabla 4.

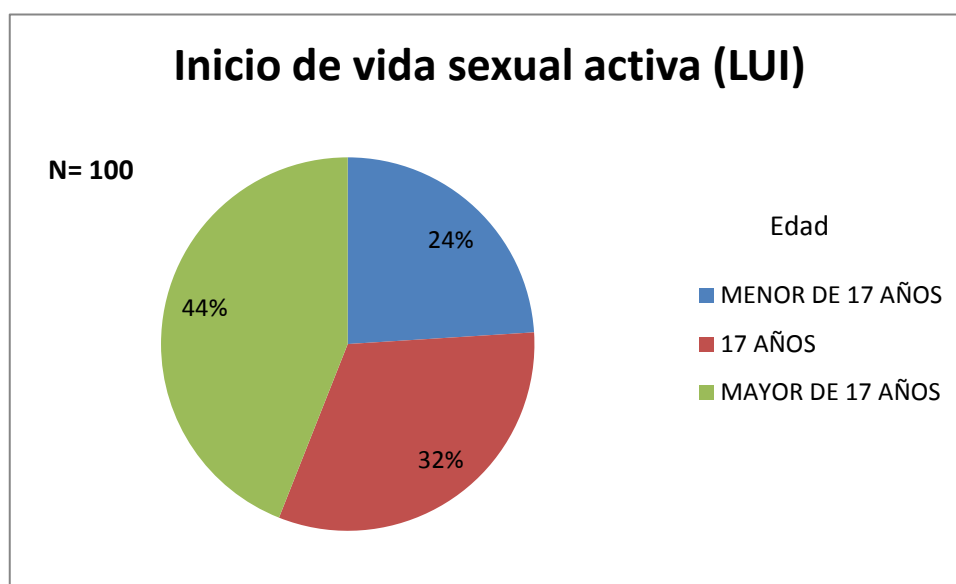
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Tabla 5. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Inicio de vida sexual activa	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
A) MENOR DE 17 AÑOS	24	24	21	21
B) 17 AÑOS	32	32	31	31
C) MAYOR DE 17 AÑOS	44	44	48	48
Total	100	100	100	100

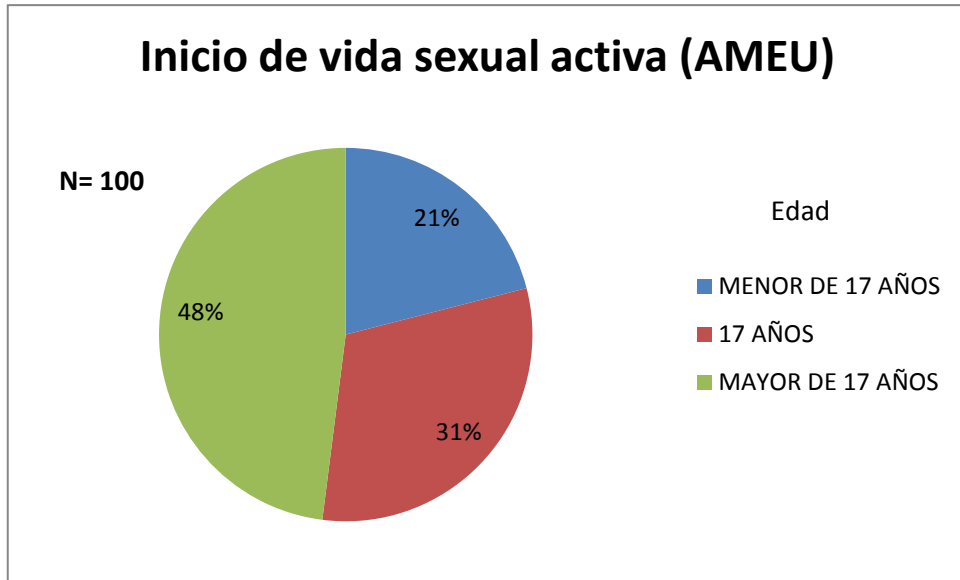
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 9. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (LUI)



Fuente: Según Tabla 5.

GRÁFICA 10. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (AMEU)



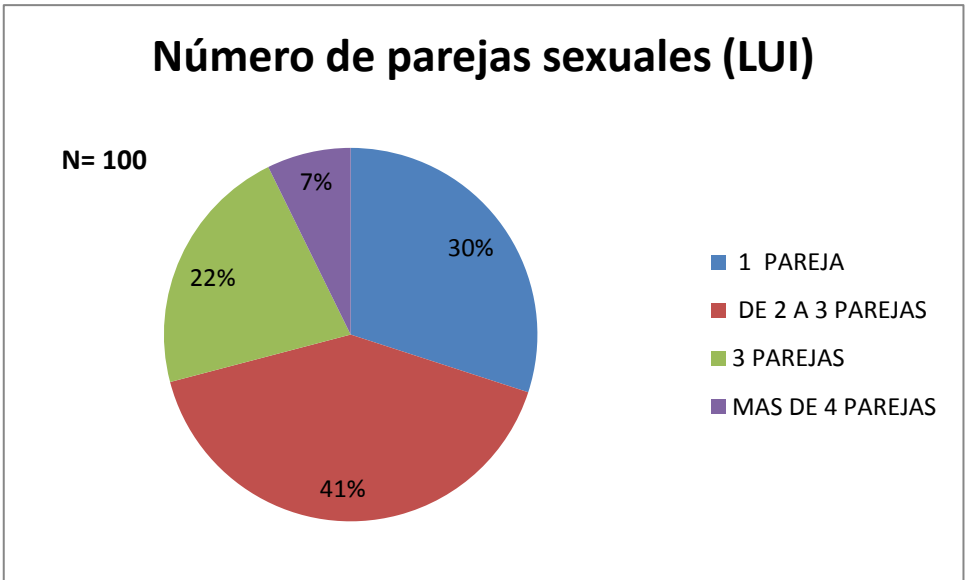
Fuente: Según Tabla 5.

Tabla 6. NO. DE PAREJAS SEXUALES

Inicio de vida sexual activa	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
A) 1 PAREJA	33	33	43	43
B) DE 2 A 3 PAREJAS	45	45	41	41
C) 3 PAREJAS	24	24	16	16
D) MAS DE 4 PAREJAS	8	8	3	3
Total	100	100	100	100

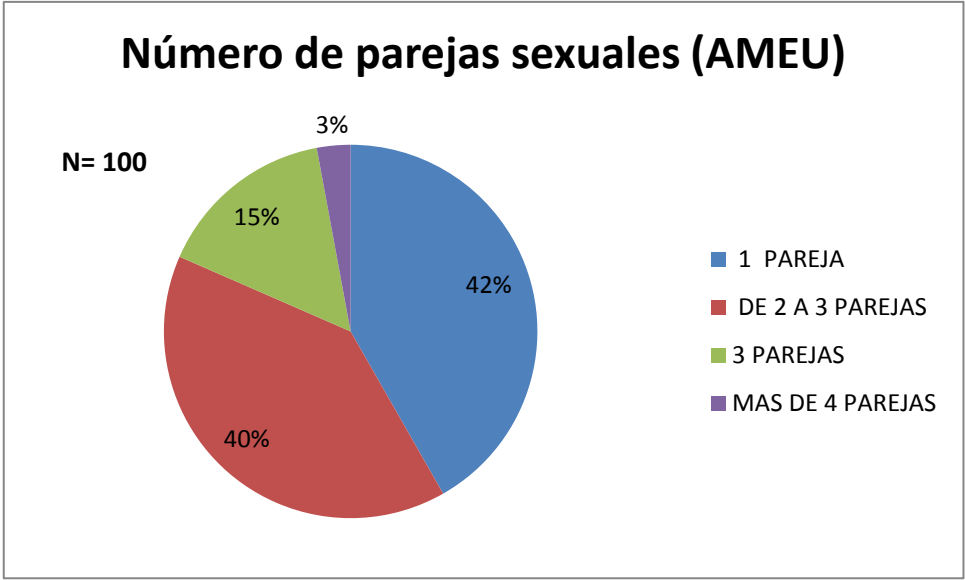
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 11. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (LUI).



Fuente: Según Tabla 6.

GRÁFICA 12. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (AMEU)



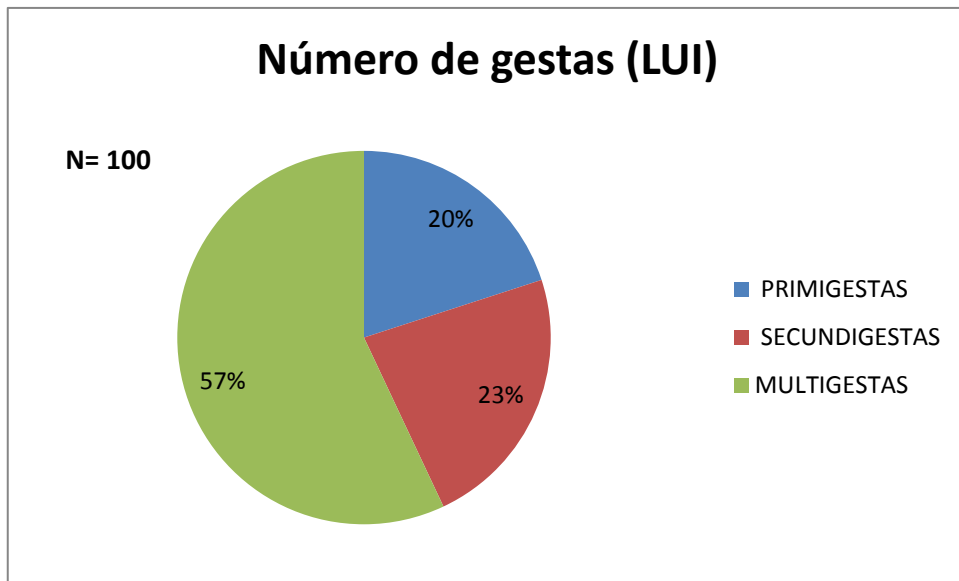
Fuente: Según Tabla 6.

Tabla 7. NÚMERO DE GESTAS

Número de gestas	LUI		AMEU	
	frecuencia	Porcentaje (%)	frecuencia	Porcentaje (%)
A) PRIMIGESTAS	20	20	14	14
B) SECUNDIGESTAS	23	23	18	18
C) MULTIGESTAS	57	57	68	68
Total	100	100	100	100

Fuente: Archivo clínico del Hospital.

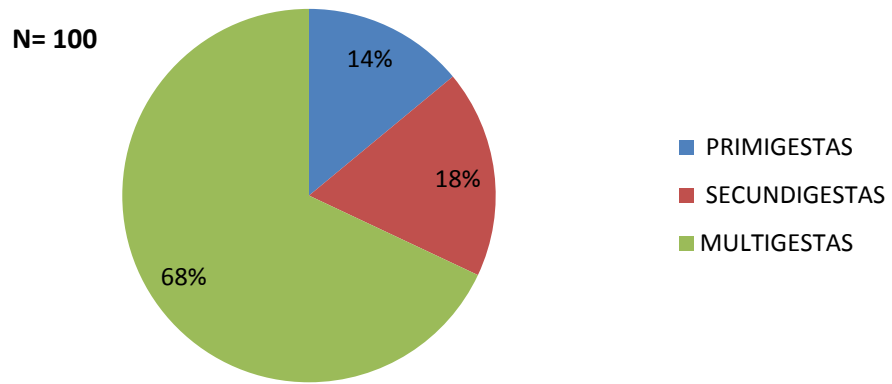
GRÁFICA 13. NÚMERO DE GESTAS (LUI)



Fuente: Según Tabla 7.

GRÁFICA 14. NÚMERO DE GESTAS (AMEU)

Número de gestas (AMEU)



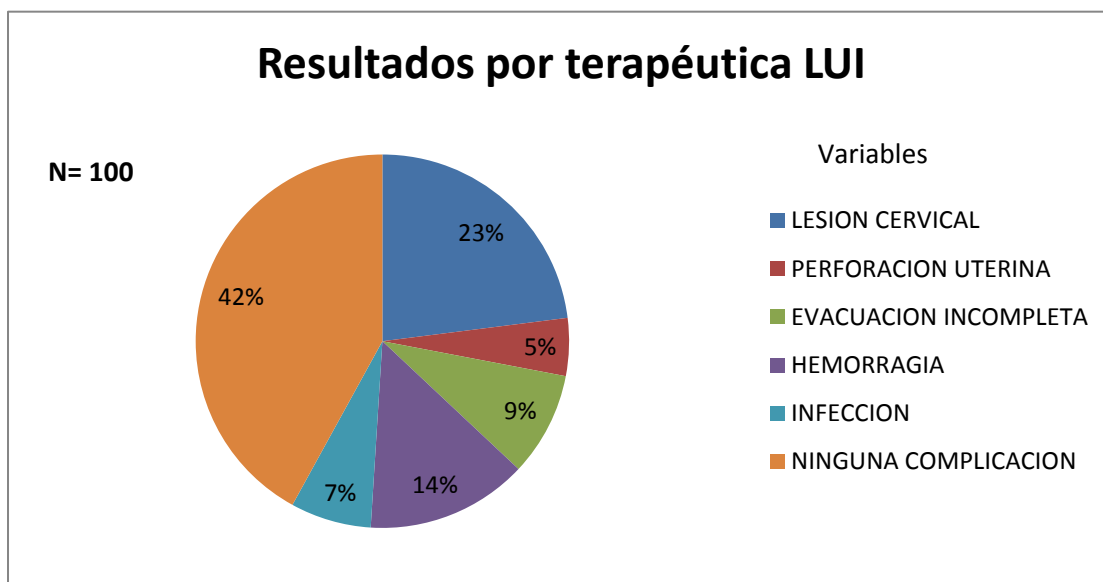
Fuente: Según Tabla 7.

TABLA 8. RESULTADOS DE LA TERAPEUTICA EMPLEADOS EN EL MANEJO DEL ABORTO

VARIABLE	LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO		ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
LESION CERVICAL	23	23%	0	0 %
PERFORACION UTERINA	5	5%	1	1%
EVACUACION INCOMPLETA	9	9%	3	3%
HEMORRAGIA	14	14%	4	4%
INFECCION	7	7%	1	1%
NINGUNA COMPLICACION	42	42%	91	91%
TOTAL	100	100 %	100	100 %

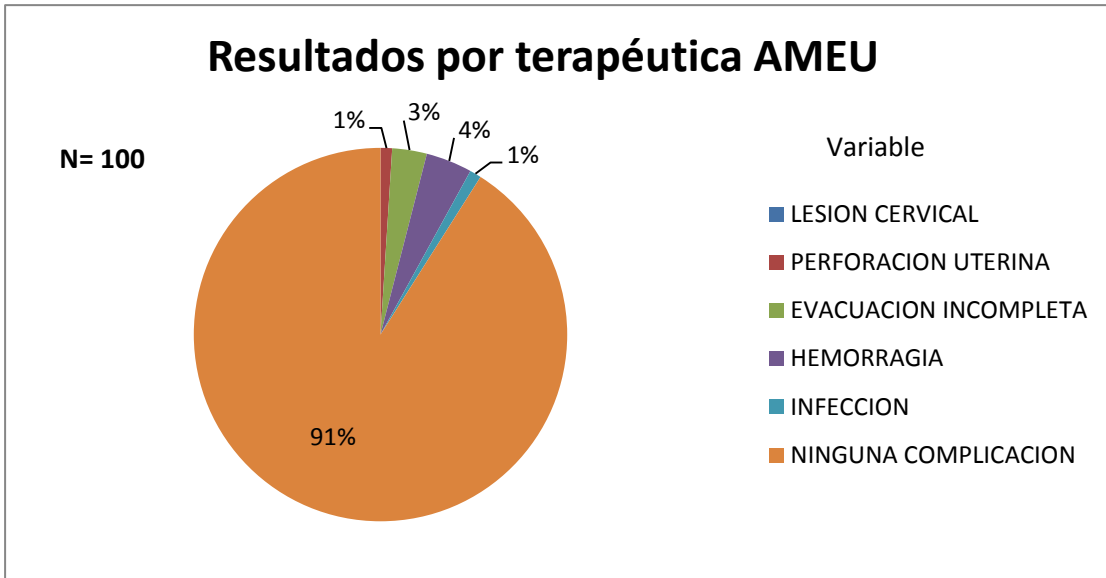
Fuente: Archivo clínico del Hospital.

GRÁFICA 15. RESULTADOS POR TERAPÉUTICA (LUI)



Fuente: Según Tabla 8.

GRÁFICA 16. RESULTADOS POR TERAPÉUTICA (AMEU)



Fuente: Según Tabla 8.

9. RESULTADOS

Se estudiaron 200 pacientes en el Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. los que conformaron 2 grupos, en el primer grupo conformado por 100 pacientes se les realizó aspiración manual endouterina y en el segundo grupo conformado por 100 pacientes se les realizó el legrado uterino instrumentado, se observa que en relación a la edad el mayor porcentaje del legrado uterino instrumentado se observa en el intervalo de 14 a 25 años de edad (43%), seguido del intervalo de 26-35 años (39%), el intervalo con el menor porcentaje fue el de los 36 a 42 años (18%). El comportamiento similar respecto a la edad de los pacientes con Aspiración Manual Endouterina (39,33, y 28%) respectivamente (tabla 1, grafico 1).

En la tabla 1 podemos evidenciar las edades de la población en estudio, la cual nos muestra que la población afectada es la de 14 a 42 años de edad, la población en riesgo es joven con edad media de 29.5 años con un intervalo de 15 a 40 años. La población de menor riesgo se ubica en las pacientes mayores de 28 años.

En relación al estado civil de las pacientes estudiadas para legrado uterino instrumentado el 18% son solteras, el 17 % casadas y el 65 % en unión libre, en tanto que para aspiración manual endouterina el 44 % solteras, 18% casadas y 38 % en unión libre (tabla 2 y grafico 3 y 4).

Con respecto a la escolaridad podemos observar que en el legrado uterino instrumentado el 68% tenían escolaridad básica, el 15% escolaridad superior y un 9 % ninguna escolaridad y 8 % escolaridad media, con respecto a la aspiración

manual endouterina el 55% escolaridad básica y el 25 % escolaridad media, el 15 % escolaridad superior 5 % ninguna escolaridad (tabla 3 y grafica 5 y 6)

Podemos observar que el legrado uterino instrumentado con respecto a la ocupación el 45 % eran amas de casa, 35 % un trabajo informal y el 20 % un trabajo formal, en comparación de la aspiración manual endouterina el 58% eran amas de casa, el 24 % tenían un trabajo informal y el 18 % tenían un trabajo formal (tabla 4 graficas 7 y 8).

Al analizar los factores sociodemográficos en las pacientes con diagnóstico de aborto, los factores de riesgo más importantes fueron: estado civil unión libre, educación básica y ocupación ama de casa (Tablas 2, 3 y 4).

En relación al inicio de la vida sexual activa en el legrado uterino instrumentado el 44% era mayor de 17 años al inicio de la vida sexual, el 32 % tenía 17 años y un 24 % era menor de 17 años y en la aspiración manual endouterina el 48% era mayor de 17 años y, el 31 % tenía 17 años y el 31% era menor de 17 años (tabla 5 y grafica 9 y 10).

En relación al número de parejas sexuales en el legrado uterino instrumentado el 45% tuvo de 2 a 3 parejas sexuales, el 33% una pareja sexual y el 24 % 3 parejas sexuales y un 8% más de 4 parejas sexuales, a diferencia de las pacientes tratadas con la aspiración manual endouterina el 43% una pareja sexual, 41% de 2 a 3 parejas sexuales, el 16 % 3 parejas sexuales y el 3% más de 4 parejas. (Tabla 6 grafica 11 y 12).

Podemos observar que en el número de gestas en el legrado uterino instrumentado el 57 % era multigesta, 23 % secundigesta y 20% primigesta, con una relación igual en las pacientes tratadas con aspiración manual endouterina en 68% eran multigestas 18% secundigestas y 14% primigestas (tabla 7, graficas 13 y 14).

Los antecedentes personales gineco-obstétricos de mayor transcendencia para el estudio son los siguientes: inicio de vida sexual mayor de 17 años, el número de parejas sexuales de 2-3 parejas y en número de gestas predominaron las multigestas. (Tabla 5, 6 y 7).

Los resultados obtenidos en la terapéutica empleados para el manejo del aborto las complicaciones que se observan en el legrado uterino instrumentado en un 42% ninguna complicación, el 23% lesión cervical, 14% hemorragia, 9% evacuación incompleta, 7% infección, 5% perforación uterina, en comparación con la aspiración manual endouterina 91% no tuvo ninguna complicación, 4% hemorragia, 3% evacuación incompleta y 1 % en perforación uterina e infección y 0 % lesión cervical. (Tabla 8, gráfico 15 y 16)

Se muestran los resultados de la terapéutica empleada en el manejo del aborto donde se comparan los dos métodos y el que presenta menos complicaciones fue el AMEU (Tabla 8, gráfico 15 y 16).

10. DISCUSIÓN

Las pacientes evaluadas en el área de Ginecología y obstetricia del Hospital General de Jilotepec, ISEM, durante el periodo 01 abril del 2013 al 01 de abril de 2014, con diagnóstico previo de aborto que se les realizó un procedimiento terapéutico de evacuación uterina, del total de los casos el Legrado Uterino Instrumentado (LUI) no presentó complicaciones en 41% y Aspiración Manual Endouterina (AMEU) no presentó complicaciones en 91%. ⁽¹⁹⁾.

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 aun se utiliza el LUI, aunque deba utilizarse únicamente en casos en que no se disponga de AMEU (Aspiración Manual Endouterina) por las posibles complicaciones ⁽¹⁹⁾.

Respecto a las características sociodemográficas se evidenció que según los grupos de edad correspondientes a las pacientes post LUI de 14 a 25 años con 43%, de 26 a 35 años con 39%, y de 36 a 42 años con 18%; respecto a las pacientes post AMEU, fue de 14 a 25 años con 39%, de 26 a 35 años con 33%, de 36 a 42 años con 28%, (tabla 1).

La edad predominante en este estudio se encontraron en 20 a 24 años sabiendo que México es uno de los países con las tasas más altas de fecundidad de Latinoamérica y posiblemente debido a la combinación de varios factores: una iniciación sexual temprana, un mayor número de hijos no deseados y un menor uso de métodos anticonceptivos. ⁽²⁸⁾

Los abortos constituyen un problema que afecta en particular a las mujeres más jóvenes. Más de las dos terceras partes son practicados en mujeres con edades comprendidas entre los 14 y los 35 años. ⁽²⁾

Las pacientes que fueron tratadas con legrado uterino instrumentado (LUI) prevalecieron unión libre con 65%, en segundo lugar las solteras con 18% y en tercer lugar las casadas 17%. También observamos que las pacientes que fueron tratadas con aspiración manual endouterina (AMEU) prevaleció solteras con 44%, en segundo lugar unión libre con 38% y en tercer lugar las casadas 18%. (Tabla 2).

Las razones para interrumpir un embarazo, o al menos considerarlo, percibidas por la mujer son inherentes al estado civil. Se cree que la mujer soltera recurre al aborto por temor a la reacción de la familia y la comunidad; pero, si está en unión, las razones podrían estar asociadas con los problemas de pareja o relaciones inestables y violentas; tener el tamaño de familia deseado y tener bajas condiciones económicas y de salud .⁽¹⁾

Las pacientes que tenían una educación básica presentaron un porcentaje mayor que corresponde al 68% en legrado uterino instrumentado (LUI) y aspiración manual endouterina (AMEU) a 55% (tabla 3). Con estos datos se puede determinar que la mayoría de las mujeres que consultaron tenía únicamente un nivel de educación básica, en menor porcentaje la educación media y casi ninguna de las pacientes tenía educación superior. El nivel bajo de educación escolar está incidiendo en el alto porcentaje de aborto, porque mientras más educación escolar y sobre los métodos de anticoncepción tiene la mujer, mayor es la motivación para terminar un embarazo y la utilización de anticonceptivos correcta y consistente.⁽¹¹⁾

La cuarta característica sociodemográfica estudiada es la ocupación donde observamos que prevaleció “ama de casa” que corresponde al 45% en legrado uterino instrumentado y 58% aspiración manual endouterina (Tabla 4). En este estudio predominó la ocupación de las pacientes como amas de casa ya que en México el índice de ausentismo escolar, la baja educación básica y la ocupación de la mujer puede ser atribuido a una serie de factores que aumentan la incidencia de abortos: falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos que conllevan a embarazos no deseados y de las fuentes en donde pueden obtener los servicios, así como las barreras relacionadas con el origen étnico, pobreza y falta de acceso a los servicios de salud. ⁽¹¹⁾

De acuerdo a los antecedentes ginecoobstétricos el estudio son los siguientes: inicio de vida sexual mayor de 17 años con los siguientes resultados (LUI) 44% y (AMEU) 48% (tabla 5); el número de parejas sexuales predominó las que tienen relaciones sexuales con 2 – 3 parejas respecto de los tratamientos (LUI) 45% y (AMEU) 53% (tabla 6); y el número de gestaciones que predominó las multigestas (tabla 7). Estas cifras denotan la falta de planificación familiar, un mal control prenatal y la multiparidad de nuestra población, México tiene una de las tasas más altas de fecundidad de Latinoamérica posiblemente debido a la combinación de varios factores: una iniciación sexual y conformación de la familia muy temprana, un mayor número de embarazos no deseados y un menor uso de métodos anticonceptivos entre otros. ⁽⁷⁾

En el Legrado Uterino Instrumentado (LUI) presentó el 42% de ninguna complicación, segundo 23% de lesión cervical, en tercer lugar hemorragia con 14%, evacuación incompleta con 9% después infección con 7% y en último lugar 5% de perforación uterina. En Aspiración Manual Endouterina (AMEU) ninguna complicación 91%, segundo lugar hemorragia con 4%, evacuación incompleta 3% y perforación uterina 1 % (tabla 8).

Cada año una de cada mil mujeres en edad reproductiva en México recibe tratamiento en hospitales debido a complicaciones del aborto ⁽¹¹⁾.

Además, el aborto fue responsable del 10% de las muertes maternas en México en el año 2000. ⁽³³⁾

11. CONCLUSIONES

En el presente estudio se compararon dos terapéuticas empleadas para el manejo del aborto donde se pone de manifiesto que ambas terapéuticas tienen un buen porcentaje de éxito.

La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, lesión cervical y perforación uterina; además, con el 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.

Se ha comunicado en otros países que el uso de la AMEU disminuye el consumo de recursos del sistema de salud y mejora la calidad del tratamiento del aborto. Esto ha determinado que el Legrado Uterino Instrumentado (LUI) sea reemplazado por la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en muchos países.

12. RECOMENDACIONES

- Que los resultados de la presente investigación sean dados a conocer con el objetivo de poder saber los beneficios que presenta el AMEU a diferencia del LUI en el tratamiento del aborto incompleto.
- Promover la realización de investigaciones que sirvan para generar un registro estadístico en México de la situación de salud de las pacientes post aborto que hayan sido sometidas a procedimientos de evacuación uterina con LUI o AMEU.
- Proporcionar el mejoramiento de la atención post aborto y prevención de complicaciones por procedimientos terapéuticos, así mismo es importante mencionar que dicho estudio servirá como una guía para instituciones de los distintos niveles de atención y sean base para futuros estudios en otros centros hospitalarios de manera que se tengan mejores datos estadísticos, mayor satisfacción de las pacientes y del personal médico que realiza dichos procedimientos.
- Efectuar acciones de apoyo, capacitación, regulación y modernización de los servicios de salud, para poder brindar una mejor atención en salud a las pacientes post aborto en la realización de los procedimientos de evacuación uterina LUI ó AMEU.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Rincon J. Comparacion de dos Tecnicas Anestésicas para legrado uterino instrumentado. Hospital De Occidente Kennedy. 2012;1:36-53.
2. Ariel I. ABORTO. Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2006;1:906-911.
3. Casasco G. Aborto: guía de Atención, técnica de legrado uterino instrumentado. Redalyc. 2008;2:33-43.
4. Goldman N, Gley DE. Evaluation of midwifery care: a case study of rural Guatemala. Princeton (USA): Office of Population Research, Princeton University, MEASURE Evaluation and MACRO; 2002;1:16-20.
5. Organización Mundial de la Salud. Unsafe abortion, global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4 ed. Ginebra: OMS; 2004.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22 ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
7. Regan, L, Rai, R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:839.
8. Goddijn, M, Leschot, NJ. Genetic aspects of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:855.
9. Wang, X, Chen, C, Wang, L, et al. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. Fertil Steril 2003; 79:577.
10. Wyatt, PR, Owolabi, T, Meier, C, Huang, T. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:240.
11. Lohstroh, PN, Overstreet, JW, Stewart, DR, et al. Secretion and excretion of human chorionic gonadotropin during early pregnancy. Fertil Steril 2005; 83:1000.
12. DeCherney AH, Nathan L, Goodwin MT, Laufer N. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 8 ed. Distrito México: El manual moderno; 2007;1:870-879.

13. Promislow, JH, Baird, DD, Wilcox, AJ, Weinberg, CR. Bleeding following pregnancy loss before 6 weeks' gestation. *Hum Reprod* 2007; 22:853-55.
14. Rai, R, Regan, L. Recurrent miscarriage. *Lancet*. 2006; 368:601.
15. De Cherney A, Nathan L, et al *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. 9th Edition. Appleton & Lange. Norwalk, 2002.
16. Jabara S, Barnhart KT. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:623-627.
17. Gonzáles MJ. *Obstetricia*. 4 ed. Barcelona: Alev; 2000. 1:866-898.
18. Malagón L, Londogo G. *Manejo integral de urgencias*. 2 ed. Bogotá: Panamericana; 2002.
19. Berek J, Hillard P, Adishi E editores. *Tratado de ginecología de Novak*. 12 ed. Mexico: Interamericana; 1997.
20. Schwarcz R, Duverges LC. *Obstetricia*. 5 ed. Buenos Aires : El Ateneo; 2002. 1:765-768.
21. Scott R, Danforth J. *Tratado de obstetricia y ginecología*. 6 ed. Mexico: Interamericana McGraw Hill; 2000.
22. Singh S, Prada E, Kestler E. Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011. 43:1:34-65.
23. Temes M, Díaz JL, Parra B. *El costo por proceso hospitalario*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2000.
24. Hansen DR, Mowen M. *Administración de costos contabilidad y control* México: International Thomson. 2000. 1:73-78.
25. Távara L. Atención humanizada del aborto incompleto: tres técnicas de manejo ambulatorio, reducción de costos y planificación familiar postaborto *Ginecol Obstet*. 2002; 43:(1):17-26.
26. Johnson B, Berison J, Hawkins B. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto con AMEU; adelantos en el tratamiento del aborto. NC: IPAS 2002. *obstetric and gynecology*. 3:65-78.

27. Callen PW. Ultrasonography in obstetric and gynecology. 4 ed. Mexico: Panamericana; 2008.
28. Herrick Turner JK, McInerney T, Castleman L. La atención post aborto centrada en la mujer. Carolina del Norte: Chapel Hill; 2004.
29. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de ginecobstetricia. Madrid: SEGO; 2007.
30. Velazco R, Gómez P, Chambers MV. La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe. Chapel Hill, Carolina del Norte: IPAS; 2006.
31. Temes M, Pastor V, Aldeguez Díaz JL, Manual de gestión hospitalaria. España: McGraw-Hill-Interamericana; 1997.
32. Barnum Kutzin H. Public hospitals in developing countries. resource use, cost, financing. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 2011;. 79: 10-16.
33. Távara L. Mando ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los casos. Ginecol Obstet :2011; 41 (1): 16-22.
34. Johnson B, Benson J, Bradley J, Rabago A, Zembrano C, Okoko L, et al. Costs of alternative treatment for incomplete abortion (Working Papers). Washington: The World Bank, Population and human resources department; 2003:1:80-98.
35. Benson J, Rabago A, Vásquez B, Johnson B. Costos y utilización de recursos para el tratamiento de las complicaciones del aborto en México. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe; Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1994.
36. Cunningham G, McDonald, Williams P. Obstetricia. 4 ed. Barcelona: Masson; 1996.

14. ANEXO 1

Hoja recolectora de datos

No. de expediente: _____

Edad: 1) 14 – 25 2) 26 – 35 3) 36 - 42

Edo Civil: 1) Soltera 2) Unión libre 3) Casada

Escolaridad: 1) Ninguna 2) Básica 3) Media 4) Superior

Ocupación: 1) ama de casa 2) trabajo formal 3) trabajo informal

Inicio de vida sexual: 1) < 17 años 2) 17 años 3) mayor de 17 años

No. de parejas sexuales: 1) 1 2) 2-3 3) 3 3) mayor o igual a 4

No. de gestas: 1) Primigesta 2) Secundigesta 3) Multigesta

Resultados en la terapéutica empleados en el tratamiento de aborto:

- 1) Lesión cervical 2) Perforación uterina 3) Hemorragia 4) Infección
- 5) Evacuación incompleta