



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE:

**“COMPLICACIONES DEL LEGRADO INSTRUMENTAL EN PACIENTES
CON ABORTO INCOMPLETO Y EDAD GESTACIONAL MENOR A 20
SEMANAS, QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE
2010 – AGOSTO 2011”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

AUTOR: Villamarín Granja Luis Felipe

TUTOR: Dr. Salas Cadena Fernando Javier

Ambato – Ecuador

Mayo, 2012

APROBACION DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del Trabajo de investigación sobre el tema:

“COMPLICACIONES DEL LEGRADO INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO Y EDAD GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS, QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – AGOSTO 2011”, del señor Luis Felipe Villamarín Granja, egresado de la carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Universitario.

Ambato, Mayo del 2012

EL TUTOR

.....

Dr. Fernando Javier Salas Cadena

AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“COMPLICACIONES DEL LEGRADO INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO Y EDAD GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS, QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – AGOSTO 2011”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2012

EL AUTOR

.....

Luis Felipe Villamarín Granja

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo del 2012

El Autor

.....

Luis Felipe Villamarín Granja

APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del tribunal examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema, **“COMPLICACIONES DEL LEGRADO INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO Y EDAD GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS, QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2010 – AGOSTO 2011”** de Luis Felipe Villamarín Granja, egresado de la carrera de Medicina .

Ambato, Mayo de 2012

Para constancia firman

.....

Dr. Byron Mena

.....

Dr. Gerardo Mera

DEDICATORIA

A Dios, que en su infinita gracia me dio la oportunidad de vivir una vida difícil pero maravillosa, ofreciéndome la oportunidad de luchar por obtener una meta muchas veces sentida inalcanzable pero a la vez muy satisfactoria.

A mi madre que siempre lucho por darme un buen hogar, y saber enfrentar la adversidad mostrando siempre su espíritu alegre que siempre la acompaña, y que me ha enseñado a ver a la vida como un regalo.

A mis abuelitas, una en el cielo y la otra en la tierra que siempre me envían sus bendiciones para culminar cada día con bien a pesar de los problemas que puedan aparecer.

A mi mejor amigo Juan Carlos que ha sido mi hombro durante gran parte de mi vida y que siempre encontró el consejo perfecto para que pueda superar esos grandes obstáculos durante toda esta difícil etapa.

A los más grandes amores de mí vida mi esposa Anita que es mi gran apoyo y la persona que me llena de momentos felices, que me ha permitido construir un hogar en el cual refugiarme sabiendo que el día de mañana será mejor, por ultimo y la razón más importante a mí hija hermosa que esta por nacer, Amelia Judith que desde el vientre me envía golpecitos llenos de vida y me incentiva a continuar cada día soñando en un futuro mejor esperando el día en que sus ojos vean la luz por primera vez su padre estará para ella por el resto de sus días .

Luis Felipe Villamarín Granja

AGRADECIMIENTO

A Dios que en su infinita sabiduría a puesto en mi vida a personas buenas e importantes que me han apoyado en cada uno de los escalones de los cuales se ha construido mi vida y ha hecho de mi lo que soy ahora.

Al Dr. Fernando Salas, asesor de tesis, por brindarme la oportunidad de elaborar esta tesis en conjunto a su experiencia científica y su completa colaboración y confianza para culminar este largo sendero.

Al Hospital Provincial General de Latacunga, por permitir encontrar un ambiente de trabajo similar al de un hogar y luego poder ser el sitio en el cual cumplí un objetivo más para llegar a esa meta deseada.

A mis compañeros, amigos y a todos los que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración de este trabajo.

A todos ustedes GRACIAS.

Luis Felipe Villamarín Granja

INDICE DE CONTENIDOS
PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN EJECUTIVO	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.2 ANALISIS CRÍTICO	5
1.2.3 PROGNOSIS	6
1.2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	6
1.2.5 INTERROGANTES Y SUBPROBLEMAS	7
1.2.6 DELIMITACION	7
1.3 JUSTIFICACION	8
1.4 OBJETIVOS	8

CAPITULO II
MARCO TEORICO

MARCO TEORICO	10
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	54
2.2 FUNDAMENTACION FILOSOFICA	58
2.3 FUNDAMENTACION LEGAL	59
2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES	62
2.5 HIPOTESIS	63
2.6 SEÑALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS	63

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	64
3.1.1 ENFOQUE	64
3.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	65
3.3.1 Población	65
3.3.2 Muestra	65
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	66
3.5 PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	68
3.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	69

CAPÍTULO IV
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	71
4.1.1 FACTORES DE RIESGO	72
4.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	76
4.1.3 ANÁLISIS MULTIVARIADO	81
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	88

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	CONCLUSIONES	90
5.2	RECOMENDACIONES	92

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1	DATOS INFORMATIVOS	94
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	95
6.3	JUSTIFICACIÓN	96
6.4	OBJETIVOS	97
	6.4.1 OBJETIVO GENERAL	97
	6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	97
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	98
6.6	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y CIENTÍFICA	99
6.7	MODELO OPERATIVO	100
6.8	ADMINISTRACIÓN	101
6.9	PREVISIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	101
	MATERIALES Y REFERENCIAS	103
	BIBLIOGRAFÍA	103
	ANEXOS	105

INDICE DE TABLAS

Tabla 4.1.3.1	Relación del grupo de edad con aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental	79
Tabla 4.1.3.2	Relación del estado civil con complicaciones de legrado instrumental por aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental	80
Tabla 4.1.3.3	Relación de Instrucción académica con las complicaciones del Legrado Instrumental	81
Tabla 4.1.3.4	Relación de la Ocupación con las complicaciones de legrado Instrumental por Aborto Incompleto	82

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1.1.1 Edad en Pacientes con Legrado Instrumental por Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	70
Gráfico 4.1.1.2 Estado Civil en Pacientes con Legrado Instrumental por Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	71
Gráfico 4.1.1.3 Estado Civil en Pacientes con Legrado Instrumental por Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	72
Gráfico 4.1.1.4 Estado Civil en Pacientes con Legrado Instrumental por Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	73
Gráfico 4.2.1.1 Síntomas en Pacientes con Legrado Instrumental por Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	74
Gráfico 4.1.2.2 Complicaciones en Pacientes con Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	75
Gráfico 4.1.2.3 Perdida Sanguínea en Pacientes con Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	76
Gráfico 4.1.2.4 Temperatura en Pacientes con Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	77
Gráfico 4.1.2.5 Diagnósticos en Pacientes con Legrado Instrumental por Aborto Incompleto, HPGL Periodo Septiembre 2010 Agosto 2011	78
Grafico 4.1.4.1 Características de los controles prenatales en pacientes con legrado Instrumental por Aborto Incompleto	83
Grafico 4.1.4.2 Características de los controles prenatales en pacientes con legrado Instrumental por Aborto Incompleto	83

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer la principales complicaciones de la realización del legrado instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas; parte desde la realización de la técnica de forma adecuada, y la propuesta de implementar tratamientos preexistentes que no se utilizan o usar nuevos métodos de resolución practicados a nivel mundial, además presentar un protocolo personalizado tomando en cuenta, la edad, la causa y la sintomatología de cada paciente para evitar alteraciones físicas posteriores.

El diseño de esta investigación estará enmarcado dentro de la modalidad de una investigación documental, porque se determinará tanto en número como el tipo de Complicaciones presentadas luego del tratamiento con legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011. A través de la revisión de las historias clínicas de tal institución tomando en cuenta el día del alta y el control posterior.

El enfoque del estudio fue cualitativo y cuantitativo basado en una población integrada por 336 pacientes con el diagnóstico Aborto Incompleto, se excluyeron las pacientes con aborto inducido, o tratamiento previo en otras casas de salud y aquellas cuyas historias clínicas contenían información incorrecta e incompleta, quedando de esta manera un total de 220 pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas para el estudio.

Palabras Clave: ABORTO INCOMPLETO, LEGRADO INSTRUMENTAL, ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA, ENDOMETRITIS.

SUMMARY

This research work was to know the main question the complications of performing instrumental curettage in patients with incomplete abortion and gestational age less than 20 weeks; part from performing the technique properly, and the proposal to implement pre-existing treatments not used or use new methods of resolution practiced worldwide, also submit custom protocol taking into account age, cause and symptoms of each patient to prevent further physical alterations.

The design of this research will be framed in the form of documentary research, because they determine both the number and type of complications presented after treatment with curettage Instrumental in patients with incomplete abortion and gestational age less than 20 weeks, who were seen Provincial General Hospital in Latacunga in the period September 2010 - August 2011. Through review of medical records of such institution taking into account the day of discharge and subsequent control.

The focus of qualitative and quantitative study was based on a population composed of 336 patients with the diagnosis Incomplete Abortion, we excluded patients with induced abortion, or pre-treatment in other nursing homes and those whose records contained incorrect and incomplete information, leaving thus a total of 220 patients with incomplete abortion and gestational age less than 20 weeks for the study.

Keywords: INCOMPLETE ABORTION, INSTRUMENTAL CURETTAGE, PELVIC INFLAMMATORY DISEASE, ENDOMETRITIS.

INTRODUCCIÓN

El legrado uterino es una de las intervenciones ginecológicas más frecuentes e importantes y se realiza tanto para fines diagnósticos como terapéuticos. Las indicaciones más importantes son: abortos incompletos, alteraciones del ciclo menstrual, pólipos, retenciones placentarias y hemorragias atípicas⁷.

En el mundo, cada año ocurren aproximadamente 210 millones de embarazos, siendo la incidencia de aborto espontáneo aproximadamente el 15% de embarazos clínicamente diagnosticados, entonces se dan alrededor de 31 millones de abortos espontáneos, generalmente se producen en las primeras 12 semanas del embarazo, se deben a muerte del embrión debido a anomalías genéticas y cromosómicas o alteraciones del trofoblasto, enfermedades endocrinas, infecciosas, hipertensión arterial, entre otras de la madre, por ende debemos suponer que al año se realizaran alrededor de 20 millones de legrados a nivel mundial, por esto es muy importante tener un manejo sistematizado y altamente efectivo del procedimiento a realizar para evitar que se den complicaciones a corto, mediano y largo plazo⁴.

En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% 30-34 años, 24,6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y 93.4% a partir de los 45 años. En Ecuador, el aborto es la primera causa de muerte materna, y por ello mueren un número considerable de mujeres muy jóvenes⁶.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACION

“Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Se ha tomado en cuenta este problema ya que muchas veces un aborto incompleto se produce debido a una mala educación y por consiguiente una cultura de planificación familiar inadecuadas; la desinformación generalizada respecto a los controles prenatales desde sus primeras etapas; el diagnóstico clínico de embarazo inicial que muchas de las veces no se da, constituyen factores que colaboran para convertir al

aborto incompleto en una situación altamente riesgosa, que no solo afecta la salud física sino mental de la mujer, por lo que se debería implementar un nuevo esquema de atención donde se ofrezca a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, que va desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando el recurso a los abortos repetidos sea cual sea la causa.

En nuestro país, la realidad es que el aborto incompleto es un evento muy común, y que tienen que ser manejados diariamente por los servicios de salud públicos; del médico depende que el tratamiento vaya encaminado a disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad secundarias a abortos y su posterior manejo a través del legrado instrumental o inclinarse por otras alternativas existentes previa valoración, escogiendo el método a usar buscando la seguridad, comodidad, y que produzca el menor impacto posible sobre la paciente.

1.2.1.1 MACROCONTEXTUALIZACIÓN

El legrado uterino es una de las intervenciones ginecológicas más frecuentes e importantes y se realiza tanto para fines diagnósticos como terapéuticos. Las indicaciones más importantes son: abortos incompletos, alteraciones del ciclo menstrual, pólipos, retenciones placentarias y hemorragias atípicas ¹.

En el mundo, cada año ocurren aproximadamente 210 millones de embarazos, dado que existe una alta incidencia del aborto espontáneo que son aproximadamente el 15% del total de embarazos clínicamente diagnosticados, entonces se hace evidente que en el mundo se dan alrededor de 31 millones de abortos espontáneos en los que no siempre son evidentes los mecanismos que lo causan, generalmente se producen en las primeras 12 semanas del embarazo ², se deben a muerte del

embrión debido a anomalías genéticas y cromosómicas o alteraciones del trofoblasto, enfermedades endocrinas, infecciosas, hipertensión arterial, entre otras de la madre, por ende debemos suponer que al año se realizaran millones de legrados a nivel mundial, por esto es muy importante tener un manejo sistematizado y altamente efectivo del procedimiento a realizar para evitar que se den complicaciones a corto, mediano y largo plazo ³.

1.2.1.1 MESOCONTEXTUALIZACIÓN

En Ecuador la realidad no es distinta, el aborto es la segunda causa de mortalidad materna, así que al darle una resolución instrumental adecuada puede incidir de forma importante en la reducción morbimortalidad del aborto ² y si se hace de forma inadecuada igualmente trae sus complicaciones propias además de aumentar el trauma por el cual tienen que atravesar las pacientes provocando daños físicos y psicológicos que a futuro alteraran la vida de la persona, por lo que al poner a disposición de los profesionales de la medicina normas y protocolos clínicos para el manejo adecuado del aborto incompleto en nuestros servicios de salud, esperamos generar una práctica médica que mejore la capacidad resolutive de la atención a la mujer gestante y que aporte a superar las restricciones geográficas, económicas y culturales que hacen que buena parte de la población no tenga acceso a los servicios de salud dado que un gran porcentaje de madres embarazadas mueren antes de llegar a la etapa del parto.

1.2.1.3 MICROCONTEXTUALIZACIÓN

Debido a que el aborto incompleto es muy frecuente en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga y su

tratamiento mediante legrado instrumental es el método terapéutico más usado para su resolución, es de suma importancia tener datos de los resultados de la efectividad y los problemas posteriores que se pudieron haber presentado, además de que no existen estudios anteriores a nivel local, entonces tenemos un campo nuevo de exploración que marcará la pauta para evitar muertes maternas en la Ciudad y la Provincia.

1.2.2 ANALISIS CRÍTICO

El aborto incompleto es un problema donde la pobreza y el desconocimiento tienen gran influencia, ya que las pacientes en estado de embarazo en cualquiera de sus etapas acuden a servicios de salud presentando abortos espontáneos donde las complicaciones más comunes son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección ⁶.

Después del parto normal, el aborto es la segunda causa de internación de mujeres en edad fértil en los servicios de ginecología y obstetricia ¹.

En países como Ecuador, donde el acceso a una educación sexual adecuada no permite un manejo temprano de un embarazo con promoción y prevención en salud, sin tener previa consejería, controles e independientemente de la causa cierto porcentaje de mujeres se autoinducen un aborto o recurren a proveedores no calificados y luego ingresan a los servicios de salud con abortos incompletos y/o complicaciones del mismo ⁵. Por lo tanto, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto tiene una enorme capacidad para incidir sobre las cifras asociadas a mortalidad materna sobre todo en pacientes en edades comprendidas entre los 15 a 25 años que constituyen un grupo de alto riesgo.

1.2.3 PROGNOSIS

El aborto espontáneo es muy frecuente. Las mujeres pueden tener abortos de este tipo sin siquiera notarlos. El punto de vista médico tiende a considerar como aborto a la interrupción de un embarazo antes de que el producto pueda sobrevivir fuera del cuerpo de la mujer, es decir, antes de que este sea viable, lo que ocurre alrededor de las semanas 20 o 22 de embarazo. Luego de este periodo generalmente se habla de muerte fetal y no de aborto ⁴.

Los prestadores de servicios de salud suelen encontrarse con mujeres con abortos espontáneos, con embarazos no deseados, con embarazos forzados producto de situaciones de violencia o bien, mujeres con abortos “espontáneos” que son violentadas durante el embarazo ³. La frecuencia de estos casos, así como las implicaciones que tiene para la salud de las mujeres, es un llamado a fortalecer la atención de sus necesidades y no del aborto en sí ¹¹. Es importante atender tanto los aspectos clínicos, como identificar las circunstancias de las mujeres en situación de aborto para brindarles servicios apropiados, realizando un manejo adecuado disminuyendo la invasividad de los tratamientos ⁹.

1.2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011?

1.2.5 INTERROGANTES Y SUBPROBLEMAS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo para que se presente un aborto incompleto?
- ¿Cuáles son las principales complicaciones del Aborto Incompleto?
- ¿En qué consiste el legrado instrumental terapéutico para pacientes con aborto incompleto?
- ¿Qué alternativas existen para mejorar el tratamiento mediante legrado instrumental para el manejo del aborto incompleto en el Hospital Provincial General Latacunga?

1.2.6 DELIMITACION DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial:

- **Provincia:** Cotopaxi.
- **Cantón:** Latacunga.
- **Zona:** Hospital Provincial General Latacunga.

Delimitación temporal:

- En el período Septiembre 2010 a Agosto 2011.

Delimitación de contenido:

- **Área:** Ginecología.
- **Aspecto:** Legrado Instrumental en Abortos Incompletos.

1.3 JUSTIFICACION

Se ha escogido este tema en especial ya que el aborto en cualquiera de sus variedades es un problema que ha estado afectando al mundo desde los comienzos de la medicina y las libertades que existen para la resolución del mismo, en Ecuador el manejo se rige a un normativo nacional para el manejo del aborto incompleto que no va acorde con lo que se viene realizando a nivel mundial como son técnicas de aspiración o el manejo clínico con diversos fármacos, sabiendo que en el país se ha iniciado con un control intenso de todos y cada uno de los casos de muerte materna y neonatal lo que debería ir de la mano con la actualización de los protocolos existentes.

Además en la Provincia y/o la Ciudad no existen antecedentes de haber analizado este problema que a diario se presenta en el Hospital Provincial General de Latacunga, y nos permitirá determinar si existe la posibilidad de mejorar la fiabilidad de la técnica o aplicar otras alternativas de tratamiento del aborto incompleto diferentes al legrado instrumental de acuerdo a las guías y normas manejadas actualmente en el mundo, para evitar complicaciones en las pacientes que acuden al servicio diariamente.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Estudiar las Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Observar las Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011.
- Establecer las principales Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011.
- Proponer alternativas terapéuticas para evitar las Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN.

Aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y el producto pesa menos de 500 gramos, la tasa de perdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas ¹.

Sin embargo esta definición debe tener en cuenta que en ocasiones el recién nacido que presenta un peso <500 g puede ser reanimado y sobrevivir. Si el recién nacido ingresa en la unidad neonatal y fallece posteriormente, su caso debe registrarse como mortalidad neonatal con independencia de que el peso haya sido inferior a 500 g ⁹.

Clasificación

- Aborto precoz, es el que ocurre antes de las 12 semanas, en este grupo se pueden incluir el aborto bioquímico, pre implantacional o preclínico, que es aquel que acontece desde antes que el blastocisto se implante, hasta la primera manifestación clínica o la identificación ecográfica del saco

ovular (cuatro o cinco semanas de gestación). En muchas ocasiones estos abortos ocurren antes de la llegada del periodo menstrual, por lo que el diagnóstico solo se pueda realizar por la positividad en la determinación de la β -hCG⁹.

- Aborto Tardío, es el que tiene lugar con 12 ó más semanas de gestación⁹.

Formas Clínicas del Aborto Espontáneo

- Amenaza de Aborto, Es un embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital, y cuello cerrado¹.
- Aborto en curso (inevitable), Hay aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas¹.
- Aborto Incompleto, Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable¹.
- Aborto Completo, expulsión completa del producto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor¹.
- Aborto Diferido, Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede o no acompañarse de sangrado variable¹.
- Aborto Séptico, Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38 grados C o más) durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus¹.
- Aborto terapéutico, Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre, se considera en caso de morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o

incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida ¹.

EPIDEMIOLOGÍA

El aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo. Para un gran número de mujeres, el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a los métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socio-económica, dependen del sistema público de salud ³.

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, y 1 de cada 9 mujeres recurren al aborto como única solución posible ⁵.

En América Latina y el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De éstos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto. En Ecuador, el aborto es la primera causa de muerte materna, y por ello mueren un número considerable de mujeres muy jóvenes ⁶.

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% 30-34 años, 24,6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y 93.4% a partir de los 45 años.

Diagnóstico y Tratamiento en los Distintos Estadios del Aborto

- Amenaza de aborto:
 - Se caracteriza por sangrado genital de pequeña o moderada intensidad, pudiendo existir dolores tipo cólicos, generalmente poco intensos.

- Al examen genital, el orificio interno del cuello uterino permanece cerrado, el volumen uterino es compatible con la edad gestacional y no existen signos de infección.
- La prueba inmunológica es (+).
- El examen ecográfico es normal, pudiendo encontrar un área pequeña de desprendimiento ovular.
- La indicación es reposo, utilización de analgésicos si hay dolor, evitar relaciones sexuales durante la pérdida sanguínea y concurrir en un lapso adecuado a la consulta prenatal.
- En caso de continuar con la sintomatología o surgir fiebre, dolor pelviano localizado o pérdidas sanguíneas con fetidez, proceder a su internación y tratamiento ⁴.
- Aborto completo:
 - Generalmente se produce en gestaciones menores de 8 a 10 semanas.
 - El dolor y las pérdidas hemáticas cesan después de la expulsión del material ovular.
 - El orificio interno del cuello (OCI) puede estar abierto o cerrado, y el tamaño uterino es menor al esperado a la edad gestacional.
 - En la ecografía se observa la cavidad vacía o con imágenes sugestivas de coágulos.
 - La conducta en este caso es observación y seguimiento para evaluar sangrado o posible infección.
 - En caso de persistir el sangrado debe realizarse el legrado instrumental, bajo anestesia o aspiración manual endouterina (AMEU) ⁴.
- Aborto incompleto
 - El sangrado es mayor que en la amenaza de aborto y disminuye en el momento de la salida de los coágulos y restos ovulares.

- Los dolores son también más intensos y el OCI se encuentra abierto.
- La ecografía confirma el diagnóstico, pero no es imprescindible.
- En gestaciones de menos de 12 semanas por el tamaño uterino, se realizará si es posible la AMEU por ser una técnica más segura y más rápida (bajo anestesia general o bloqueo para cervical más apoyo de analgesia y eventualmente sedación, si fuera necesario).
- En caso de no tener implementada esta técnica, realizar el Legrado Uterino Instrumental (LUI) bajo anestesia.
- En gestaciones mayores a 12 semanas por tamaño uterino, utilizar primero Ocitocina y luego las técnicas anteriormente nombradas ⁴.
- Aborto retenido:
 - En general, el aborto retenido cursa con regresión de los síntomas y signos de gestación.
 - El OCI, se encuentra cerrado y no hay pérdidas sanguíneas.
 - La ecografía revela ausencia de signos vitales o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado).
 - Cuando el tamaño uterino es menor a 12 semanas de gestación utilizar la técnica de AMEU o Legrado Uterino Instrumental (LUI) ⁴.
- Aborto infectado:
 - Con frecuencia está asociado a 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.

- Son infecciones graves y deben ser tratadas independientemente de la vitalidad del feto.
- Las manifestaciones más frecuentes son, sangrado genital con (o sin) olor fétido, acompañado de dolores abdominales o eliminación de material purulento por OCI.
- Al tactar a la paciente, esta puede referir dolor importante, debiendo pensarse siempre en la posibilidad de una perforación uterina, compromiso peritoneal lesión de otro órgano ⁴.

Estudios de laboratorio

Deben ser realizados de acuerdo a las características del cuadro clínico y las condiciones de la paciente:

- Hemograma con conteo de plaquetas.
- Coagulograma.
- Hemocultivo.
- Urea, Creatinina.
- Cultivo de secreción vaginal y material endometrial, incluyendo anaerobios.
- Rx de abdomen.
- Ecografía pelviana y de abdomen total.
- Tomografía para definir colecciones intracavitarias (eventualmente) ⁴.

En el tratamiento es fundamental el soporte de las condiciones vitales:

- Si la Hemoglobina (Hb) es inferior a 8 g%, transfundir sangre.
- Antibiótico terapia:
 - Ampicilina, 2 g I.V. cada 6 hs., más

- Metronidazol, 500 mg. a 1 g I.V. cada 8 horas, más
 - Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.
 - Si la paciente ha mejorado y está afebril, a las 72 hs puede pasarse a Amoxicilina oral (500 mg. cada 8hs.) y Metronidazol vía oral, hasta totalizar 7 a 10 días.
 - Puede utilizarse algún esquema alternativo según las normas de cada servicio.
 - Para su evacuación, en úteros menores a 12 semanas, se puede utilizar la técnica de AMEU, o el Lgrado Uterino Instrumental.
 - En ambos casos debe realizarse con infusión permanente de Oxitocina, 20 U en Dextrosa al 5%, cada frasco, a 28 gotas por minuto.
 - En casos más graves, acompañados de reacción peritoneal y que no responden a las 24 hs. de tratamiento, debe realizarse laparotomía exploratoria, evaluando la posibilidad de histerectomía. La persistencia de fiebre después de los cuidados iniciales puede significar la presencia de abscesos pélvicos o tromboflebitis.
 - En el último caso evaluar la utilización de Heparina⁴.
- Aborto habitual:
 - Se caracteriza por la pérdida del producto de la concepción, espontánea y consecutiva de 3 o más gestaciones antes de las 22 semanas.
 - Se considera primaria, cuando la mujer jamás consiguió una gestación a término, y secundaria cuando hubo una gravidez a término.

- Deben explorarse causas hormonales, genéticas, infecciosas o malformaciones, antes de que la mujer decida una nueva gestación, derivándola al consultorio preconcepcional para su estudio y tratamiento ⁴.

Evacuación Endouterina.

Definición: La evacuación endouterina es la extracción del contenido uterino ⁷.

Existen varias técnicas para conseguir este propósito:

1. Instrumental.
2. Por Aspiración. (AMEU)
3. Farmacológica ⁷.

Evacuación Endouterina Instrumental.

Atendiendo a la patología subyacente se catalogará como Obstétrica o Ginecológica, y de acuerdo a su propósito último, se considerará Terapéutica o Diagnóstica ⁷.

Cuando para conseguir la evacuación del contenido uterino, se dilata el cérvix y se extrae su contenido utilizando “Instrumental quirúrgico”, la técnica utilizada se denomina Dilatación y Legrado Instrumental ⁷.

Legrado (Sinónimo: Curetaje): Intervención quirúrgica que consiste en raspar la superficie de los huesos o de la mucosa uterina para limpiarlos de sustancias adheridas o tomar una muestra ⁷.

El objetivo del Legrado es:

- Terapéutico: Indicado para detener una hemorragia uterina, de origen obstétrica o ginecológica, para facilitar la curación y la

cicatrización eliminando los tejidos afectados que causan la enfermedad, o bien que impidan o retarden la recuperación de la normalidad del órgano.

- Diagnóstico: Indicado para obtener una muestra que al estudio histopatológico permita confirmar o descartar un diagnóstico.
- Legra (Sinónimo: Cureta): Instrumento con forma de cuchara con un borde cortante ⁷.

Cuando para realizar el legrado es necesario practicar de manera previa la dilatación del cérvix, la técnica general se denomina: Dilatación y Legrado ⁷.

Para la aplicación de cada técnica de evacuación endouterina están definidos los parámetros que orientan su aplicación en cada caso en particular, que incluyen básicamente, los siguientes:

- El estado clínico de la paciente.
- La Patología de base.
- La edad gestacional.
- La altura uterina ⁷.

DIFERENCIA LUI – AVEU.		
VARIABLE	LUI	AVEU
Tasa de complicación/riesgo	Alta	Baja
Costo	Alto	Bajo (25% del costo del LUI)
Instrumental	Cureta Metálica	Cánula de plástico semirrígida
Dilatación cervical	Mayor	Mínima
Tipo de sedación	Anestesia General	Bloqueo paracervical
Personal mínimo requerido	Equipo Médico + Anestesiólogo	Equipo Médico
Estancia hospitalaria	Más prolongada	Menos Prolongada
Ausencia del hogar	Probable	No
Tomado de: Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto. Resolución 989/2005 – Ministerio de la Salud Argentina. 9/8/05		

Legrado Uterino Instrumental (LUI)

Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se raspan las paredes del útero bajo anestesia general ⁷.

Legrado Uterino Instrumental (LUI) Ginecológico.

Puede ser diagnóstico o terapéutico.

- Indicaciones del LUI ginecológico Diagnóstico:
 - Hemorragia uterina posmenopáusica.
 - Hemorragia Uterina Anormal en premenopáusicas que no cede a manejo médico.
 - Hemorragia Uterina Anormal en mayores de 35 años que no cede a manejo médico.
 - A cualquier edad si existe sospecha de patología endometrial.
 - A cualquier edad si existe sospecha de lesión intracavitaria.
 - En posmenopáusicas y perimenopáusicas que van a ser sometidas a cirugía vaginal con conservación del útero ⁷.
- Contraindicaciones del LUI ginecológico Diagnóstico:
 - Infección genital activa aguda, a cualquier nivel.
 - Desconocimiento de la técnica operatoria.
 - Falta de destreza para la realización del procedimiento.
 - Infecciones pélvicas sin tratamiento antibiótico previo ⁷.
- Requisitos para realizar el LUI:
 - Propias a todo procedimiento quirúrgico:
 - Asepsia y antisepsia.
 - Estándares mínimos de habilitación de la sala de Cirugía.
 - Adecuada anestesia y analgesia.
 - Operador cómodo.
 - Conocimiento y dominio de la técnica operatoria.

- Propias del Procedimiento.
 - Conocimiento del paciente y de la indicación del procedimiento.
 - Conocimiento del tamaño y orientación del útero (por clínica o por ecografía)
 - Debe ser fraccionado, esto es, se toman por separado muestras del canal endocervical y del cuerpo uterino ⁷.
- Condiciones previas.
 - Valoración pre anestésica previa.
 - Consentimiento informado totalmente diligenciado.
 - Ayuno de 6 a 8 horas de acuerdo a condición clínica de la usuaria.
 - El rasurado del vello púbico es opcional, pero no estrictamente necesario.
 - Solicitar a la paciente que evacue la vejiga, inmediatamente antes de su traslado a quirófano ⁷.
- Instrumental mínimo para realizar un LUI.
 - Sala de quirófano de acuerdo a norma de Habilitación.
 - Juego de curetas uterinas.
 - Juego de dilatadores uterinos (bujías de Hegar) de 6 a 15 mm.
 - Un espéculo de tamaños mediano y grande.
 - Pinza de cuello (Pozzi).
 - Histerómetro ⁷.
- Descripción de la técnica.
 - En posición ginecológica, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se colocan campos quirúrgicos, se realiza la antisepsia del cérvix y de vagina con solución antiséptica.

- Se le consulta al anestesiólogo para iniciar el procedimiento, procediendo al tacto bimanual para identificar, situación, tamaño y orientación del útero.
- Se coloca el espéculo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina, se introduce la pinza cervical (de cuatro dientes) lateralmente al espéculo pinzando el labio anterior o posterior del cérvix (teniendo en cuenta si el cuerpo uterino se encuentra en anteverso o en retroversoflexión) para estabilizar el cuello, y se tracciona la pinza para corregir el ángulo cérvicouterino rectificando el cuerpo del mismo. Se retira el espéculo.
- Realizar la histerometría.
- Legrar el canal endocervical y tomar muestra.
- Dilatar el cérvix con las bujías de Hegar, tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media (como si se tomara un lápiz) y orientando su eje curvo en el mismo sentido a la orientación del cuerpo uterino, se introduce inicialmente el de menor calibre, según la percepción del cirujano, seguidamente introducir el lado opuesto del mismo dilatador. Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un número de dilatador mayor que el diámetro de la legra que va a utilizar, para una legra No. 2, dilatar mínimo hasta la bujía No.7.
- Una vez elegido el tamaño de cureta a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia delante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos

largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Posteriormente legrar el fondo y los cuernos.

- Verificar que la evacuación ha sido completa. Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:
 - Se observa la salida de “sangre espumosa” roja o rosada.
 - Se percibe una sensación áspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
 - Se escucha el “llanto uterino”.
- Retirar la cureta muy suavemente.
- Verificar que no exista sangrado a través del cuello.
- Retirar la pinza de cuello (Pozzi).
- Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído una muestra representativa, y no solamente coágulos.
- Identificar el material que se enviará para estudio anatomopatológico ⁷.
- Recuperación Pos LUI
 - Vigilancia estrecha por el anesthesiólogo hasta la recuperación de la conciencia.
 - Tomar los signos vitales mientras la usuaria aún está en la mesa quirúrgica.
 - Pasarla a sala de recuperación.
 - Permitirle que descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.

- Vigilar sangrado genital.
 - Dolor y/o distensión abdominopélvica ⁷.
- Criterios de alta
 - Recuperación anestésica total.
 - Estabilidad hemodinámica.
 - Pueda caminar sin ayuda.
 - Ausencia de sangrado genital.
 - Recibió información sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).
 - Recibió información sobre la fórmula médica de alta y la cita de control.
 - Recibió información sobre el estudio de histopatología y los procedimientos institucionales que se siguen para el mismo ⁷.
- Complicaciones.
 - Perforación Uterina.
 - Hemorragia.
 - Infección.
 - Laceración cervical ⁷.

Legrado Uterino Instrumental (LUI) Obstétrico.

Generalmente es exclusivamente terapéutico.

- Indicaciones del LUI Obstétrico:
 - Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina equivalente a igual o menor a 22 cm de altura uterina.
 - Retención parcial de restos placentarios pos parto.

- Tratamiento del aborto infectado y del aborto séptico después de 12 a 24 horas de iniciado el manejo con antibioticoterapia ⁷.
- Contraindicaciones del LUI Obstétrico:
 - Aborto séptico o infectado sin antibioticoterapia previa.
 - Embarazos menores de 12 semanas de gestación.
 - Útero con contenido fetal.
 - Cérvix cerrado.
 - Desconocimiento de la técnica operatoria.
 - Falta de destreza para la realización del procedimiento.
 - Sospecha inicial de perforación uterina por maniobras abortivas previas ⁷.
- Requisitos para realizar el LUI Obstétrico:
 - Propias a todo procedimiento quirúrgico:
 - Asepsia y antisepsia.
 - Estándares mínimos de habilitación de la sala de Cirugía.
 - Adecuada anestesia y analgesia.
 - Operador cómodo.
 - Conocimiento y dominio de la técnica operatoria.
 - Propias del Procedimiento.
 - Conocimiento del paciente y de la indicación del procedimiento.
 - Conocimiento del contenido, tamaño y orientación del útero (por clínica o por ecografía) ⁷.
- Condiciones previas.
 - Valoración pre anestésica previa.
 - Ecografía pélvica, Hemoglobina y VIH previos, si lo permite el cuadro clínico.
 - Conocimiento del grupo sanguíneo de la paciente.
 - Estabilidad hemodinámica mínima de acuerdo al estado de la paciente.

- Consentimiento informado totalmente diligenciado.
- Reserva de sangre confirmada, de acuerdo a condición clínica.
- Ayuno de 4 a 6 horas de acuerdo a condición clínica de la usuaria.
- El rasurado del vello púbico es opcional, pero no estrictamente necesario ⁷.
- Instrumental mínimo para realizar un LUI Obstétrico:
 - Sala de quirófano de acuerdo a norma de Habilitación.
 - Juego de curetas uterinas.
 - Juego de dilatadores uterinos (bujías de Hegar) de 6 a 15 mm.
 - Un espéculo de tamaños mediano y grande.
 - Pinza de cuello.
 - Pinzas de Foster ⁷.
- Descripción de la técnica.
 - En posición ginecológica, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se colocan campos quirúrgicos, se realiza la antisepsia del cérvix y de vagina con solución antiséptica.
 - Se le consulta al anesthesiólogo para iniciar el procedimiento, procediendo al tacto bimanual para identificar, situación, tamaño y orientación del útero y dilatación cervical.
 - Se coloca el espéculo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina, se introduce la pinza cervical (de cuatro dientes) o una pinza de Foster si el cuello está muy blando, lateralmente al espéculo pinzando el labio anterior del cérvix para estabilizar el cuello, y se tracciona la pinza para corregir el ángulo cérvicouterino rectificando el cuerpo del mismo. Se retira el espéculo.

- Confirmada y verificada la dilatación cervical, se introduce una pinza de Foster y se retiran la máxima cantidad de restos ovulares posibles de cavidad uterina.
- Una vez elegido el tamaño de cureta a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia delante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Posteriormente legrar el fondo y los cuernos ⁷.
- Verificar que la evacuación ha sido completa. Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:
 - Se observa la salida de “sangre espumosa” roja o rosada.
 - Se percibe una sensación áspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
 - Se escucha el “llanto uterino”.
 - En caso de infección el “llanto uterino” no se presenta, y la sensación áspera es reemplaza por la de una “alfombra mojada”.
- Retirar la cureta muy suavemente.
- Verificar que no exista sangrado a través del cuello.
- Retirar la pinza de cuello.
- Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza. En caso de sangrado presionar con una

torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.

- Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído una muestra representativa, y formarse una impresión de sus características macroscópicas.
 - Identificar el material que se enviará para estudio anatomopatológico.
 - En caso de gestante con incompatibilidad a Rh proceder a su manejo preventivo.
 - Manejo subsiguiente atendiendo al Protocolo de la patología de base ⁷.
- Recuperación Pos LUI
 - Vigilancia estrecha por el anesthesiólogo hasta la recuperación de la conciencia.
 - Tomar los signos vitales mientras la usuaria aún está en la mesa quirúrgica.
 - Mantener infusión oxiótica.
 - Pasarla a sala de recuperación.
 - Permitirle que descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
 - Vigilar sangrado genital.
 - Dolor y/o distensión abdominopélvica ⁷.

 - Criterios de alta
 - Recuperación anestésica total.
 - Estabilidad hemodinámica.
 - Pueda caminar sin ayuda.
 - Ausencia de sangrado genital.
 - Recibió información sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

- Recibió información sobre la fórmula médica de alta y la cita de control.
- Recibió información sobre el estudio de histopatología y los procedimientos institucionales que se siguen para el mismo ⁷.
- Complicaciones.
 - INMEDIATAS.
 - Perforación Uterina.
 - Laceración cervical.
 - Hemorragia.
 - Shock séptico.
 - Shock Hipovolémico.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - CID.
 - MEDIATAS.
 - Evacuación incompleta de los restos ovulares.
 - Hemorragia.
 - Infecciones útero - anexiales.
 - Absceso pélvico.
 - Tromboflebitis pélvica séptica.
 - TARDÍAS.
 - Síndrome de Sheehan (parcial o total)

- Sensibilidad a Rh ⁷.

Complicación: Infección.	
Signos y Síntomas	Tratamiento Inicial
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escalofrío. ✓ Fiebre mayor a 38,5 °C. ✓ Sudoración. ✓ Palidez y taquicardia. ✓ Flujo vaginal fétido. ✓ Dolor abdominal. ✓ Dolor a la movilización uterina. ✓ Signo de dolor por rebote. ✓ Abdomen distendido. ✓ Hipotensión. ✓ Sangrado persistente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar antibioticoterapia según esquema. ✓ Control de SV cada 30 minutos. ✓ Control y registro de diuresis horaria. ✓ Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable. ✓ Mantener vena canalizada con Abocath No.16. ✓ Líquidos IV a razón de 100 a 120 cc/ hora. ✓ Mantener oxitócicos según esquema. ✓ Si es necesario, aplique vacuna antitetánica / toxoide tetánico si no hay esquema previo de vacunación completo documentado. ✓ Refiera a Unidad de Cuidados Intensivos en caso necesario.

Complicación: Perforación uterina antes del procedimiento

<ul style="list-style-type: none">✓ Taquicardia e hipotensión.✓ Sangrado excesivo.✓ Antecedentes de manipulación previa.✓ La legra penetra más allá de lo esperado.✓ Sangrado excesivo durante el procedimiento.✓ Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos. (grasa, epiplón, etc.).	<ul style="list-style-type: none">✓ Valorar si existe lesión intra abdominal.✓ Evaluar la necesidad de realizar laparotomía.✓ Iniciar antibioticoterapia según esquema.✓ Control de SV cada 30 minutos.✓ Control y registro de diuresis horaria.✓ Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable.✓ Mantener vena canalizada con Abocath No.16.✓ Líquidos IV a razón de 100 a 120 cc/ hora.✓ Mantener oxitócicos según esquema.✓ Si es necesario, aplique vacuna antitetánica / toxoide tetánico si no hay esquema previo de vacunación completo documentado.✓ Si las condiciones clínicas se estabilizan, concluir la evacuación uterina. En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria.✓ En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria inmediata.✓ Refiera a Unidad de Cuidados Intensivos.
--	---

Complicación: Lesión intra-abdominal.

<ul style="list-style-type: none">✓ Dolor y distensión abdominal.✓ Taquicardia e hipotensión.✓ Omalgia.✓ Nauseas y vómitos.✓ Íleo.✓ Abdomen Agudo.	<ul style="list-style-type: none">✓ Asegurar que la vía respiratoria esté permeable.✓ Administrar oxígeno.✓ Sonda vesical para control de líquidos.✓ Administrar antibióticos según esquema.✓ Administrar soluciones EV.✓ Realizar laparotomía con participación de cirugía general.✓ Refiera a Unidad de Cuidados Intensivos.
---	--

Complicación: Shock Hipovolémico.	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taquicardia e hipotensión. ✓ Palidez. ✓ Taquipnea. ✓ Estado mental de inquietud, confusión o inconsciencia. ✓ Hemorragia genital. ✓ Masa pélvica. ✓ Abdomen agudo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo conjunto con Intensivistas. ✓ Manejo según Protocolo de Shock Hipovolémico. ✓ Determinar la causa del shock. ✓ Proceder de acuerdo a la etiología.

- **Descripción operatoria.**

Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia más colocación de campos quirúrgicos, ya en posición de litotomía, se realiza tacto bimanual encontrando: cérvix dilatado y útero describir posición, situación, contornos y consistencia), aumentado de tamaño para aproximadamente XXX semanas. Se hace antisepsia de vagina y cérvix con solución de yodopovidona (o la que se haya empleado), y se coloca espéculo visualizando y pinzando labio anterior de cérvix, se retira espéculo. Se verifica dilatación de cuello con bujía Hegar No. XX, y con pinza Foster (o pinza de aro) se extraen restos ovulares libres de cavidad en cantidad (abundante, moderada, escasa), con cureta cortante No XX se legra cavidad en sentido horario extrayendo tejido ovular en cantidad XXXXXX, luego fondo y cuernos hasta comprobar limpieza. Se comprueba hemostasia. No hubo accidentes operatorios. La paciente toleró bien el acto operatorio y sale estable hemodinámicamente ⁷.

- **Ordenes médicas posoperatorias.**

Legrado Uterino Instrumental Ginecológico Diagnóstico.

1. Cefazolina 1 ampolla de 1,0 gr IV trans-operatoria.
2. Tramadol 50 mg intravenoso PRN.

3. De alta al recuperarse de Anestesia, previa evaluación por médico de turno.

- Al alta hospitalaria se siguen las siguientes recomendaciones:
 - La fórmula de salida incluirá solo la prescripción de un analgésico.
 - Reposo relativo durante 10 días.
 - Evitar relaciones sexuales durante 15 días después del legrado.
 - No utilizar tampones ni duchas vaginales durante 30 días.
 - Cita médica con resultado de Patología en 15 días⁷.

Legrado Uterino Instrumental Obstétrico – No infectado.

Legrados por Aspiración AMEU – No infectados.

1. Cefazolina 1 g vía oral cada 8 horas.
2. Acetaminofén 500 mg vía oral cada 6 horas.
3. Vigilar sangrado por genitales externos.
4. Control de signos vitales cada 4 horas.
5. Dieta corriente.
6. De alta al recuperarse de anestesia, previa evaluación por médico de turno.
7. Anotar y avisar cambios ⁷.

A estas pacientes durante su internación se les hará adoctrinamiento en los siguientes aspectos, por el personal médico y de enfermería del servicio:

1. Anticoncepción.
2. Higiene genital.
3. Signos y Síntomas de alarma durante su convalecencia.

4. Derechos Sexuales y Reproductivos.
5. Prevención del cáncer de cérvix.
6. Prevención del Cáncer de Seno.
7. Cultura de vida y de libertad ⁷.

Legrado Uterino Instrumental Obstétrico – Infectado.

1. SS Isotónica a 80 cc/hora.
2. Oxitocina 20 UI en primera solución.
3. Clindamicina 600 mg IV cada 8 horas.
4. Gentamicina ampollas de 80 mg, aplicar intravenosa cada 12 horas.
 - a. (Gentamicina ampolla de 160 mg, aplicar intravenosa cada 24 horas).
 - b. Alternativo: Sulbactam-Ampicilina ampollas de 1,5 g aplicar 3 intravenosos cada 8 horas.
5. Acetaminofén 500 mg vía oral cada 6 horas.
6. Vigilar sangrado por genitales externos.
7. Control de signos vitales cada 4 horas.
8. Control de líquidos dados y eliminados.
9. Dieta líquida, y si la tolera pasar a Corriente.
10. Trasladar a Sala de Sépticas.
11. Anotar y avisar cambios.
 - a. Estas pacientes requerirán un manejo intrahospitalario endovenoso de 48 y/ó 72 horas ⁷.

Evacuación Endouterina por Aspiración.

Aspiración Manual Endouterina

Indicaciones de AMEU

Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cm y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.

- Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm.
- En caso de mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino.
- Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12 y dilatación cervical menor o igual a 2 cm.
- Biopsia de endometrio ⁷.

Contraindicaciones de AMEU

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm. o dilatación cervical mayor cm.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo ⁷.

Instrumental:

- Una jeringa de válvula doble.
- Cánulas semirrígidas de 4 a 10 mm y de 12 mm de diámetro externo.
- Bujías de Hegar
- Espéculo mediano.
- Pinza de cuello Pozzi.
- Pinzas de Foerster recta de 25 cm (pinza aro larga).
- Extensor de aguja opcional ⁷.

Medicamentos:

- Antiespasmódico: Metil bromuro de Hioscina, u otros disponibles.
- Diazepam 5 mg/ 1 ml.
- Epinefrina 0,4 mg 1 ampolla.
- Oxitocina 5 ui 1 ampolla.
- Solución salina o agua destilada 10 ml.
- Solución fisiológica 500 ml ⁷.

Insumos

- Silicona para lubricar la jeringa.
- Solución antiséptica (Yodopovidona).
- Gasas estériles de 5 x 7 cm (pequeñas) o torundas de gasa.
- Par de guantes estériles.
- Guantes de exanimación descartables.
- Tres jeringas descartables de 5 ml con aguja 21 G x 1 y medio.
- Una jeringa descartable de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio.
- Balde plástico forrado internamente con bolsa roja de nylon.
- Abbocath N° 18.
- Equipo de venoclisis ⁷.

Selección de la cánula:

- Se hará de acuerdo al tamaño del útero y al grado de dilatación cervical (cánula, generalmente 1 ó 2 diámetros menores que el tamaño del útero).
- Las cánulas semirrígidas se caracterizan por brindar la sensación táctil como la cureta metálica.

- Tienen el adaptador integrado (base-fija), en forma de asa por lo que no necesita ningún adaptador individual. Esto permite que se conecten directamente a la jeringa de válvula doble ⁷.

Preparación de la jeringa:

- Inspeccionar las jeringas y las cánulas: desechar inmediatamente las que tengan cualquier rotura visible.
- Revisar el émbolo y la válvula: el émbolo deberá estar colocado totalmente dentro del cilindro y con la válvula de seguridad abierta, con el botón de la válvula abierto.
- Cuando se utilice la jeringa sencilla, cerrar la válvula de seguridad empujando el botón hacia abajo y adelante hasta que se escuche que encajó en su lugar.
- Cuando se utilice la jeringa de válvula doble, empujar los dos botones de la válvula al mismo tiempo hacia adentro y adelante.
- Preparar la jeringa tomando el cilindro y tirando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente.
- En la jeringa de válvula doble buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.
- Revisar la jeringa antes de usarla para asegurar la tensión del vacío. Abrir la válvula de seguridad.

- Deberá escucharse una entrada de aire dentro de la jeringa, indicando que había vacío dentro de ésta.
- Desechar la jeringa si no mantiene el vacío.
- Volver a preparar la jeringa tomando el cilindro y tirando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que, el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente.
- En la jeringa de válvula doble buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.
- Depositar la jeringa cargada en el área estéril lista para realizar el procedimiento ⁷.

Técnica

1. Preparación de la mesa auxiliar:

- Colocar un campo estéril que cubra toda la superficie de la mesa.
- En el área distribuir el instrumental estéril:
 - 1 Pinza aro.
 - 1 Espéculo.
 - 1 Pinza de cuello uterino (Pozzi).
 - 1 Extensor de aguja.
 - 1 Jeringa de 10 ml con Lidocaína diluida.
 - 1 Riñonera.
 - 1 bol con antiséptico (Yodopovidona).
 - 1 Juego completo de cánulas sema-rígidas.
 - 1 Juego completo de bujías de Hegar.
 - 10 Gasas.
 - 1 Jeringa de AMEU ⁷.

2. Preparación de la usuaria:

- Solicitarle que evacue la vejiga.
- Trasladarla a la sala de procedimientos.
- Pedirle que se coloque en posición ginecológica, cubriéndola con una sábana de acuerdo a técnica (no realice rasurado).
- Colocarse los guantes estériles descartables.
- Realizar antisepsia de la región vulvar con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Realizar el examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, posición y características del útero y la dilatación del cuello uterino.
- Desechar los guantes descartables.
- Lavarse cuidadosamente las manos.
- Colocarse los guantes estériles.
- Realizar analgesia parenteral sólo en el caso de que la medicación previa al procedimiento no haya sido suficiente para el manejo del dolor, de la siguiente manera:
- Canalizar una vena con Abbocath N° 18, administrar solución fisiológica 500 ml a 18/24 gotas por minuto.
- Administrar EV Diazepam 5 mg/ml 1 ampolla en forma lenta o Midazolam 0,5-1 mg lento e intermitente.
- Realizar el bloqueo paracervical:
- En una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, cargar 5 ml de Lidocaína al 2% sin epinefrina más 5 ml de solución salina o agua destilada, o bien 10 ml de Lidocaína al 1%, para obtener la concentración de Lidocaína al 1 %. Incorporar el extensor de aguja, si está disponible.
- Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal adecuado para las características de la mujer.

- Realizar antisepsia del cuello uterino con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero con una pinza de cuello (Pozzi) y aplicar una suave tracción que permita observar el repliegue cérvicovaginal posterior.
- Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 5 y 7 con aguja de punción lumbar N° 18, o si se cuenta con extensor de aguja se puede utilizar la misma aguja 21 G x 1 y medio.
- Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso. Administrar 1 ml para verificar probable reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.
- Esperar 3 a 5 minutos hasta que haga efecto el anestésico⁷.

3. Pasos de la AMEU

- Dilatar el cérvix uterino en los casos en que el cuello está cerrado, para permitir el paso de la cánula de acuerdo al tamaño del útero.
- Para introducir la cánula semirrígida elegida tomarla por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Rotar la cánula con presión suave para facilitar la introducción.
- Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determinar la histerometría, el primer punto de la cánula se encuentra a 6 cm. del borde romo de la misma. Los otros puntos están a intervalos de 1 cm.
- Retirar un centímetro antes de conectar a la jeringa.

- Tomar el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgar e índice y la jeringa con la otra mano.
- Conectar la cánula a la jeringa.
- Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras conecta la jeringa.
- Soltar la válvula de seguridad de la jeringa y rotar 360 grados de la jeringa para distribuir el vacío en la cavidad uterina. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia la jeringa.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la jeringa suave y lentamente hacia adelante y atrás, rotando la cánula y la jeringa en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío.
- Si la jeringa se llena de restos, cerrar la válvula, desconectar la jeringa de la cánula, dejando la cánula colocada dentro de la cavidad uterina (no empujar el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa).
- Abrir la válvula de seguridad y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido de la jeringa en el recipiente o riñonera para inspeccionarlo.
- Restablecer el vacío, reconectar la jeringa a la cánula y continuar la aspiración, o conectar otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración ⁷.

Verificar las señales de haber completado el procedimiento y desconectar la jeringa. Las señales de haber completado el procedimiento de AMEU son:

- Se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven más restos en la misma.

- Se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Se escucha el paso de la cánula por las superficies ásperas.
- El útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.
- Inspeccionar el tejido para cerciorarse de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.
- Retirar la cánula y la pinza de cuello.
- Verificar que no exista sangrado en puntos de agarre de la pinza de cuello (Pozzi). En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Retirar suavemente el espéculo ⁷.

Recuperación post AMEU

- Tomar los signos vitales mientras la mujer aún está en la mesa ginecológica.
- Permitir que la paciente descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
- Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido.
- Si la mujer es Rh (-), suministre Gamma-globulina anti Rh 1 ampolla, inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores ⁷.

Criterios de alta

- Que la paciente esté estable.
- Pueda caminar sin ayuda.
- Asegurar que recibió información sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

- Recibió información sobre el método anticonceptivo seleccionado y dónde obtenerlo ⁷.

Evacuación Endouterina Farmacológica.

Las prostaglandinas, entre ellas el misoprostol, se hallan presentes en casi todas las células del organismo. Son ácidos grasos monocarboxílicos insaturados de 20 carbonos, derivan del ácido araquidónico y están formados por dos cadenas y un anillo de cinco carbonos. Las prostaglandinas, metabolitos oxigenados del ácido carboxílico C₂₀, se encuentran de manera natural en la mayor parte de los tejidos biológicos, sitios en los que actúan como moduladores de la función celular. Actúan mediante receptores específicos de la familia de las proteínas G que se encuentran acoplados con diversos mecanismos intracelulares de señalamiento, que pueden estimular o inhibir a la adenilciclase, o fosfatidilinositol. Las prostaglandinas de las series E y F pueden originar contracción uterina en cualquier etapa de la gestación.

Las prostaglandinas se diferencian solamente por pequeños cambios en la metilación u oxidación de sus cadenas carbonadas. La designación de PGE₁, PGE₂ y PGE₃, se refiere únicamente a la presencia de mayor o menor número de enlaces dobles en la cadena lateral alifática. El misoprostol, un análogo sintético de la PGE₁, está constituido por partes equivalentes de dos isómeros en equilibrio ¹⁰.

El Misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina E₁, inhibe la secreción de ácido gástrico y protege la mucosa gastrointestinal. Por tratarse de un análogo de la familia de las prostaglandinas también posee efecto directo a nivel del músculo liso uterino ¹⁰.

Vías de administración

- Diversos estudios sobre regímenes de misoprostol han utilizado diferentes vías de administración como la oral, sublingüal, bucal, vaginal y rectal.
- Las vías mas estudiadas son la oral, vaginal y sublingüal ¹⁰.

Vía oral

Absorción

- Su absorción es rápida y eficiente (88%).
- Puede ser disminuida por comidas y antiácidos.

Metabolismo

- El medicamento presenta un extenso metabolismo cuyo primer paso es el hepático.
- La eliminación se realiza por vía renal, en un 74% y 15% por heces fecales.
- Existe pasaje a leche materna, por lo que se debe postergar la lactancia hasta 6 hrs. de la administración del medicamento.

Concentración plasmática

- Su máxima concentración se da entre 12 y 60 minutos desde la ingesta.
- La mínima concentración está presente a los 120 minutos de la ingesta.
- La vida media de su principal metabolito el ácido misoprostico es a los 20 a 40 minutos.

Efecto clínico

- El tono uterino inicia su elevación a los 8 minutos aproximadamente y su máximo en alrededor de los 26 minutos¹⁰.

Vía vaginal

Absorción:

- Su biodisponibilidad es 3 veces mayor a la vía oral.
- Su absorción es facilitada cuando la tableta se humedece con agua.

Concentración plasmática

- La máxima concentración se presenta entre los 60 y 120 minutos desde la aplicación.
- La mínima concentración se produce hasta 6 horas desde la aplicación.

Efecto clínico:

- El tono uterino comienza a los 21 minutos aproximadamente, presentándose el máximo efecto a los 46 minutos.
- El efecto local se produce por la liberación de óxido nítrico (solo en mujeres embarazadas) que potencia el efecto de las prostaglandinas¹⁰.

Vía sublingual

Absorción

- Es más rápida logrando incremento del tono uterino a los 10 minutos de la administración.

Concentraciones plasmáticas

- Presenta una similar curva farmacocinética, pero más elevada que la vía oral.

Efecto clínico

- Se observa un aumento del tono uterino a los 10 minutos aproximadamente ¹⁰.

Vía rectal

Absorción

- El medicamento es efectivamente absorbido por vía rectal.
- Presenta un comportamiento en la curva farmacocinética similar a la vía vaginal.

Concentración plasmática

- Desde su aplicación, la máxima concentración se presenta alrededor de los 40 minutos.
- La mínima concentración posterior a su aplicación se presenta a las 4 horas.
- Esta vía está siendo estudiada todavía para investigar su aceptabilidad entre las mujeres ¹⁰.

Vía bucal

Absorción

- El medicamento, para su absorción, se coloca entre la encía y la mejilla.

Concentraciones plasmáticas

- Presenta menores concentraciones plasmáticas que la vía sublingual.
- Muestra niveles plasmáticos más prolongados que los obtenidos con la vía oral.
- Esta vía está siendo estudiada todavía ¹⁰.

Cuando se desean tener niveles séricos más elevados y en cortos períodos de tiempo, la vía oral y sublingual son muy útiles en indicaciones como la hemorragia postparto, inducción del aborto, aborto incompleto y preparación del cérvix. La vía sublingual, en caso de inducción de parto, debe ser empleada con precaución, debido a la mayor probabilidad de producir taquisistolia; sin embargo, esta vía permite contracciones más regulares que la vía oral. Por lo tanto, la vía a ser empleada debe ser evaluada considerando la indicación médica y necesidades de la mujer ¹⁰.

Aborto incompleto

Atención

Las intervenciones que permiten una atención calificada, otorgadas por un proveedor competente, son:

- Observación y monitoreo de la condición física de la mujer, realizando un examen general y ginecológico.
- Asistencia clínica para la detección oportuna de complicaciones en la mujer, para resolverlas o demandar el concurso de otro nivel de atención.
- Atención de las necesidades de información y apoyo emocional de la mujer.
- Preservación del derecho de la mujer a la privacidad y a estar acompañada ¹⁰.

Evaluación clínica

- Examen físico general y ginecológico, para el diagnóstico de certeza de aborto incompleto ¹⁰.

Laboratorio

- Grupo sanguíneo y factor Rh. En el caso de que la mujer sea Rh negativa no sensibilizada, aplicar una dosis de suero anti D, previo al tratamiento.
- Hemoglobina y hematocrito para prever una transfusión sanguínea segura.

Donde los recursos lo permitan:

- Identificación y diagnóstico de ITS/VIH/SIDA ¹⁰.

Procedimientos de gabinete

- Ecografía abdominal o transvaginal, para confirmación del diagnóstico clínico ginecológico y descartar un embarazo ectópico (en caso de que exista la posibilidad de contar con este examen complementario) ¹⁰.

Indicaciones

Tratamiento del aborto incompleto en pacientes con:

- Tamaño uterino que corresponda a una gestación de hasta 12 semanas.
- Sin infección.
- Buen estado general y hemodinámicamente compensada.
- Consentimiento informado y escrito.
- Con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención ¹⁰.

Contraindicaciones

- Hipotensión severa.
- Epilepsia.
- Sangrado excesivo.
- Fiebre o signos de sepsis.
- Mal estado general.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Antecedentes de trastornos de la coagulación.
- Mujeres que estén tomando anticoagulantes o consumidoras frecuentes de aspirinas ¹⁰.

Condiciones

- Consentimiento informado escrito.
- Establecer buena comunicación entre la mujer y el equipo de salud, a fin de garantizar un adecuado contacto de seguimiento y que haya total comprensión sobre el procedimiento.
- Debe estar disponible un servicio de aborto quirúrgico, en una unidad de emergencia, en caso de complicación o falla del método ¹⁰.

Dosis y vías de administración

Por orden de preferencia

- Vía oral, dosis única de 600 mcg.
- Vía sublingüal, dosis única de 400 mcg.
- Vía vaginal, utilizar tabletas de 200 mcg cada 4 horas, hasta un total de 800 mcg ¹⁰.

Tiempo hasta conseguir el efecto

En la mayor parte de los casos el vaciamiento uterino completo ocurre dentro de las primeras 24 a 72 horas, pero puede demorarse entre 7 y 10 días ¹⁰.

Efectos secundarios

- Diarrea y dolor abdominal.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Hipotensión.
- Fiebre.
- Escalofríos y temblor.

Si comienza una hemorragia importante y se valora que la medicación aún no ha logrado el resultado esperado, se deberá interrumpir el tratamiento farmacológico y pasar a una solución quirúrgica ¹⁰.

Seguimiento clínico

- Desaparición de la hemorragia, ausencia de signos de infección, disipación del dolor. La ecografía vaginal a los 10 días, se puede utilizar, como una comprobación fehaciente de la total evacuación del contenido uterino ¹⁰.

Criterios de referencia

- Anemia aguda post sangrado.
- Hemorragia genital persistente y en cantidad elevada.
- Falla de procedimiento.
- Fiebre ¹⁰.

Criterios de alta

Después de la evacuación uterina y cuando se compruebe la ausencia de hemorragia genital o su presencia en escasa cantidad (manchado) ¹⁰.

Promoción de la salud

- Explicar claramente a la mujer embarazada y a su familia las causas, el procedimiento a realizar y los riesgos.
- Informar la necesidad de control a los 7 y 14 días después del procedimiento.
- Informar a la mujer embarazada sobre los beneficios de la anticoncepción, higiene personal y aspectos nutricionales.
- Proponer un método anticonceptivo inmediato ¹⁰.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

Son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 7 días a la semana, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad ¹.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales llegan a las madres y recién nacidos a través de los servicios que ofrece una red de CONE. La red de CONE contiene tres niveles de atención:

Primer nivel: Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales Ambulatorios (CONE-A): son las acciones de salud esenciales para la madre y el neonato que por lo general se ofrecen en el domicilio en casa comunal, subcentro o centro de salud (MSP), dispensarios, Unidades de Atención Ambulatoria y Centros de Atención Ambulatoria (IESS/SSC), Policlínicos (FFAA), de la red pública de servicios y en la atención domiciliar realizada por los Equipos Básicos de Salud (EBAS), que ejecutan actividades de promoción, prevención, detección del riesgo y referencia oportuna, de acuerdo a normas y protocolos establecidos, que se dirige a brindar cuidados obstétricos y neonatales antes de que aparezca una complicación ¹.

Muchos de estos cuidados a la madre y al recién nacido pueden disminuir la probabilidad de una complicación, o si ésta ya se ha producido, ayudarán a detectarla en fase temprana y referir a la madre o recién nacido a un nivel de atención superior ¹.

Segundo nivel: Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales Básico (CONE-B): de cuidados básicos en los Hospitales Básicos (MSP), Hospital Nivel I y II (IESS), Clínica y Hospitales de Brigada (FFAA y Policía), que asegura los primeros cuidados fundamentales e inmediatos cuando la complicación ya se ha presentado. Estas son las acciones más inmediatas que se pueden ofrecer a la madre y al recién nacido en cualquier unidad, y que por lo general van acompañadas de una referencia, una vez que se haya logrado estabilizarlos, a una Unidad de mayor complejidad ¹.

Tercer nivel: Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales Completos (CONE-C): en los Hospitales Generales, especializado

o de especialidades (MSP), Hospital de Tercer Nivel (IESS), Hospital General y Nacional (FFAA y Policía), que asegura cuidados obstétricos y neonatales más comprehensivos, cuando la complicación se ha presentado y la madre o el recién nacido hayan sido referidos a una Unidad de mayor complejidad ¹.

En el País, por lo general los dos primeros niveles de CONE son brindados en las Unidades ambulatorias (EBAS, Puestos y Sub-centros de Salud) o en Hospitales Cantonales, mientras que el tercer nivel de CONE es brindado en hospitales generales de capital provincial ¹.



Tabla 3 tomada del Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno - Neonatal.

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- Diagnóstico y Tratamiento del Aborto espontaneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente; por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Boletín Médico de Postgrado. Vol. XI N° 4 Octubre-Diciembre 1995. UCLA Decanato de Medicina. Barquisimeto-Venezuela, LEGRADO UTERINO CON ANESTESIA REGIONAL
 - Para evaluar la tolerancia y morbilidad de los legrados uterinos efectuados con anestesia regional (bloqueos paracervical y pudendo), se estudiaron 113 pacientes entre Noviembre de 1991 y Junio de 1992 que, con diagnóstico de aborto incompleto, menor de 12 semanas de gestación, no infectado, ingresaron a la Unidad de Emergencia Gineco-Obstétrica del Hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda" (H. U. A. M. P.) de la ciudad de Barquisimeto.
 - 107 pacientes (95%) tuvieron buena tolerancia al procedimiento independientemente de la edad y peso corporal, de la edad gestacional, de sus antecedentes obstétricos o del grado de dilatación del cuello uterino. Ninguna paciente requirió anestesia general y la recuperación fue inmediata en todos los casos.
 - No se presentaron complicaciones sistémicas ni ginecológicas.
- ATENCIÓN INTEGRAL POSTABORTO, EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL 1995-2004
 - En el Instituto Especializado Materno Perinatal, entre los años 1995 y 2004, se atendió 58 757 casos de aborto, notándose una tendencia al incremento del número de casos en los últimos años. La relación abortos / partos

disminuyó progresivamente en los años 2002 a 2004. El índice promedio de esta relación en los 10 años estudiados fue de 1 aborto por cada 3,4 partos. Las muertes por aborto tendieron a disminuir, sobre todo a partir del año 1999, con un total en la década de 24 muertes por aborto, de un total de 84 muertes maternas producidas en este periodo. En el Instituto, se ha atendido en este periodo 19295 abortos ambulatorios, en emergencia, notándose un incremento progresivo del número de abortos resueltos en la emergencia y manejados ambulatoriamente. Se aprecia que el porcentaje mayor se da a partir del año 1999 (35%), llegando en el año 2004 a constituir 47,4% de casos de abortos atendidos bajo esta modalidad. La práctica del AMEU se inició en el Instituto en el año 1994 y al año siguiente fue incorporada como una alternativa para la resolución del aborto y manejo ambulatorio, incrementándose progresivamente y alcanzando, el año 2004, 4182 casos de aborto, que hacen el 96,3%, disminuyendo los casos de LU instrumental, que solo llegaron a 160 casos (3,7%). El porcentaje promedio en esta década fue 8,2% de casos resueltos con legrado uterino y 91,8% con AMEU. En la atención del aborto en emergencia, el mayor número de casos fue por aborto incompleto, 11007 (60,6%), seguido de aborto frustrado, 6008 (33,1%), aborto molar, 30 casos (0,2%), y otros, 1124 (6,2%), que incluyó los casos de hemorragia anormal, pólipos, biopsia endometrial, DIU extraviado y embarazo ectópico. Es de notar el incremento de los casos de aborto frustrado, hecho que se explica por la práctica de diagnóstico ecográfico que se viene haciendo, obligando a una conducta intervencionista

inmediata, como solución del problema. No se encontró casos completos, en los años 1995 a 2001, por no existir un registro adecuado, estando 137 casos no consignados con diagnóstico específico. Entre los años 2002 a 2004, se atendió ambulatoriamente en emergencia con AMEU 10663 casos de aborto, catalogándolos como complicaciones postaborto 238 casos (2,3%). En este mismo periodo, se presentaron 47 (8,7%) casos de complicaciones con el legrado uterino, de un total de 541 legrados uterinos efectuados en la emergencia. Los procedimientos quirúrgicos de atención del aborto se efectuaron con analgesia a base de lidocaína (bloqueo paracervical), en 10242 casos, petidina en 7154 casos (39,4%), lidocaína más petidina en 591 casos (3,3%) y fentanilo 50 casos (0,3%). Es preciso señalar que en muchas circunstancias se usó el analgésico / anestésico disponible, siendo más frecuente el empleo del bloqueo paracervical con lidocaína, como la mejor práctica alternativa analgésica. Del total de abortos atendidos en emergencia de la Institución, tanto con LU o AMEU (18159 casos), en 14712 (81%) se efectuó consejería. Esta orientación a la paciente fue realizada por las enfermeras asignadas en estas áreas, en el momento del postaborto, lo cual permitió intervenir en la fase de mayor motivación y, con conocimiento y consentimiento informado de la paciente, comenzar metodología anticonceptiva. Las pacientes atendidas ambulatoriamente salieron de la institución con método anticonceptivo. Del total de 18159 pacientes, 9157 recibieron anticonceptivos (50,4%), [orales 4247 (23,2%), inyectables 3140 (17,3%)], 1425 (7,8%) obtuvieron preservativos y 199 casos, dispositivos intrauterinos

(1,1%). Es pertinente señalar que en ocasiones no hubo insumos de manera regular en el programa. Por esta razón, en los últimos años se nota una tendencia a disminuir el porcentaje de casos de anticoncepción postaborto, precisamente por la carencia de insumos.

- LEGRADO UTERINO CON ANESTESIA REGIONAL; Octubre-Diciembre 1995. UCLA Decanato de Medicina. Barquisimeto Venezuela ;María Kiria kidis Longhi, Josefina L. de Kiria kidis.
 - Para evaluar la tolerancia y morbilidad de los legrados uterinos efectuados con anestesia regional (bloqueos paracervical y pudendo), se estudiaron 113 pacientes entre Noviembre de 1991 y Junio de 1992 que, con diagnóstico de aborto incompleto, menor de 12 semanas de gestación, no infectado, ingresaron a la Unidad de Emergencia Gineco-Obstétrica del Hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda" (H. U. A. M. P.) de la ciudad de Barquisimeto.
 - 107 pacientes (95%) tuvieron buena tolerancia al procedimiento independientemente de la edad y peso corporal, de la edad gestacional, de sus antecedentes obstétricos o del grado de dilatación del cuello uterino. Ninguna paciente requirió anestesia general y la recuperación fue inmediata en todos los casos.
 - No se presentaron complicaciones sistémicas ni ginecológicas.
- Guía para el mejoramiento de la atención post aborto; por Dra. Diana Galimberti, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- Prevención, Diagnóstico y manejo de la hemorragia Obstétrica, Lineamiento Técnico; por la Secretaria de Salud de México, Dirección General de Salud Reproductiva.

- Aborto: Guía de Atención; por Asociación de Profesionales del Hospital Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires Argentina.
- Efectos psicológicos de Realizar un Aborto, por: Rachel MacNair.
- La salud materna y el aborto provocado, por: Adolfo J. Castañeda, Nivel de satisfacción de la usuaria con aborto Incompleto sobre la atención Integral que Brinda el Instituto Materno Perinatal de México DF.

2.2 FUNDAMENTACION FILOSOFICA

La investigación tendrá un enfoque axiológico y epidemiológico porque el impacto social del manejo del aborto incompleto mediante el legrado instrumental es muy importante pues existe desigualdad en el acceso a la salud en nuestro país, y esta diferencia se acentúa en las variantes existentes dada la importancia de una buena técnica, la experiencia del personal de salud y el nivel del área de salud, que influirá en gran medida sobre los resultados a obtener.

Esta investigación ayudará mejorar el conocimiento sobre la verdadera importancia de los factores socioeconómicos, técnicos que influyeron con la aparición de complicaciones, y de esta manera se podrá establecer mecanismos que requieren intervención para disminuir la prevalencia de las posibles complicaciones que se podrían presentar posterior a la realización de legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto, que son atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga diariamente.

2.3 FUNDAMENTACION LEGAL

- **De conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República**, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva ¹⁴.
 - **El Artículo 42 de la Carta Magna**, dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia” ¹.
 - **El Artículo 45 de la Carta Magna**, dispone que: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa” ¹.
 - **El Artículo 11**, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que “la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras”¹.
 - **El Artículo 17** de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema ¹.
- **La Constitución de la República del Ecuador dispone: Art 32.** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya

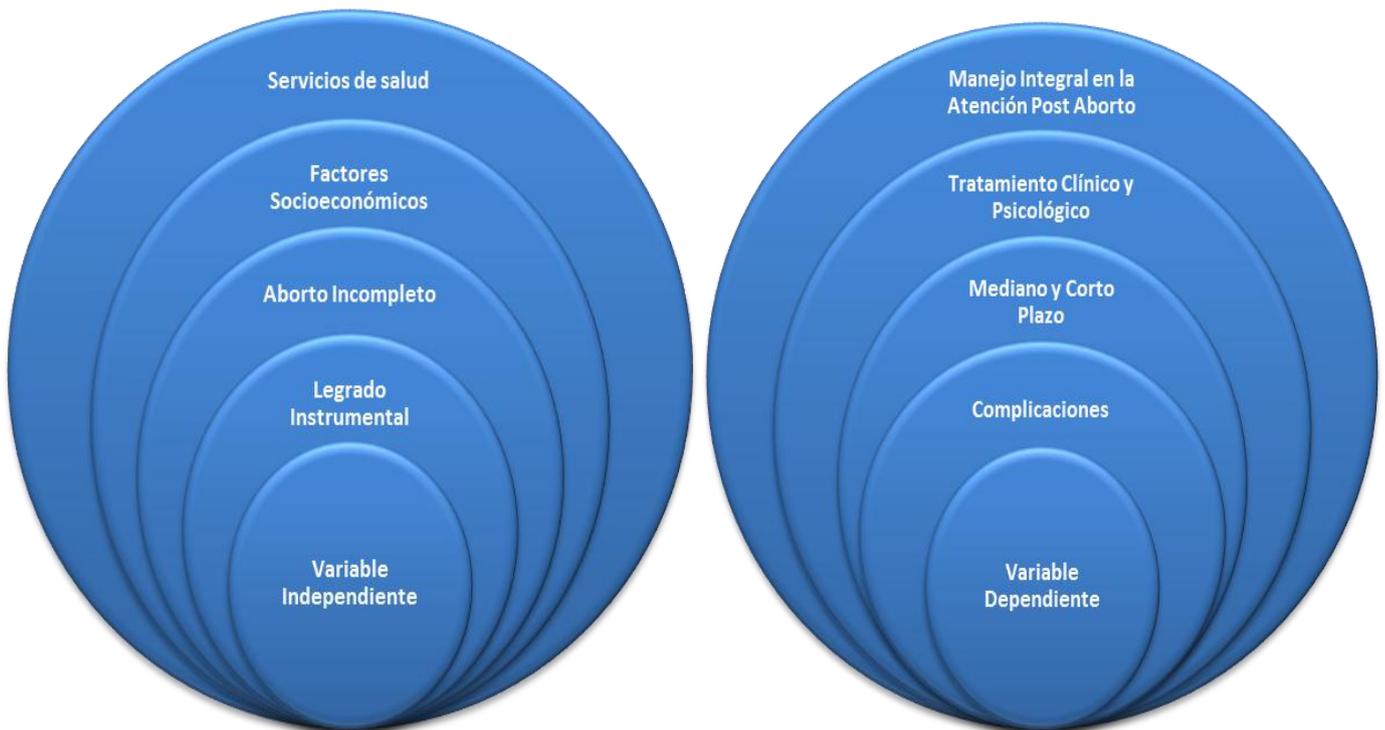
relación se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que el estado que sustenten el buen vivir.

- El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales: y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La presentación de los servicios de salud se regirá por los procesos de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ¹.
- **La Constitución de la República del Ecuador** dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de su seguridad alimentaria, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficacia ¹⁴.
- **De su parte el Código de la Salud manda en el Art: 63** que la Autoridad de Salud, dictará las normas, ejecutará las acciones, ordenará las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos y de la comunidad ¹⁴.
- **La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en sus artículos 2 y 3**, expresa que la finalidad del Sistema Nacional de Salud es garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

- Adicionalmente La ley de maternidad gratuita y de atención a la infancia en el artículo 1 dispone que el estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, la asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto ¹⁴.
- **El artículo 20 del Código de la Niñez y Adolescencia**, declara que "los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción", y que "es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo", el artículo mencionado prohíbe "la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad". De igual forma, proclama que "los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción [...]". Todo esto nos lleva a afirmar que los que están por nacer, desde el estado de embrión, son considerados personas en el Ecuador ¹⁴.
- En consecuencia, estimo necesario entender a la luz de la **Constitución de la República y del Código de la Niñez y la Adolescencia**, que cuando el **artículo 39** de aquella propugna "la maternidad y paternidad responsables", y garantiza "el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos que puedan procrear", de ninguna manera podrá interpretarse esta norma para habilitar prácticas que impliquen técnicas abortivas, esta alternativa viola los derechos humanos de personas, reconocidas como tales por el ordenamiento vigente ¹⁴.
- "El delito de aborto: Dimensión jurídica y moral de esta acción ilícita". Como bien sabemos "ciertos pecados particularmente graves están sancionados con **excomuni3n, la pena eclesiástica m3s severa...** y cuya absoluci3n, por consiguiente

sólo puede ser concedida, según el derecho de la Iglesia, por el Papa, por el Obispo del lugar, o por sacerdotes autorizados por ellos". El **Código de Derecho Canónico sanciona el aborto provocado y la pena impuesta es la excomunión late sententia**. Sólo algunos sacerdotes tienen la facultad de absolver y de levantar esta pena. Si bien durante el Gran Jubileo del Año Santo 2000 se concedió a todos los ministros del Sacramento de la Reconciliación la facultad de absolver de esta pena, es oportuno señalar que esta concesión concluyó el pasado 06 de Enero de 2001 ¹⁴.

2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES



2.5 HIPOTESIS

¿Las pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011, pueden presentar complicaciones al realizárseles un legrado Instrumental para su tratamiento?

2.6 SEÑALIZACION DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS

VARIABLE DEPENDIENTE

- Complicaciones

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Legrado instrumental

VARIABLE DE CONTROL

- Pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación estará enmarcado dentro de la modalidad de una investigación documental, porque se determinará tanto en número como el tipo de Complicaciones presentadas luego del tratamiento con legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011. A través de la revisión de las historias clínicas de tal institución tomando en cuenta el día del alta y el control posterior.

3.1.1 ENFOQUE

Enfoque Cualitativo y Cuantitativo

Se hará uso de este enfoque cualitativo realizando un análisis de cada una de las complicaciones más importantes, y un enfoque cuantitativo porque se establecerá el número y el porcentaje pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20

semanas, que fueron sometidas a legrado Instrumental y cuantas de ellas presentaron algún tipo de complicación en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011

3.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, porque se va a determinar las Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Se tomara en cuenta a todas las pacientes con Aborto Incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas que han sido Atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el Área de Gineco-Obstetricia

3.3.2 Muestra

La muestra incluye a todas las pacientes con Aborto Incompleto en las que se realizó legrado Instrumental para su tratamiento.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente: Complicaciones

Contextualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
Pueden presentarse complicaciones posteriores a la realización de un legrado instrumental.	Shock Hipovolémico Ruptura uterina Infecciones Gestación Síntomas y signos Antecedentes Gineco – obstétricos	Hemorragia Activa. Dolor Abdominal. Tensión Arterial Baja Alza Térmica Fecha de la última menstruación Palidez Anemia Cambios cervicales Antecedentes de infección o traumatismo Gestas.	¿Cuáles son las complicaciones a corto mediano y largo plazo? ¿Semanas de gestación? ¿Qué Manifestaciones clínicas presentaron las pacientes? ¿Ha tenido algún Aborto?	Revisión de Historias clínicas	Formulario de recolección de datos

Variable Independiente: Legrado Instrumental

Contextualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
Cuáles son los factores que intervienen en el resultado de un Legrado Instrumental	Técnica.	Experiencia del personal Experiencia del equipo de trabajo	¿Qué normas se siguen para realizar un legrado? ¿Cuáles son los controles posteriores que se realizan?	Revisión de Historias clínicas	Formulación de recolección de datos
	Factores Sociales	Edad Nivel de instrucción Ocupación Estado civil Acceso a los Servicios de Salud	¿Qué edad tiene? ¿Cuál es su nivel de Instrucción? ¿Cuál es la ocupación? ¿Cuál es el estado civil? ¿Dónde Vive?		
	Factores Gineco-Obstétricos	Edad Gestacional Sangrado Activo Presencia o no de dolor	¿Cuál es la fecha de última menstruación? ¿Continúa con sangrado?		
	Servicios de salud	Controles prenatales Diagnóstico oportuno de embarazo Tratamiento del Aborto	¿Cuál es el tipo de dolor? ¿Cuántas controles prenatales se realizó durante el embarazo? ¿A qué edad gestacional se le diagnóstico su embarazo? ¿Se realiza Manejo Clínico? ¿Se realiza Manejo Instrumental?		

3.5 PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizará mediante la revisión de historias clínicas y vaciado en un formulario de recolección de datos en las pacientes diagnosticadas con aborto incompleto atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo de Septiembre 2010 a Agosto 2011. Se revisaran los antecedentes familiares, historia obstétrica y aspectos relacionados con las normas y protocolos manejados actualmente en el país y el mundo.

3.5.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Previa autorización del Director del Hospital Provincial General de Latacunga, se realizara la recolección de datos de las pacientes de entre 15 a 40 años ingresadas al servicio de gineco–obstetricia en el período de Septiembre 2010 hasta Agosto 2011, con el diagnóstico aborto incompleto y que fueron tratadas mediante legrado instrumental.

La técnica que se empleara es la recolección de información de historias clínicas y de un formulario de recolección de datos en las que se revisara los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud.

Se revisará cada una de las historias clínicas para obtener información y se realizará una base de datos. Se excluirá las historias clínicas incompletas. Los datos del formulario del proyecto serán revisados y supervisados por el asesor metodológico y tutor del proyecto.

3.5.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que fueron atendidas en el Hospital Provincial General De Latacunga.
- Pacientes con aborto incompleto.
- Pacientes de entre 15 y 40 años

3.5.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluirán a las historias clínicas que proporcionen una información incorrecta que desvíe los resultados del proyecto de investigación.
- Las historias clínicas con información incompleta

3.5.1.3 CRITERIOS ÉTICOS

Se mantendrá privacidad de los datos personales de las pacientes a tratarse en este estudio se designará el número de la historia clínica a cada una de las pacientes, en el formulario de recolección de datos y procesamiento de la información, con el fin de conservar su anonimato.

3.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento e interpretación de datos se realizara con el programa Microsoft Excel 2010 Y EPI INFO Versión 3.5.3, mediante cuadros y graficas estadísticas, según la valoración y los objetivos planteados dentro de la

investigación. Después de confeccionado los cuadros se analiza los resultados. En base a datos estadísticos descriptivos que permiten un análisis multi-variado.

CAPÍTULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

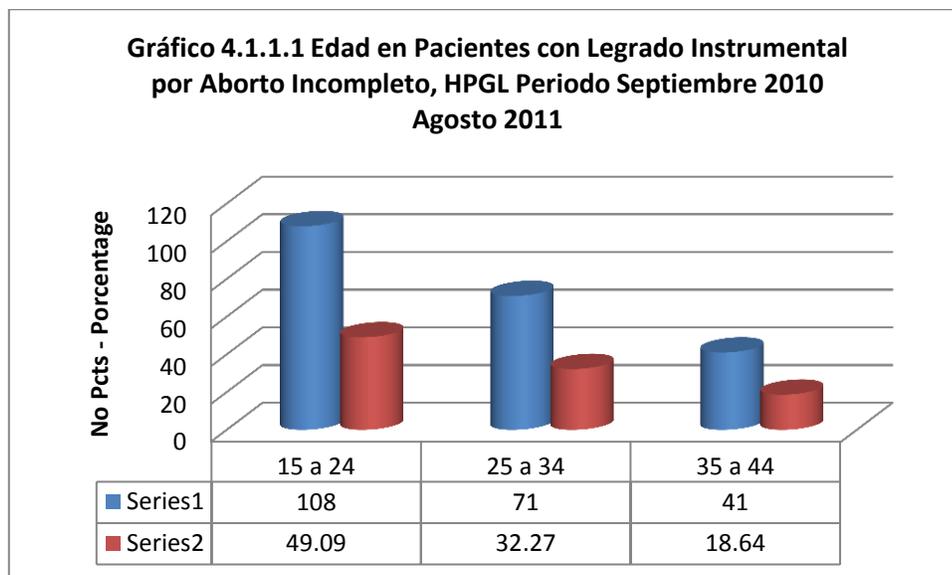
4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, para determinar Complicaciones del legrado Instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, este estudio se realizo en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Septiembre 2010 – Agosto 2011.

La población de estudio estuvo integrada por 336 pacientes con el diagnóstico Aborto Incompleto, que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia; se excluyeron las pacientes con aborto inducido, o tratamiento previo en otras casas de salud y aquellas cuyas historias clínicas contenían información incorrecta e incompleta, quedando de esta manera un total de 220 pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas para el estudio, los datos obtenidos fueron tabulados de acuerdo a los objetivos de la investigación.

4.1.1 FACTORES DE RIESGO

4.1.1.1 EDAD: La población de estudio tuvo una edad promedio de 25.5 años de edad, con un predominio entre los 15 a 24 años que corresponde al 42,7% (Gráfico 4.1.1.1).

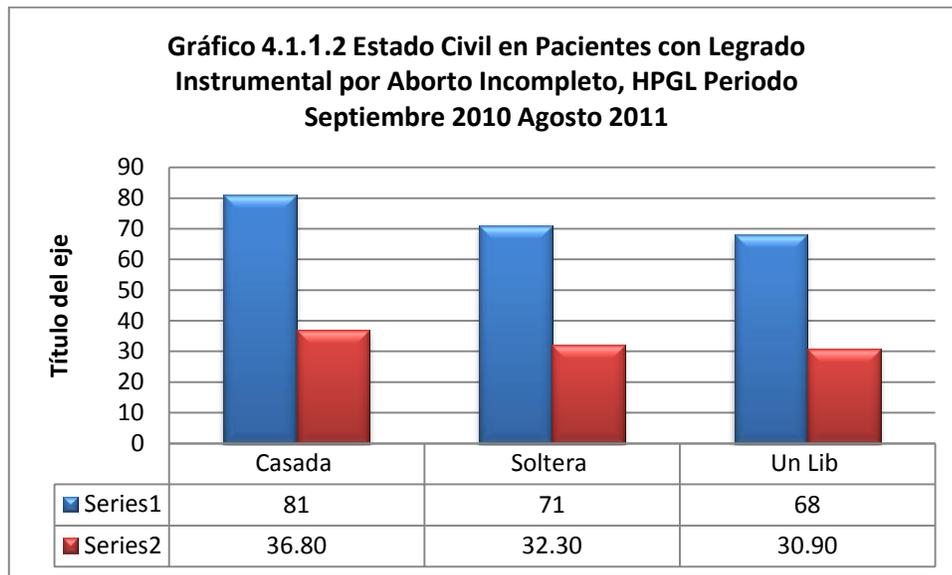


Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Según Príncipe en su estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú en relación a las edades de las usuarias que tuvieron diagnóstico de aborto incompleto (54.53%) tienen entre 20 – 30 años; (24.24%) entre 31 – 40 años; (21.21%) tienen menos de 20 años. En cambio, en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, se encontró que el grupo de mayor prevalencia fueron las pacientes de entre 15 a 20 años representando el 43%.

En este estudio se observó una menor incidencia con respecto a Lima Perú pero mayor incidencia en comparación con otra ciudad del país, por lo que representó el 49.09 % que equivale a 0.95 de cada 2 casos se dan en pacientes de entre 15 a 24 años.

4.1.1.2 ESTADO CIVIL: La población de estudio demostró que en pacientes con aborto incompleto el estado civil casada tiene mayor predominio con un 36.80 %, sobre los diferentes estados civiles de las pacientes (Gráfico 4.1.2).

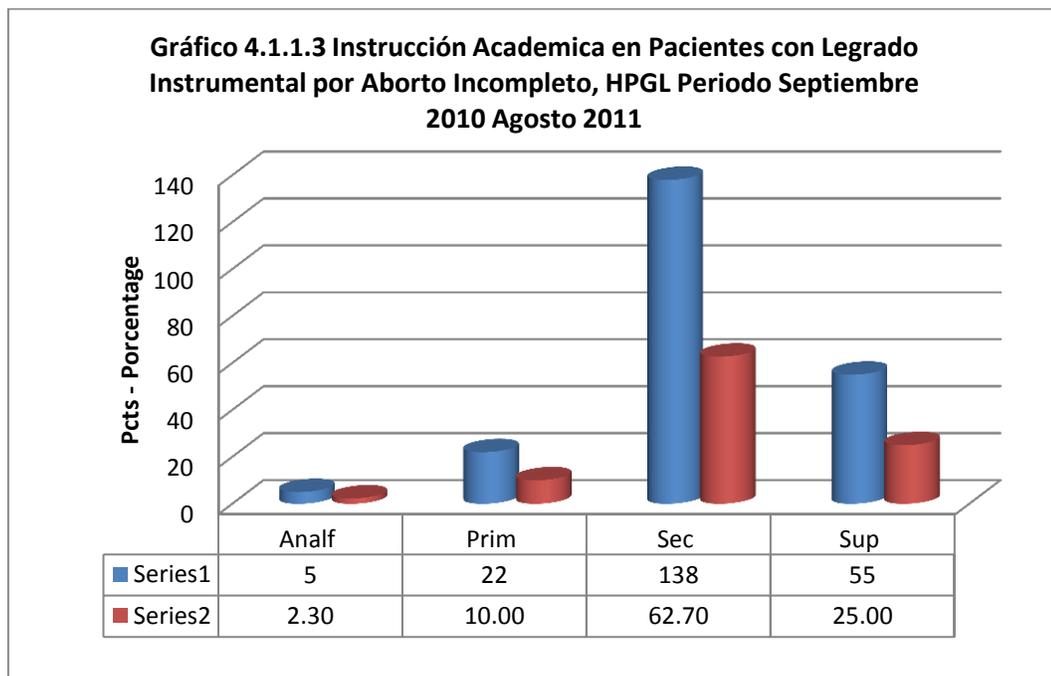


Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Según Príncipe en su estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú en cuanto al estado civil de las usuarias (42.43%) son solteras; (33.33%) son convivientes; (24.24%) son casadas. Por otra parte, en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, se encontró que de las pacientes estudiadas el 40% de pacientes son solteras, 37% unión libre, 23% casadas.

A diferencia de este estudio en el cual encontramos que las pacientes Casadas fueron el 36.80% sin tener predilección por ningún grupo de edad, las solteras 32.70% y unión libre 30,90%, observándose una distribución contraria a la de Perú y Tena donde la mayor incidencia fue en pacientes solteras, unión libre y casadas respectivamente.

4.1.1.3 INSTRUCCIÓN ACADÉMICA: De la población de estudio se obtuvo que el 62,7%, tenían una instrucción académica secundaria. Sin embargo es importante señalar el peso que actualmente tiene en este grupo la educación primaria y las analfabetas, que si bien se presentan en un menor porcentaje son las que mayor riesgo tienen de presentar complicaciones por aborto incompleto debido al desconocimiento y la capacidad de acceso a los servicios de salud y una adecuada información (Gráfico 4.1.1.3).



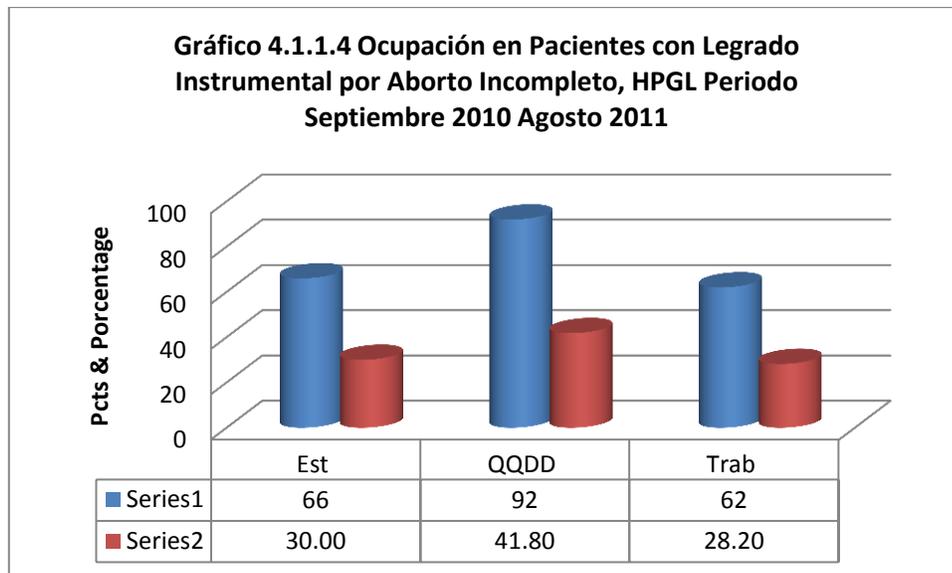
Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Según Príncipe en su estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú acerca del grado de instrucción (69.97%) tienen educación secundaria y superior, manteniéndose la tendencia en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, se encontró que el grado de instrucción secundaria y superior fue del (65.9%).

En relación a este estudio podemos decir que en nuestro medio el nivel de educación es mayor ya que la pacientes tenían un grado de instrucción

secundaria y superior alcanzó el 87.7%, y los índices de instrucción primaria y analfabetismo son el 12.30 % concentrándose en los grupo de edad mas avanzada.

4.1.1.4 OCUPACIÓN: Se llegó a establecer que de las 220 pacientes investigadas, 92 tienen un desempeño de quehaceres domésticos que equivale al 41.8% (Grafico 4.1.1.4).



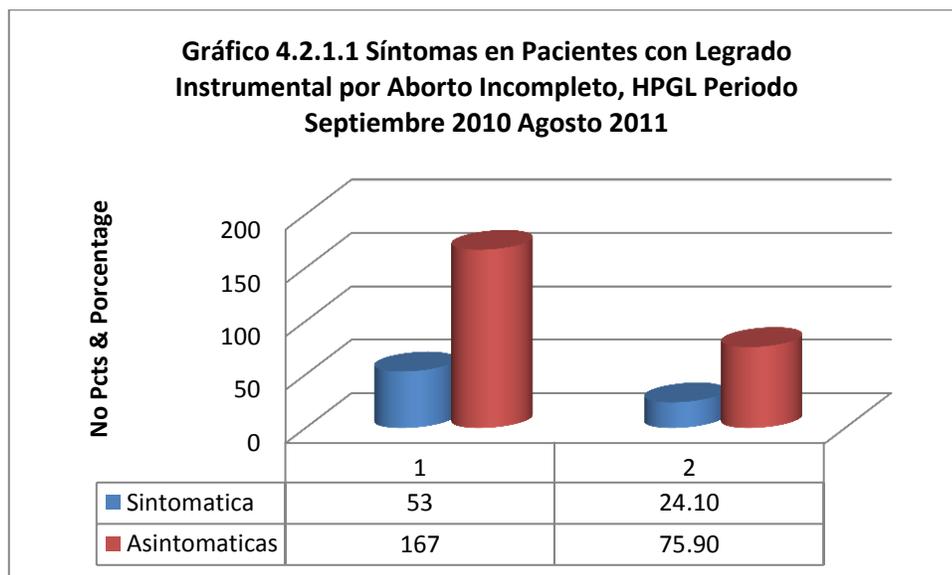
Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Esta variable respecto al nivel de educación es muy sensible dado que puede variar fácilmente tomando en cuenta la ubicación geográfica, la demografía y el nivel económico de cada población, así: en el estudio del Hospital Berta Calderón Roque, de Nicaragua, fue de 89.5%, mientras que el realizado en el Hospital Docente Gineco-obstétrico de Matanzas - Cuba, donde se demostró que el 44%. Por otra parte, en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, se encontró una prevalencia de 37% de la población estudiada que realizan quehaceres domésticos.

En este estudio sin embargo no existió diferencia en cuanto a las tendencias con respecto al entorno laboral de las pacientes encontrándose que un 41.8% de las pacientes como ocupación tienen quehaceres domésticos, un 30% estudian, y tan solo el 28,2% trabajan, esto se debe en gran manera al número de embarazos adolescentes y al nivel de instrucción de las pacientes.

4.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

4.1.2.1 SÍNTOMAS: En el estudio se observó que del total de la población estudiada un 75,90 % de las pacientes no presentaron síntomas y tan solo el 24,1 % de las pacientes presentaron algún síntoma solo o varios de ellos a la vez. (Tabla 4.1.2.1)



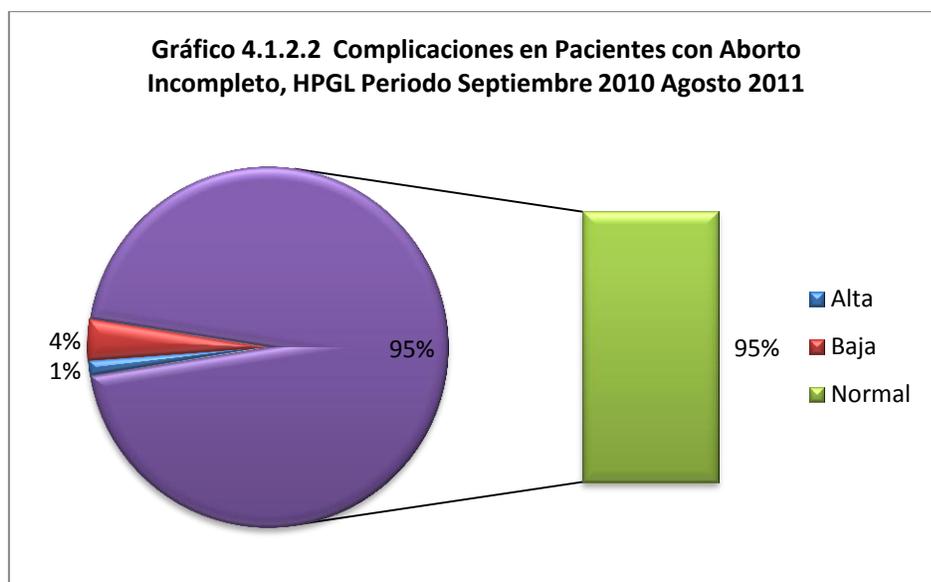
Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

El estudio realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.E.O.D.R.A., de Nicaragua, demostró que el signo y síntoma más frecuente es el dolor, que corresponde al 69.4% de la población, el mismo que se

acompaña de alza térmica con el 23.2%, Además, en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, se encontró que el síntoma más llamativo fue el dolor en un 56.7%, y el alza térmica en un 33.5%.

Valores que son mayores a los encontrados en la presente investigación, tomando en cuenta la patología es evidente que el dolor es el síntoma que se presentara con mayor frecuencia, debido inicialmente al problema que cause el aborto incompleto y luego debido a la invasividad propia del tratamiento con realización de un legrado instrumental, por lo que un 24.1 % de las pacientes presentaron algún nivel de dolor, interpretándose que 1 de cada cuatro pacientes tuvo alguna sintomatología

4.1.2.2 SIGNOS VITALES: La presión arterial de las pacientes presentaron en un 95% cifras de presión sistólica entre normal, 3 casos de HTA y 8 casos de Hipotensión, sin llegar en ningún caso a hipotensión severa o shock hipovolémico.

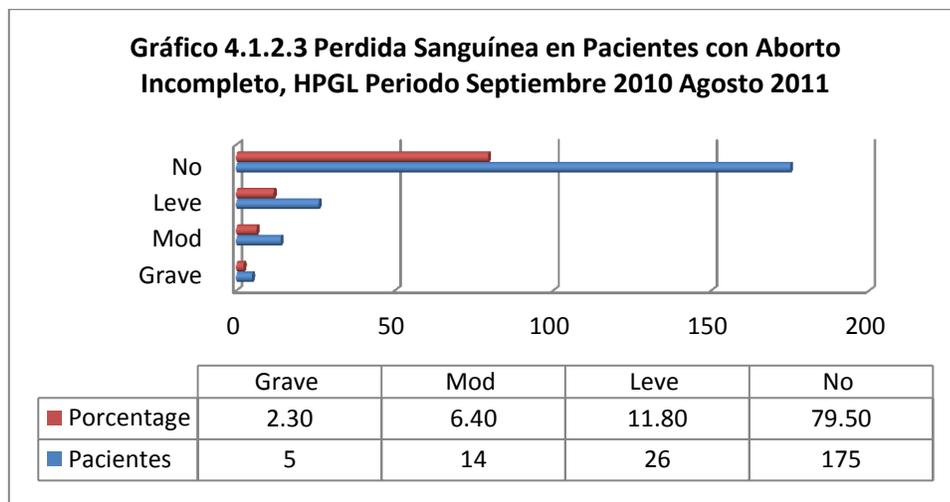


Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

El estudio realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.E.O.D.R.A., de Nicaragua se encontró que el 78,5% Tenían una TA Normal y el 21% restantes presentaron alguna alteración de la misma. El estudio realizado del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, que demostró el 81% de la población, tiene cifras de presión sistólica entre 120 – 90mmHg y la presión diastólica 80 – 60mmHg.¹⁴

De acuerdo a los datos obtenidos en el HPGL se observa un grado de seguridad superior a los antes mencionados, donde se observo que un 95% de la población posee niveles de tensión arterial normal, y tal solo el 5% de las pacientes presento algún trastorno leve de TA sin llegar a presentarse casos severos de HTA o Hipotensión severas.

4.1.2.3 Sangrado: En la población de estudio, 175 de las pacientes no presentaron molestias relacionadas con sangrado genital luego de realizárseles un legrado instrumental, y tan solo el 20,5% de las pacientes presentaron algún nivel de sangrado.



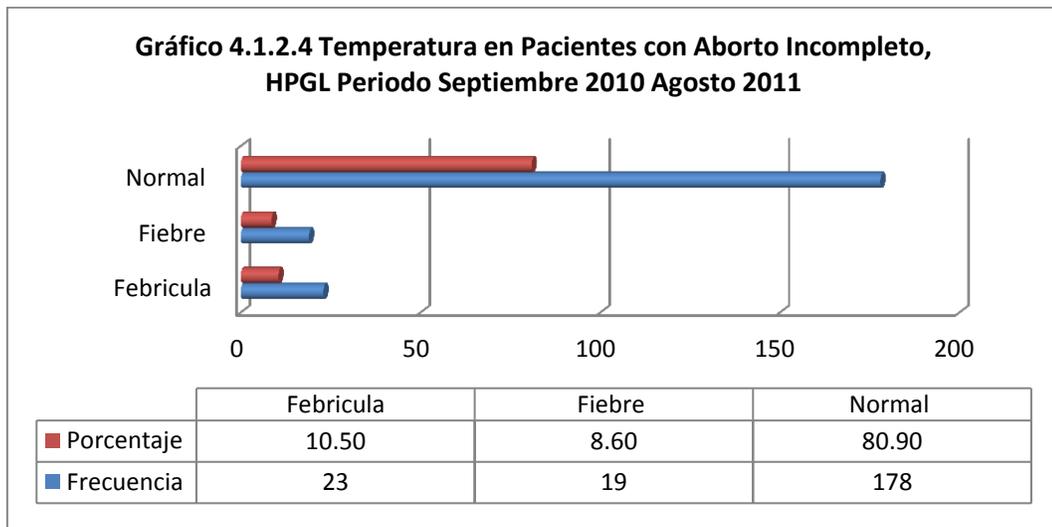
Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

El estudio realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.E.O.D.R.A., de Nicaragua, demostró que el signo mas frecuente de aborto incompleto es el sangrado genital acompañado de dolor, que corresponde al 43.3% de la población.³⁵ El estudio realizado del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, que demostró el 40.3% de la población estudiada presento algún nivel de sangrado genital.¹⁴

A diferencia de este estudio donde se observo que un 20.5% de las pacientes presentaron sangrado luego de las primeras 24 horas, observándose un nivel de seguridad superior al de los servicios antes mencionados.

4.1.2.4 Alza Térmica

Este es un indicador importante para buscar complicaciones o las posibles secuelas posteriores a la realización de un legrado instrumental, dado que permite observar el inicio de procesos infecciosos e inflamatorios pudiendo ser corregidos de forma temprana, tomando en cuenta esta información se observo que alrededor del 19,1% de los pacientes presentaron algún nivel de alza térmica.



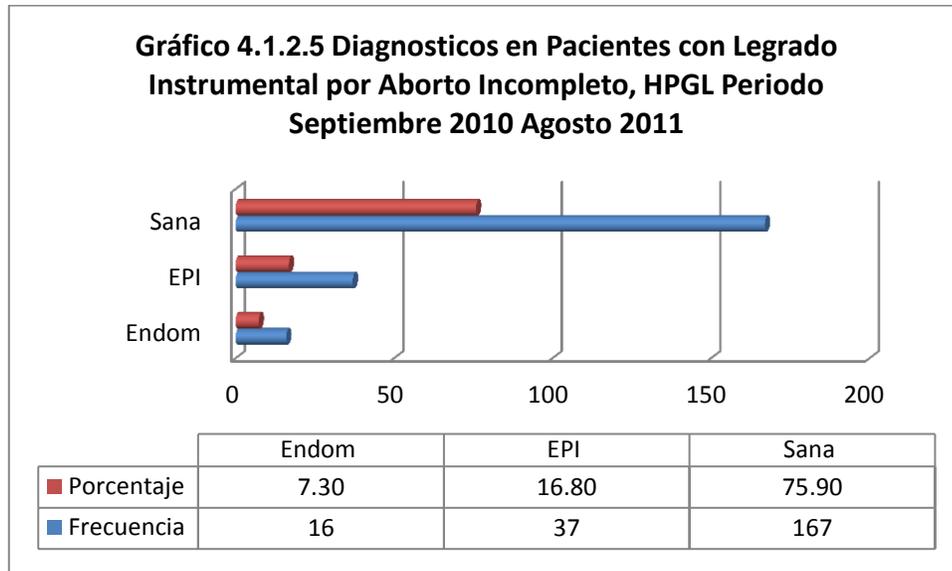
Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

El estudio realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.E.O.D.R.A., de Nicaragua, demostró que alza térmica es un signo muy útil para detección de alteraciones concomitantes teniendo un 14% de incidencia del total de la población.³⁵ El estudio realizado del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, que demostró el 20.3% de la población estudiada presento algún nivel de alza térmica.

En nuestro estudio se demostró que alrededor del 19,1% de las pacientes presentaron algún nivel de alza térmica siendo mayor la tendencia que en Nicaragua y similar a la de la ciudad del Tena, además este signo se presento de forma concomitante con la presentación de Enfermedad Pélvica Inflamatoria y de Endometritis, permitiendo el tratamiento temprano de estas patologías.

4.1.2.5 DIAGNÓSTICO: De las 220 pacientes que fueron sometidas a legrado instrumental el 24.1 % tuvieron diagnóstico de Enfermedad pélvica inflamatoria o Endometritis, y alrededor 75.9% de las pacientes se

encuentran en buen estado general, demostrando la seguridad del proceso. (Grafico 4.1.2.5).



Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

El estudio realizado en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas - Cuba, demostró que el 69,1%, de las pacientes tenían el diagnóstico de enfermedad pélvica Inflamatoria, 35,9% de las paciente presentaron Endometritis y un 5% de las pacientes presentaron Ruptura Uterina o Shock Hipovolémico, por otra parte en el estudio realizado del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, que demostró el 22.6 % de la población estudiada presento Enfermedad Pélvica y 12.4% Endometritis.

Lo que a diferencia de este servicio de salud en el cual existió una menor incidencia de patologías posteriores a un legrado instrumental, y no se encontraron casos de shock hipovolémico o Ruptura Uterina, y los únicos diagnósticos que se presentaron fueron Enfermedad Pélvica Inflamatoria en un 16.8% y Endometritis en un 7,3% del total de las pacientes investigadas.

4.1.3 ANÁLISIS MULTIVARIADO

Al comparar los grupos de **edad** con aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental se determinó que del grupo entre los 15 – 24 años de edad, representaron un 49,09% del total de las pacientes que presentaron algún tipo complicación (Tabla 4.1.3.1).

Tabla 4.1.3.1 Relación del grupo de edad con aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental

Dg / Edad	15 a 24		25 a 34		35 a 44		Total	
Endometritis	6	37.5	3	18.75	7	43.75	16	100
EPI	15	40.54	11	29.73	11	29.73	37	100
Ruptura Uterina	0	0	0	0	0	0	0	0
Shock Hipovolémico	0	0	0	0	0	0	0	0
Sana	87	52.10	57	34.13	23	13.77	167	100
Total	108	49.09	71	32.27	41	18.64	220	100

Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Estos resultados fueron concluyentes encontrándose un intervalo de confianza del 95%, lo que indica la veracidad de los datos obtenidos determinando así que el grupo de mayor riesgo de patología por legrado Instrumental por aborto incompleto son las pacientes de entre 15 y 24 años, debido al gran número de embarazos que se presentan a esta edad.

Relacionando la variable **estado civil** con complicaciones de legrado instrumenta por aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental, el estado civil casada represento el 36,82%, del total de las pacientes, siendo el grupo de mayor prevalencia, de las cuales el 43.75%

presentaron Endometritis, el 45.95% enfermedad pélvica inflamatoria, y el 34.13% no presentaron sintomatología.

Tabla 4.1.3.2 Relación del estado civil con complicaciones de legrado instrumental por aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental

Estado Civil	Casada		Soltera		Un. Libre		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
IDG								
Endom	7	43.75	4	25.00	5	31.25	16	100
EPI	17	45.95	8	21.62	12	32.43	37	100
Sana	57	34.13	59	35.33	51	30.54	167	100
Total	81	36.82	71	32.27	68	30.91	220	100

Fuente estadística del HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Además la enfermedad que se presento en mayor porcentaje fue la Enfermedad Pélvica Inflamatoria encontrándose 37 casos en 220 pacientes lo que demuestra así que las pacientes casadas son las que tienen mayor riesgo en donde el tratamiento oportuno y en seguimiento a la pareja podría marcar diferencias en cuanto a los resultados posteriores.

Al relacionar la variable **Instrucción Académica** con aborto incompleto en las cuales se realizo legrado instrumental, el estado civil casada represento

el 36,82%, del total de las pacientes, siendo el grupo de mayor prevalencia, de las cuales el 43.75% presentaron Endometritis, el 45.95% enfermedad pélvica inflamatoria, y el 34.13% no presentaron sintomatología

Tabla 4.1.3.3 Relación de Instrucción académica con las complicaciones del Legrado Instrumental

IDG	Endom		EPI		Sana		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Analf	3	60	2	40	0	0	5	100
	18.8		5.4		0		2.3	
Prim	7	31.8	11	50	4	18.2	22	100
	43.8		29.7		2.4		10	
Sec	3	2.2	12	8.7	123	89.1	138	100
	18.8		32.4		73.7		62.7	
Sup	3	5.5	12	21.8	40	72.7	55	100
	18.8		32.4		24		25	
TOTAL	16	7.3	37	16.8	167		220	100
	100		100		100		100	

Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Al comparar la instrucción académica de las pacientes con legrado instrumental por aborto incompleto, se evidencio que de todas las pacientes analfabetas el 60% presentaron endometritis y el 40% presentaron enfermedad pélvica inflamatoria, demostrando que de el total de la población analfabeta todas presentaron una patología especifica; pero del total de la población estudiada este grupo solo representa al 2.3% de la población.

Al comparar la **ocupación** que desempeñan las pacientes con relación al legrado instrumental por aborto incompleto, se evidencio que de todos los grupos, las personas que realizan QQDD fue el grupo más representativo llegando al 41.8% de la población, de las cuales el 10.9% presentaron endometritis; el 14.1% presentaron enfermedad pélvica inflamatoria y el 75% de pacientes estaban sanas, demostrando que de el total de la población que realizan QQDD la mayoría se encuentran en un buen estado de salud y solo el 25% presentaron alguna patología.

Tabla 4.1.3.4 Relación de la Ocupación con las complicaciones de legrado Instrumental por Aborto Incompleto

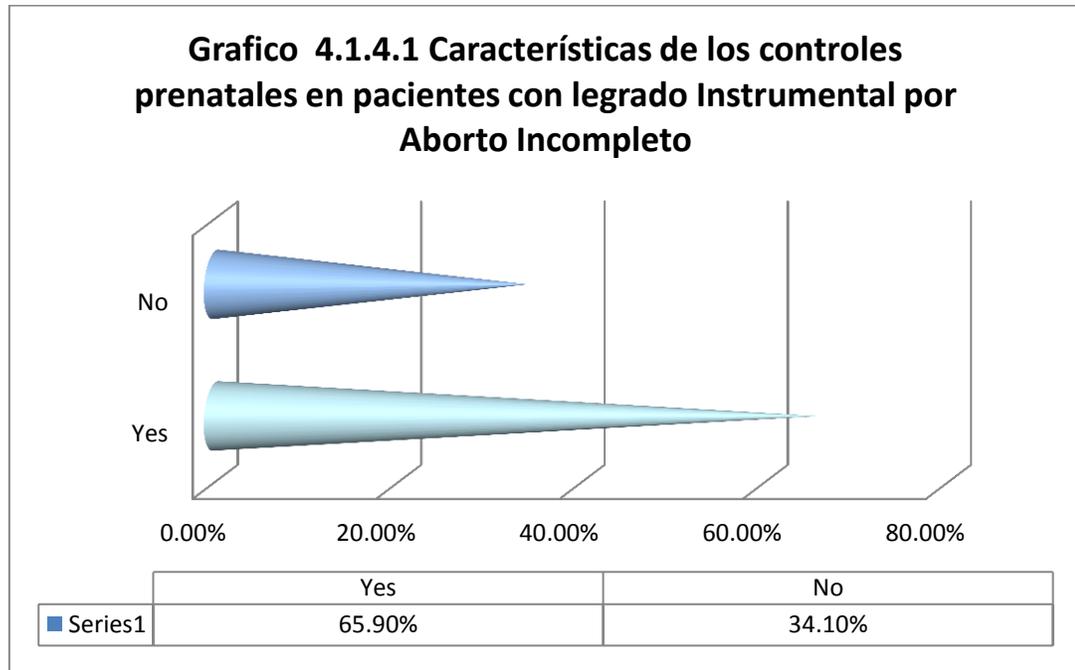
IDG	Endom		EPI		Sana		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Est	2	3	9	13.6	55	83.3	66	100
	12.5		24.3		32.9		30	
QQDD	10	10.9	13	14.1	69	75	92	100
	62.5		35.1		41.3		41.8	
Trab	4	6.5	15	24.2	43	69.4	62	100
	25		40.5		25.7		28.2	
TOTAL	16	7.3	37	16.8	167	75.9	220	100
	100		100		100		100	

Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

4.1.4 SERVICIO DE SALUD

4.1.4.1 CONTROLES PRENATALES: Con respecto al control prenatal el 65.9% tuvo un buen control prenatal, y el 34.1% no acudió a un control de embarazo, lo que representa un grupo de alto riesgo para la presentación de un aborto incompleto y las posteriores complicaciones al realizarse un

legrado instrumental, debido al incumplimiento en los tratamientos y controles posteriores.

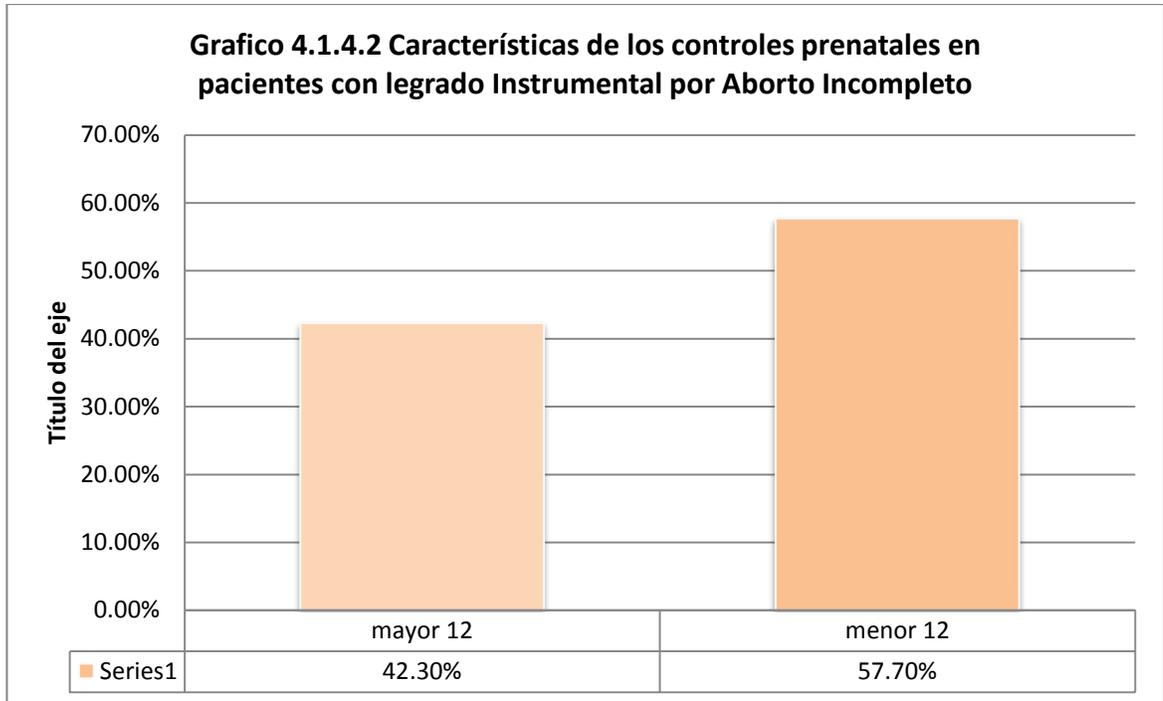


Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

El estudio realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.E.O.D.R.A., de Nicaragua, demostró que del total de las pacientes estudiadas un 58,5% acudieron a un control prenatal y un 41,5% no acudieron a control alguno.³⁵ El estudio realizado del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena – Ecuador, que demostró el 60,3% de la población estudiada acudió a un control prenatal y un 39,7% no acudieron a control prenatal.

En este estudio se demostró que el control prenatal fue levemente superior observándose que un 65,9% acudieron a control y un 34,1% no recibieron ninguna atención médica antes de su ingreso.

4.1.4.2 EDAD GESTACIONAL: En cuanto a la edad gestacional se encontró que de las 220 pacientes que presentaron legrado instrumental por aborto incompleto, 127 tuvieron un embarazo menor de 12 semanas representando el 57.70%, demostrando así que la más alta incidencia de aborto incompleto se da en las primeras semanas de gestación.



Fuente HPGL, realizado por Luis F. Villamarín G.

Según la edad gestacional se puede evidenciar que de las pacientes que presentaron complicaciones por un legrado instrumental por aborto incompleto la mayoría de ellas presentaron un embarazo menor a 12 semanas siendo representadas por el 57.70%; y por el contrario aquellas pacientes con un embarazo mayor a 12 semanas presentaron un menor porcentaje de complicaciones.

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la validación de la hipótesis se plantea la siguiente hipótesis nula:

H₀: Los factores de riesgo personales no favorecen el desarrollo de complicaciones en pacientes con legrado Instrumental por Aborto Incompleto.

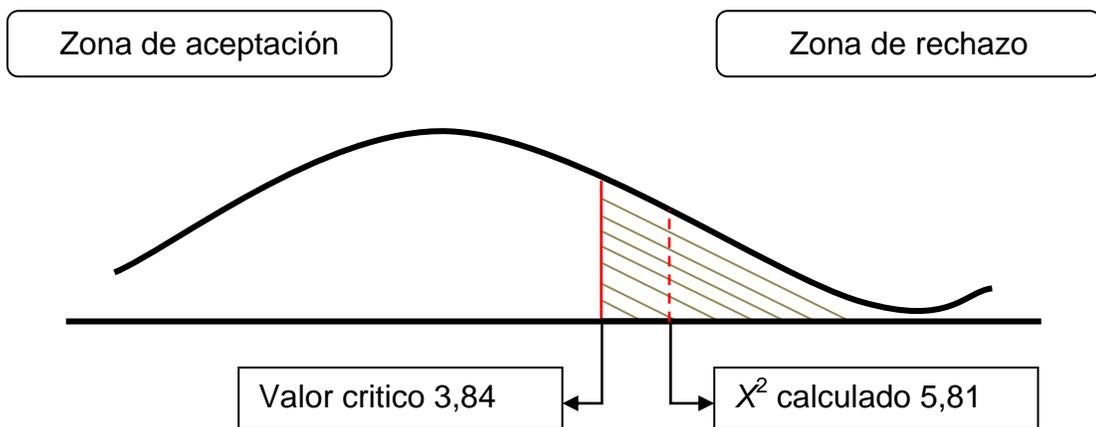
Con este planteamiento se distribuye la población investigada en la siguiente tabla de contingencias:

		Complicaciones de Legrado Instrumental		
		+	-	Total
Factores de riesgos personales	+	12	133	145
	-	41	34	75
	Total	53	167	220

Se realiza la prueba de Chi – cuadrado (χ^2), con un grado de libertad y 95% de confianza encontrando:

El valor de $\chi^2 = 5,81$ $p = 0,035$

OR = 0,760 (IC 0,07 – 1,10)



Dado que el valor de X^2 calculado es mayor que el punto crítico cae en la zona de rechazo la hipótesis nula por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa, es decir, se confirma que los factores de riesgo personales favorecen el desarrollo de complicaciones en pacientes con legrado Instrumental por Aborto Incompleto.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- A través de la investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo realizado el Hospital Provincial General de Latacunga, de provincia de Cotopaxi, en el servicio de Ginecología y Obstetricia se encontró una población de 220 casos de Aborto Incompleto con edad gestacional menor a 20 semanas resueltos mediante legrado instrumental.
- Al estudiar los factores de riesgo se evidencio que la edad en sus dos extremos, el estado civil, el nivel de educación, el acceso a los servicios de salud, la ocupación, etc. Intervienen directamente en la incidencia de aborto incompleto y en las posteriores complicaciones luego de realizar un legrado instrumental.
- En relación con la sintomatología presente en el control posterior a la realización de un legrado instrumental, los principales síntomas

referidos por las pacientes fueron principalmente dolor pélvico, acompañado sangrado, algún nivel de alza térmica.

- La medición de la Tensión Arterial, demostró que la mayoría presentaron una presión sistólica entre 100 – 120 mmHg y la presión diastólica 60 – 80mmHg, lo que indica que existe un buen nivel de seguridad en cuanto a la principal complicación post legrado que es el sangrado, evitando que las pacientes presenten hipotensión sintomática.
- Los factores de riesgo personales de mayor prevalencia en la población de mujeres que presentaron complicaciones del legrado instrumental realizado por aborto incompleto, fue tener una edad comprendida entre los 15 a 24 años de edad, con predominio en las mujeres casadas, que tiene con un instrucción académica secundaria, que realizan la labor de quehacer doméstico, con escasos controles prenatales, donde presentaron generalmente un diagnóstico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria o casos de Endometritis, aunque vale resaltar que las pacientes de mayor riesgo de aborto incompleto son las pacientes de entre 35 y 45 años pero esta estadística queda opacada debido al gran número de embarazos a temprana edad.
- La mayoría de abortos incompletos, fueron resultado de abortos espontáneos, aunque en pocos casos se puede dudar de la causa del aborto, en donde intervienen directamente, la edad, la multiparidad, las condiciones socioeconómicas, y en casos aislados la violencia intrafamiliar, problemas difíciles de determinar en las entrevistas de ingreso a los servicios de salud.

5.2 Recomendaciones

- Completada la investigación se realizan las siguientes recomendaciones:
 - Tomando en cuenta la edad temprana como un factor de riesgo importante para el desarrollo complicaciones posterior a un legrado instrumental por aborto incompleto, es necesario que el sistema de salud ofrezca un control prenatal adecuado a estas pacientes, comenzando por la detección temprana del embarazo, diseñando estrategias que permitan mejorar la demanda de los servicios, a través de mejoras en la accesibilidad geográfica y cultural pues a pesar de la protección legal y la gratuidad de los servicios se observó que 1 de cada 3 pacientes estudiadas tuvieron un diagnóstico médico de embarazo luego de las ocho semanas, siendo las primeras semanas las que presentan la más alta incidencia de aborto incompleto.
 - Una vez diagnosticado el embarazo, se debería realizar un adecuado seguimiento a fin de garantizar la salud materna y fetal. Al reconocer la población en riesgo, es necesario realizar medidas eficaces de identificación y de prevención al desarrollo de abortos espontáneos promoviendo la asistencia temprana y periódica al control prenatal e implementando estudios hormonales donde se registren niveles de progesterona y se investigue la presencia de infecciones concomitantes que están directamente ligados a la presencia de abortos.
 - Una vez prestados todos estos servicios a las pacientes diagnosticadas con embarazo y siendo inevitable mantener

el curso del mismo, se debe prestar una atención integral a las pacientes que llegan a los servicios de ginecología presentando el diagnóstico de aborto incompleto, donde se debe tratar de encontrar la causa, un estudio más detallado de las condiciones socioeconómicas, culturales y familiares de las pacientes, además se debe de escoger de manera personalizada el método para la resolución de esta patología valorando parámetros como, el impacto psicológico del procedimiento y del aborto en sí, la invasividad, las secuelas, el tiempo de recuperación y las complicaciones que pueden presentarse principalmente siendo estas el motivo de este estudio.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

“Protocolo para el tratamiento de pacientes de Aborto Incompleto y Edad gestacional menos a 20 Semanas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga”.

6.1 DATOS INFORMATIVOS.

6.1.1 Institución ejecutora.

Hospital Provincial General de Latacunga.

6.1.2 Beneficiarios.

Pacientes con Diagnóstico de Aborto Incompleto con edad gestacional menor a 20 semanas.

6.1.3 Entidades responsables

- Luis Felipe Villamarín Granja
- Internos Rotativos de Medicina.

- Líder de enfermería del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Médicos residentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Médico tratante del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

6.1.4 Ubicación

Calle 2 de Mayo y Hermanas Páez, Cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi.

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: Septiembre 2011 **Final:** Marzo 2012

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, de la Provincia de Cotopaxi, en un período de tiempo comprendido de Septiembre 2010 a Agosto 2011, se detectó 220 pacientes con Diagnóstico de Aborto Incompleto a las que se les realizó legrado Instrumental, del total de 315 pacientes que fueron realizadas legrado instrumental por aborto incompleto, de las cuales 95 pacientes fueron descartadas por presentar otro diagnóstico concomitante o fueron descartadas de este estudio por inconsistencias dentro de la historia clínica.

Se ha demostrado que los factores de riesgo personales para el desarrollo de Complicaciones en pacientes sometidas a legrado instrumental por aborto incompleto, es edad entre los 15 – 25 años (53,9%), el estado civil casada (48,1%), el nivel de educación secundaria (40,4%), la ocupación o labor quehaceres domésticos (65,4), el

diagnóstico tardío de embarazo (55,8%), el acceso temprano a los servicios de salud luego de presentarse el aborto es un punto clave para la presentación de complicaciones posteriores a un legrado instrumental, en donde influyen los factores de riesgo antes mencionados.

6.3 JUSTIFICACIÓN.

Como se ha mencionado anteriormente, tanto el equipo de médicos, como los encargados de la organización del Servicio de Ginecología y Obstetricia son responsables de un adecuado manejo de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, los cuales deben involucrarse en un esfuerzo conjunto para la resolución de estos casos, prestando un servicio personalizado, humano y científico, tratando de prevenir traumas psicológicos y las principales secuelas físicas que se presentan luego de un aborto como son infecciones, dolor y otras alteraciones pudiendo llegar en los peores casos hasta la infertilidad o la muerte.

Considerar una adecuada captación, con un seguimiento inmediato, mediato y tardío de las pacientes que han sido sometidas a legrado instrumental por aborto incompleto, para garantizar un adecuado control post-aborto, de esta manera disminuir la incidencia y prevalencia de complicaciones como son la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, la Endometritis, la Retención de Restos Corio-Placentarios o la Ruptura Uterina, además de la pérdida sanguínea o sepsis, de acuerdo a la patología desencadenante, recalcando que el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Provincial de Latacunga no se encontró ningún caso de Shock Hipovolémico, Ruptura Uterina o Sepsis.

Concluyendo con la elaboración de un protocolo encaminado a la estandarización de los procedimientos a seguir para la resolución de los Abortos Incompletos tomando en cuenta la Edad de la paciente, el Número de Gestas, la Edad gestacional, el tiempo transcurrido desde la presentación del Aborto y los síntomas concomitantes.

6.4 OBJETIVOS.

6.4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Establecer un protocolo medico para el tratamiento integral de las mujeres que han presentado un aborto incompleto, que abarque su Salud Mental y Física, de manera personalizada eligiendo estrategias de acuerdo a cada caso en particular para así evitar la presentación de complicaciones de legrado instrumental por Aborto Incompleto, en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga.

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las principales complicaciones de realizar legrados instrumentales en abortos incompletos en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, mediante la determinación del impacto físico y emocional de este procedimiento sobre las pacientes a corto y mediano plazo.
- Determinar el nivel socio – económico de las mujeres de alto riesgo para desarrollar estrategias que permitan un acceso rápido y seguro a servicios de salud donde se pueda resolver esta patología.
- Proveer al personal médico del hospital de una herramienta que permita establecer un tratamiento eficaz, personalizado y oportuno en pacientes de riesgo evitando así secuelas posteriores.

- Proponer el diseño de investigaciones que valoren los resultados de la propuesta al mediano y largo plazo.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.

Esta propuesta es factible de llevarla a cabo, dentro de las políticas establecidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincia General de Latacunga ya que cuenta con el espacio físico y recursos humanos necesarios para su realización, mejorando así el servicio de atención, la capacitación al personal, sobre el tratamiento, seguimiento y prevención de complicaciones que se puedan presentar luego de este procedimiento.

Se considera que esta propuesta no requiere de fines económicos grandes para su ejecución, pues los servicios cuentan con su presupuesto especial para la atención de las pacientes a través de la Ley de maternidad Gratuita vigente. Además el investigador prestará su contingente para mediante la presentación de la propuesta sin costo para el hospital adaptándose de igual manera a los protocolos de atención vigentes en los servicios de salud del país y lo que se viene realizando a nivel mundial.

Como está dispuesto en la a Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en sus artículos 2 y 3, expresa que la finalidad del Sistema Nacional de Salud es garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.

A su vez la ley de maternidad gratuita y de atención a la infancia en el artículo 1 dispone que el estado Ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, la

asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto. Esta da el marco legal que facilita la aprobación e implantación de la propuesta primariamente en el hospital y posteriormente en las unidades de menor complejidad.

6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y CIENTÍFICA.

Dada frecuencia de casos de Aborto Incompleto presentados en el Hospital provincial General de Latacunga es necesaria la implementación del protocolo de Tratamiento para esta patología, requiriéndose un adecuado registro de las decisiones tomadas y el tratamiento proporcionado, lo cual permitirá evaluar de forma correcta los beneficios de la implantación de las nuevas terapéuticas en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

Para la realización de la presente propuesta, será necesario la colaboración y participación de todo el personal involucrado en el proyecto: Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, Dirección del Hospital General de Latacunga, Médicos y Enfermeras encargados del Servicio de Emergencia del HPGL, Internos y estudiantes de Medicina y todo el personal que estará en contacto con estos pacientes, utilizando protocolos de guías para evaluar el estado general de cada caso.

El presente estudio tiene la virtud de ser aplicable en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, ya que se cuenta con el área designada para llevar a cabo esta propuesta, en Consulta Externa de Ginecología, Sala de Maternidad y Centro Obstétrico, y espacio físico en la Sala de Emergencias.

6.7 MODELO OPERATIVO

ETAPAS	ACTIVIDADES	METAS	RESPONSABLES	RESULTADOS	FECHAS
PLANIFICACIÓN	<p>Presentación de la propuesta a las autoridades del HPGL.</p> <p>Aprobación por la Dirección del HPGL.</p> <p>Validación del protocolo</p>	<p>Aprobación por las autoridades del HPGL.</p> <p>Validar el protocolo en el 100% de las pacientes</p>	<p>Director del Hospital</p> <p>Jefe del servicio de Ginecología y obstetricia</p> <p>Personal médico</p>	<p>Establecer validez para su uso respectivo.</p> <p>Interés por el uso del protocolo.</p>	<p>Abril – Mayo del 2012</p>
EJECUCIÓN	<p>Diseñar el plan de capacitación para implantación del protocolo.</p> <p>Adopción del protocolo en el servicio de Ginecología y obstetricia.</p>	<p>Capacitar al personal médico.</p> <p>Utilizar el protocolo en el 100% de las pacientes.</p>	<p>Jefe del servicio de Ginecología y obstetricia.</p> <p>Personal médico.</p> <p>Investigador.</p>	<p>Interés por el personal médico por el uso del protocolo.</p>	<p>Mayo – Julio del 2012</p>
EVALUACIÓN	<p>Realizar pruebas para determinar la eficacia del uso del protocolo.</p> <p>Control del uso del protocolo</p>	<p>Verificar que el protocolo se realice y registre correctamente</p> <p>Uso en el 100% de las pacientes atendidas</p>	<p>Personal médico.</p> <p>Investigador</p>	<p>Realización y registro correcto del protocolo</p> <p>Verificar que el protocolo conste en el 100% de HCL de los pacientes.</p>	<p>Julio – Agosto del 2012</p>

6.8 ADMINISTRACIÓN.

Organigrama:



6.9 PREVISIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN

El seguimiento en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con la ayuda de un protocolo encaminado a la elección correcta del proceso a seguir tomando en cuenta la edad, la edad gestacional, el número de gestas, brindando así un tratamiento personalizado, tratando de minimizar las complicaciones o posibles secuelas que podrían presentarse, durante todo el período a investigar y de esta forma evitar la aparición de las complicaciones del legrado instrumental por aborto incompleto, todo esto debe ser manejado de acuerdo con los lineamientos del protocolo propuesto y será ejecutado en un periodo de 6 meses luego de lo cual se hará un análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos, los cuales serán comparados con los datos recogidos previamente, se determinará la efectividad de la propuesta, de ser los resultados positivos se propondrá un tratamiento permanente de las pacientes bajo las normas de los protocolos estudiados.

Evaluación de la propuesta

Preguntas básicas	Explicación
1. ¿Quiénes son evaluadas?	Mujeres con aborto Incompleto.
2. ¿Por qué evaluar?	Determinar los factores de riesgo.
3. ¿Para qué evaluar?	Personalizar el tratamiento Proporcionar el tratamiento más adecuado de acuerdo a cada caso
4. ¿Con qué criterio?	Pertinencia, coherencia y efectividad.
5. ¿Qué evaluar?	Edad, Estado Civil, Edad Gestacional, Gestas Previas, Abortos Anteriores, Ocupación, Control Prenatal, Nivel De Instrucción
6. ¿Quién evalúa?	Personal médico, del servicio de ginecología y obstetricia
7. ¿Cuándo ejecutar?	Desde el ingreso de la paciente con Diagnóstico de Aborto Incompleto
8. ¿Cómo ejecutar?	Historia Clínica detallada tratando de obtener datos fiables de la situación de la paciente en todas las esferas Escoger el tratamiento más adecuado que se adapte a las necesidades de la paciente
9. ¿Fuente de información?	Paciente
10. ¿Con qué evaluar?	Protocolo de seguimiento

Realizado por: Luis F. Villamarín Granja

MATERIALES Y REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ECUADOR, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Sistema Nacional de Salud, Componente Normativo Materno Neonatal, Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno - Neonatal, Ecuador, El Ministerio, Junio 2008. Disponible en: www.mies.gov.ec
- 2 MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR EN TRATAMIENTO A MUJERES CON HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, 2005.
- 3 DEBORAH L. BILLINGS Y RICARDO VERNON, Avances en la atención pos aborto en América Latina y el Caribe, Investigando, aplicando y expandiendo, 2007.
- 4 ARIEL IVÁN RUIZ PARRA, MD; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Colombia, Guía para Manejo de Urgencias, Aborto, 2005.
- 5 PEDRO MASCARO-SÁNCHEZ; Atención integral postaborto, en el Instituto Especializado Materno Perinatal, 2007.
- 6 RICARDO G.RIZZOX, Tratamiento del Aborto Incompleto, Colombia Medellin, 2007.
- 7 DR. GUILLERMO VERGARA SAGBINI; ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C., Evacuaciones Endouterinas, 2009.
- 8 BOTELLA LLUSIÁ, JOSÉ. Tratado de Ginecología. Editorial Científico-Médica, 5ª ed. Tratado sobre fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología y reproducción, 2001.
- 9 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Aborto Espontáneo, Protocolo Actualizado, Julio 2010.

- 10 NORMAS Y PROTOCOLOS CLÍNICOS SOBRE EL EMPLEO DEL MISOPROSTOL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Documentos Técnico – Normativos, La Paz – Bolivia, 2009
- 11 CARRERA MACUÁ, JOSÉ MARÍA. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus. Barcelona: Masson, S.A., 6ª ed. Tratado actualizado de medicina perinatal, 2006.
- 12 GONZÁLEZ MERLO, JESÚS. Ginecología. Barcelona: Masson, S.A., 7ª ed. Tratado básico de ginecología, obra obligada de referencia., 2004.
- 13 MARTÍN ZURRO, ARMANDO Y CANO PÉREZ, J.F. Atención Primaria. 2 vols. Barcelona: Harcourt Brace de España, S.A., 4ª ed. Obligada obra de consulta dentro del campo de la Atención Primaria, 2001.
- 14 ECUADOR, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Sistema Nacional de Salud, Proceso de Normalización del SNS, Plan de Reacción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Ecuador, El Ministerio, Septiembre 2008.
- 15 CABERO RL, GRATACÓS SE, Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción, Madrid: Médica Panamericana, 1074 p. , 2003.
- 16 SCHWARCZ RL, FESCINA RH, DUVERGES CA. Obstetricia, 6a edición, Buenos Aires – Argentina: El Ateneo, 301 p., 2005.
- 17 MORRE KL, Embriología Clínica, 6a edición, México: McGraw – Hill Interamericana, p 57, 1999.
- 18 GREEN BOOK, Diagnóstico, tratamiento médico – DTM, España: Marbán, 186 – 199 p. Edición 2009.

ANEXOS

Anexo N° 2: Protocolo de seguimiento

Protocolo de seguimiento		Establecimiento: _____	HCL: _____
Apellidos y nombres: _____			
Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____			
Edad (años): _____			
Dirección domiciliaria: _____			
Localidad: _____			
Factores de riesgo personales		Educación: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
Nivel: Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Años aprobados: _____			
Estado civil: Casada <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Soltera <input checked="" type="radio"/>			
Ocupación: _____ Tipo de trabajo: _____			
Control al Ingreso			
Fecha de la última menstruación: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Grupo: _____ Rh + <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/>			
Gestas	_____		
Fecha de los controles	No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> 1 _____ 2 _____ 3 _____		
Semanas de amenorrea	_____		
Tensión arterial (mmHg)	_____		
Sangrado Activo	No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>		
Dolor	Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/>		
Temperatura	_____		
FC	_____		
Hb y Hcto	_____		
Plan de Intervención			

Realizado por:

Anexo N° 2: Protocolo de Tratamiento

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO INCOMPLETO. (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)
Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal
Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura
Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.
Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición y Brinde apoyo emocional continuo
Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer)
Manejo de shock hipovolémico (si aplica).
Analgesia farmacológica (si amerita) tipo Paracetamol 500 mg VO con sorbo de líquido.
Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica.
Brinde consejería sobre anticoncepción posaborto inmediata con DIU.

EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por:

Cuando el tamaño uterino es menor a doce semanas utilizar misoprostol 600ug.

- ✓ Por vía oral dosis única; reevaluar en 1-2 semanas controlando que no se presenten complicaciones como hemorragia o infección.

- ✓ Es necesario advertir a las pacientes que se requiere un control posterior y se deberá excluir a las pacientes en las cuales se sospeche incumplimiento del tratamiento.

- ✓ Aspiración manual endouterina (AMEU) se debe realizar en pacientes cuyo embarazo no supere las 12 semanas

- ✓ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ug por vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU.

- ✓ Legrado uterino instrumental (LUI) en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto.

- ✓ Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a LUI.

- ✓ La inducto-conducción con Oxitocina adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación de producto y posterior LUI.

- ✓ Coloque DIU luego del procedimiento del AMEU si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.

Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.

Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas post evacuación

INDICACIONES DE ALTA:

- ✓ Dieta habitual.

- ✓ Actividad ambulatoria progresiva.

✓ Analgesia tipo paracetamol 500 mg VO cada 8 horas o Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días.

✓ Orientación sobre signos de alarma: fiebre, dolor y sangrado.

✓ Orientación en anticoncepción y salud reproductiva. Brinde consejería y proporcione un método anticonceptivo acorde con las necesidades de la paciente.