

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**

**ESCUELA DE POSTGRADO**

**DOCTORADO EN MEDICINA**



**Atención con calidad del aborto incompleto no complicado: Aspiración Manual Endouterina comparada con Legrado Uterino Instrumentado. Hospital Belén de Trujillo, 2006 – 2007**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA**

**AUTOR: Ms. Pedro Gabriel Aldave Paredes**

**ASESOR: Dr. Evaristo Mejía Aroca**

**Dr. Juan Díaz Plasencia**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2009**

Nº de registro...

## JURADO EVALUADOR

---

Dr. OSCAR F. PANTA GUARDADO  
PRESIDENTE

---

Dra. CECILIA V. ROMERO GOICOCHEA  
SECRETARIA

---

Dr. JUAN DIAZ PLASENCIA  
MIEMBRO

---

*A MIS ASESORES,*

*DR. EVARISTO MEJIA AROCA*

*DR. JUAN DIAZ PLASENCIA*

*POR SU APOYO, ORIENTACIÓN Y AYUDA*

*DESINTERESADA EN LA REALIZACIÓN DEL PRESENTE*

*TRABAJO DOCTORAL.*

---

*CON CARIÑO PARA MIS QUERIDOS PADRES,  
AMERICO Y LUZ, EN ESPECIAL A MI MADRE  
QUE DESDE EL CIELO ME ILUMINA Y MOTIVA  
PARA SER CADA VEZ MEJOR,*

*A ESTHER MI ADORABLE Y NOBLE ESPOSA,  
MI COMPAÑERA Y AMIGA QUE HACE DULCE MIS  
DIAS Y SIGNIFICATIVA MI EXISTENCIA.*

*A MIS HERMANOS Y HERMANAS  
CON QUIENES COMPARTIMOS LAS  
DIFICULTADES Y ALEGRÍAS  
DE LA VIDA.*

*A MIS HIJAS PAOLA Y GABRIELA,*

*A MI HIJO PIERRE ANTHONY,*

*POR SER LOS ESTIMULOS Y*

*MI INSPIRACIÓN PARA SEGUIR ADELANTE.*

*A MIS ADORADOS NIETOS FABRICIO, ADRIANO Y  
FABIANO HEREDEROS DEL EJEMPLO Y DE UN  
FUTURO BRILLANTE INICIADO POR SU ABUELO  
QUE LOS AMA DE CORAZÓN.*

# INDICE

	Pag.
-RESUMEN	i
-SUMMARY	ii
I. INTRODUCCION	01
II. MATERIAL Y METODOS	09
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÒN	22
V. CONCLUSIONES	25
VI. PROPUESTAS	26
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
VIII. ANEXOS	32

## RESUMEN

Para determinar si la aspiración manual endouterina (AMEU) es una técnica de mayor calidad que el legrado uterino instrumentado (LUI) en el manejo del aborto incompleto no complicado, precisando diferencias clínicas e indicadores de calidad y costos entre ambas técnicas

Se hizo un estudio prospectivo involucrando 252 pacientes con aborto incompleto no complicado atendidos en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo incluidos al azar en el grupo de AMEU y LUI respectivamente.

Se registró la existencia de complicaciones, se ofreció a todas consejería y anticoncepción. Al alta se citó a la paciente a los 10 días y si no regresó se hizo visita domiciliaria.

En ambos procedimientos predominó el uso de analgesia + sedación. La intensidad del dolor fue mayor en el grupo de AMEU. El sangrado fue mayor en el grupo de LUI.

Las complicaciones fueron mayores en el grupo de LUI sin embargo no fueron estadísticamente significativas. La estancia hospitalaria promedio fue mayor en los pacientes de LUI. El costo promedio fue S/. 167.67 para LUI y 114.60 para AMEU.

El 100% recibió consejería y de ellos el 82% escogieron algún método anticonceptivo siendo la de mayor demanda la medroxiprogesterona (42.4%), DIU (25.7%) y la píldora (18.6%).

Conclusiones: La Técnica de AMEU es de mayor calidad que el LUI. El periodo postaborto es un buen momento para la administración de métodos anticonceptivos.

Palabras Claves: Aborto incompleto, legrado uterino, Aspiración manual.

## SUMMARY

To determine if manual vacuum aspiration (MVA) is higher quality than uterine curettage (UC) in the management of uncomplicated incomplete abortion, specifying clinical differences and quality indicators and cost between both of techniques

It was made a prospective study involving 252 patients with uncomplicated Incomplete abortion treated in the Obstetrics and Gynecology Department of Hospital Belen of Trujillo included randomly in the MVA and UC group respectively.

It was registered the existence of complications, and it was offered to all patients counseling and contraception. At discharge, the patient was cited in 10 days and if she didn't return, home visit was made.

In both procedures it was a predomination of sedation + analgesia. The pain intensity was higher in the MVA group. The Bleeding was higher in the UC group.

Complications were higher in the UC group. however these weren't statistically significant. The average hospital stay was higher in patients with UC. The average cost was S/. 167.67 for UC and 114.60 for MVA.

100% of them received counseling and 82% chose contraceptive method being the most request medroxyprogesterone (42.4%), IUD (25.7%) and the pill (18.6%).

Conclusions: MVA is higher quality than UC. Postabortion period is a good time for the administration of contraceptive methods.

Key words: Incomplete abortion, curettage, manual aspiration.



# I. INTRODUCCIÓN

El hecho social del aborto ha sido objeto de discusiones filosóficas que se han centrado en su aceptación o rechazo y en cuestiones en torno a la vida humana, dando lugar a un conflicto básico que, como lo reconoce Ferrater Mora (1), “enfrenta dos grupos de opiniones irreconciliables”, razón por la cual él mismo aboga por poner la reflexión filosófica “dentro de contexto de la noción de tolerancia”.

Abordar el hecho social del aborto al margen de las discusiones sobre aceptabilidad o rechazo, tolerancia o intolerancia es muy complejo siendo mucho más factible tratar de elucidar el sentido de las razones de aborto y el de su práctica en la vida de una mujer, a través de sus representaciones sociales; entendiendo por éstas las producciones mentales que se construyen sobre un mundo de creencias desde un fondo cultural común. Siguiendo a Banchs (2) podríamos decir que el conocimiento de las representaciones sociales centra el análisis en las producciones simbólicas, los significados y el lenguaje.

En la primera, tomando como referencia estudios de aborto en los que se han aplicado metodologías cuantitativas y/o cualitativas en el campo de las ciencias sociales, se reflexiona sobre las representaciones de las razones de

aborto. En la segunda, se discute sobre la representación de la decisión de la práctica del aborto que, desde la perspectiva de la Antropología Social, aparece construida como representación de un dilema moral y que, desde la perspectiva filosófica, configura una crisis existencial (3-7).

La vivencia de la corporeidad, el nihilismo que identifica Gilligan (8), la decisión en soledad que destaca Mazzotti (9), la crisis existencial que se refiere Cardich (10), en base a las vivencias de mujeres atendidas en servicios privados, las estrategias que describe Vázquez (3) con minuciosidad, son formas a nuestro juicio de una crisis de intersubjetividad y de mismidad.

Así también la filosofía del aborto necesita oxigenar sus perspectivas. Se trata de reconocer la existencia del aborto como un hecho social y a partir de esto intentar pensar en la reconstrucción de los logos, del eros, del yo mismo de la mujer con esta experiencia. Ello implica llamar la atención del entorno, del significado oneroso que representan los otros antes, durante y después de la decisión y práctica del aborto ( 11-16).

Reforzamiento del sentimiento propio, el sentirse a sí misma, la valoración de la responsabilidad como equilibrio entre los sentimientos internos y las presiones externas, la puesta en práctica de oportunidades

de reconocimiento recíproco para que las relaciones de pareja y de familia no aparezcan disueltas en un magma indefinido, aprender a asumir las contradicciones entre conciencia personal y mundo, son algunas posibilidades a trabajar en el desarrollo de las relaciones de género y en las situaciones de crisis existencial que hay que afrontar cuando se presente el caso en nuestra propia convivencia humana (17-21).

La filosofía al fin de cuentas debe acompañar al existente humano para que encuentre siempre que la vida vale la pena vivirse.

De toda esta experiencia del aborto queda una invitación a comprender el drama humano de la mujer que aborta. Que el sentimiento de marca en el cuerpo que conlleva el abortar no contribuya a profundizar heridas en el alma de la mujer y Mientras viva sigue siendo un ente humano, y un yo que necesita un tú intensivo, comprensivo, capaz de hacerla redescubrir el valor de ser persona (1,4,6,22-26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos revela que cada minuto en el mundo tienen lugar 632 coitos fecundados, 315 embarazos no planeados y 158 embarazos no deseados. (13,17,27-30 ).Así mismo reporta que anualmente en el mundo ocurren 50 millones de abortos inducidos, más de la mitad se dan en países en vías de desarrollo y generalmente en forma precaria. Más de las 75,000 de las 585,000 muertes

maternas anuales son consecuencia de abortos inseguros y en América Latina los abortos causan en algunos países hasta 30% de la mortalidad materna (31-38).

Dramáticamente se estima que 5 millones de adolescentes tiene abortos cada año en el mundo y aproximadamente la mitad de esta representa un serio peligro para la salud y la vida de estas jóvenes. (39). En una población Távara et al (15) reporta que el aborto en nuestro país es causa de 16.3% del total de muertes maternas registradas en 31 hospitales.

En 1994, una publicación del Instituto The Alan Guttmacher Institut (16) en base al análisis secundario de las encuestas de Demografía y Salud de 1989, encontró que en el Perú se podía estimar que ocurren 271, 150 abortos anuales. La misma fuente señala que 40% de embarazos son deseados, 30% son embarazos no deseados y que un 30% terminan n aborto inducido.

Salvar la vida es el objetivo primordial de los trabajadores de salud los profesionales de la salud en general y los ginecólogos en particular suelen tener una actitud cambiante con respecto al problema del aborto. El aborto es un fenómeno universal, ha existido siempre y en

su forma inducida, probablemente fue uno de los primeros métodos que utilizó el hombre para regular los nacimientos. Se desconoce la exacta incidencia del aborto en nuestra población, debido a que su manejo involucra aspectos médicos, sociales y legales(40-45)

El aborto es un drama con variados finales, uno de ellos es la tragedia del aborto inducido y sus consecuencias, que puede terminar con la vida de la mujer.(37,38). La mortalidad materna por aborto y sus complicaciones ocupa un triste lugar preferencial en las estadísticas hospitalarias en todo el país (35,37,39, 43,46-49). Lamentablemente, a través de los años no se observa una declinación, sino un incremento y poco o nada se ha hecho realmente para corregir este problema tan alarmante(44,46,50).

La mortalidad materna cobra un significado de tragedia en los países subdesarrollados. Es doloroso reconocer que el aborto representa entre el 30 y 50 % de las causas de defunción materna en América Latina. Pero se debe considerar además que una mayor proporción de mujeres padece posteriormente incapacidades en su vida sexual y reproductiva, como consecuencia del aborto(34,41,51,52).

En el Perú el aborto representa la segunda causa de muerte materna, y a pesar de no conocerse exactamente su incidencia, se tiene

evidencias que más de un tercio de los embarazos terminan como aborto(36,44,47,53,54). La atención del aborto significa la realización de un gasto que deben enfrentar las personas y los establecimientos de salud, gastos que muchas veces es difícil calcular. Las instituciones consumen recursos dentro del sistema de salud y algunas de ellas gastan entre 50 y 60 % de sus presupuestos de ginecoobstetricia en el tratamiento de este problema médico y muy pocos son los trabajos que publican los costos de la prestación del servicio para el manejo del aborto(37-40,55).

A nivel nacional e internacional se ha publicado trabajos que asignan ventajas técnicas y económicas a la atención ambulatoria prestada con aspiración manual endouterina (48-52). Por otro lado es frecuente encontrar un divorcio entre los servicios de planificación familiar (PF) y los servicios de atención del aborto, o simplemente no existen servicios de PF que puedan ser accesibles a las pacientes que concurren por presentar un aborto incompleto(34,40,48).

Siendo el período postaborto una oportunidad crítica para que el equipo de salud ayude a las mujeres a solucionar los problemas que contribuyen al embarazo no deseado, resulta importante acercarse a ellas a través de la consejería para poner a su disposición conocimientos suficientes sobre la metodología anticonceptiva existente, permitiéndoles adoptar una buena

decisión informada, ya que luego de la atención de un aborto incompleto sin complicaciones, prácticamente todos los anticonceptivos son utilizables (44,45,56,57).

Tradicionalmente los médicos hemos recibido formación para llevar a cabo el legrado uterino instrumental (LUI), y es tal vez el método mayormente utilizado en los países del tercer mundo para evacuar el útero (41,48,51). La aspiración manual endouterina (AMEU) tienen sus antecedentes varias décadas atrás y hoy en día se han extendido en todo el mundo. La AMEU se usa en más de cien países (42,43,46,50).

En el Hospital Belén de Trujillo desde hace 8 años hemos acumulado una importante experiencia en el manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado con el uso del AMEU y muchas décadas de empleo del LUI. En el presente trabajo examinaremos comparativamente las ventajas que tiene el manejo del aborto incompleto no complicado a través de dos técnicas fáciles de implementar como son el legrado uterino instrumentado y el método de aspiración manual endouterina. Igualmente estudiaremos las condiciones de calidad de un servicio hospitalario, los costos, así como la oferta y la administración de la anticoncepción post-aborto. Para tal fin nos planteamos el siguiente problema:

**2.-PROBLEMA :** ¿ Es la Aspiración manual endouterina una técnica de mayor calidad que el Legrado uterino instrumentado para el manejo del aborto Incompleto no complicado?

**3.-HIPOTESIS :** La Aspiración manual endouterina es una técnica de mayor calidad que el legrado uterino instrumentado para el manejo del aborto incompleto no complicado.

**4.-OBJETIVOS :**

**4.1 Objetivo general :**

-Determinar si la AMEU es una técnica de mayor calidad que el LUI para el manejo del aborto incompleto no complicado.

**4.2. Objetivos Específicos :**

- Determinar la intensidad del dolor con la escala analógica del dolor
- Determinar la recuperación de la paciente post procedimiento.
- Determinar el volumen de sangre perdida en cada procedimiento
- Determinar el porcentaje de complicaciones post procedimiento.
- Determinar los costos en cada técnica utilizada.



## II. MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra población estuvo constituida por todas las pacientes que tuvieron el diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo entre 1° de Octubre del 2006 al 30 de Setiembre del 2007.

Se aplicó un ficha para recojo de datos y se capacitó al personal médico en las técnicas de evacuación uterina a través de AMEU utilizando la Jeringa de Karman. . Igualmente se capacitó al personal médico, obstetrices y personal de enfermería en las técnicas de descontaminación y desinfección intensiva del material y equipo, así como en consejería y oferta de anticonceptivos.

### **Tamaño de Muestra:**

Con la finalidad de obtener una muestra representativa y adecuada se utilizo la fórmula de comparación de dos poblaciones:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2} = 1.96$  para  $\alpha = 0.05$
- $Z_{\beta} = 1.28$  para  $\beta = 0.10$
- $p_1 = 0.40$  proporción de complicaciones con AMEU
- $p_2 = 0.60$  proporción de complicaciones con LUI

Reemplazando estos valores en la formula se obtuvo un tamaño de muestra de:

$$n = 125.97 = 126 \text{ pacientes}$$

Como es un estudio experimental prospectivo, controlado, aleatorizado se conformaron dos grupos; el grupo de AMEU y el grupo sometido a LUI, con 126 pacientes cada uno.

### **Diseño Estadístico de Muestreo:**

#### **- Unidad de Análisis**

Historia Clínica de paciente con aborto incompleto no complicado, atendida según la técnica de AMEU y LUI en el Hospital Belén de Trujillo, Octubre 2006 - Setiembre 2007.

#### **- Unidad de Muestreo**

Paciente con diagnóstico de aborto incompleto no complicado, atendidas con la técnica de AMEU o LUI en el Hospital Belén de Trujillo, Octubre 2006 - Setiembre 2007 que cumplan con los criterios de inclusión.

### **Definición Operacional:**

#### **Aborto Incompleto no complicado:**

Es aquel aborto que ocurre hasta las 12 semanas de edad gestacional, sin sangrado excesivo, sin fiebre, ni compromiso del estado general sin shock ni signos evidentes de manipulación.

### **Atención de Calidad:**

Consideraremos como tal a la atención de la paciente con aborto incompleto en quien se haga un manejo adecuado del dolor, reciba consejería pre y postaborto sobre la técnica quirúrgica empleada, consejería y planificación familiar, complicaciones post operatorias, seguimiento, costo del procedimiento y estancia hospitalaria.

### **Criterios de Inclusión :**

- Paciente con diagnóstico clínico y/o ecográfico de aborto incompleto no complicado.

### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con más de 12 semanas de edad gestacional.
- Sangrado excesivo, mayor de 300 ml.
- Presencia de fiebre.
- Anemia severa.
- Signos peritoneales.
- Ictericia.
- Hemograma patológico.
- Evidencia clínica de manipulación intencional.

### **Registro y Preparación de pacientes:**

Una vez atendida la paciente en emergencia, luego de hacer una anamnesis y examen clínico general, previa limpieza perineal y evacuación de la vejiga, se hizo un examen pélvico. Efectuado el diagnóstico de aborto incompleto no complicado se indicó aplicar una solución isotónica intravenosa y rutinariamente se solicitó exámenes de laboratorio: grupo sanguíneo y RH, hemoglobina, hematocrito, hemograma y VIH en casos sospechosos.

### **Selección de la metodología de evacuación uterina:**

Llegada la paciente a emergencia , al azar se le incluirá en el grupo de LUI o de AMEU (Simple ciego) hasta completar el tamaño muestral. Dentro del lapso de tiempo señalado de Octubre 2006 a Setiembre 2007. Todos los datos obtenidos se recopilaron en un formato Ad Hoc (anexo 3). .

### **Control de dolor:**

En la sala de evacuación uterina se colocó a la paciente en posición ginecológica y para el control del dolor se administró anestesia más sedación local:

- Analgesia-sedación: Pentazocina EV 30 mg con o sin diazepam EV 10 mg.
- Anestesia local: En este caso se usó lidocaína al 1% sin epinefrina- por vía paracervical y/o analgesia –sedación.

### **Efectos del procedimiento:**

El cirujano calculó la pérdida de sangre en mililitros (ml) y se midió la intensidad del dolor a través del uso de la escala analógica del dolor , para que marque la propia paciente.

### **Recuperación de la paciente:**

Realizado cualquiera de los dos procedimientos, la paciente fue movilizada a un ambiente adjunto a la sala de evacuación uterina y se la vigiló durante por lo menos 2 horas. Terminada la observación y si sus signos vitales fueron normales, se le envió de alta con la indicaciones de regresar a control en 10 días, haciendo énfasis que si presentara algún síntoma, como sangrado excesivo, dolor o fiebre, retorne antes del tiempo previsto.

### **Consejería:**

Mientras las pacientes permanencia en las salas de Observación de

Emergencia, previo al procedimiento, las Internas de Obstetricia de guardia aprovecharon el tiempo para entrevistar a cada una de ellas, hacer una explicación sucinta sobre el procedimiento de evacuación y sobre la importancia de iniciar pronto el uso de algún método anticonceptivo.

En la Sala de Evacuación Uterina, el médico tratante y la Obstetrix de Turno reforzarán la información iniciada y una vez tomada la decisión por la propia paciente se le administró el método escogido.

### **Seguimiento:**

- En consultorio externo.- Al Alta, todas las pacientes fueron citadas al Control a los 10 días sin embargo por lo que previniendo la posibilidad de poca concurrencia a la cita, se diseñó el siguiente paso:
- Visita domiciliaria.- Se hizo visitas domiciliarias a aquellas pacientes que no concurren a su control y se empleó un formulario de entrevistas previamente convalidada por otros autores (20,21,34).

### **Complicaciones:**

Durante el procedimiento, en el período que sucedió a la intervención o en los días siguientes, al momento de la visita del control se tuvo el cuidado de detectar algunas complicaciones posibles como perforación

uterina, sangrado excesivo, trauma cervical, infección pélvica, dolor, embolia o evacuación incompleta del útero. Así mismo, al final del trabajo, con la visita domiciliaria efectuada se registraron también las complicaciones

### **Procesamiento de datos:**

Con el apoyo de una computadora , cada caso fue introducido en una base de datos, utilizando el programa Fox-Pro V-2,6. Los datos fueron procesados en SPSS V-12 y presentados en tablas y gráficos. Para comparar medias se aplicó t de student, y en el caso de proporciones se aplicó chi cuadrado.

Se consideró con significancia estadística cuando  $p < 0,05$ .

### **Estudio de costos:**

,Se efectuó a todas las pacientes de cada método de evacuación. Para esto se utilizó rigurosamente la “Guía para evaluar el uso de recursos para el tratamiento del aborto incompleto” desarrollada por IPAS.

### III. RESULTADOS

Se acumuló un total de 252 pacientes diagnosticadas de aborto incompleto no complicado, de las cuales 126 fueron tratadas con LIU, 126 con AMEU. Las características de edad, paridad, edad gestacional, hematocrito e histerometría fueron semejantes (anexo 1). En todos los procedimientos se prefirió la utilización de analgesia y sedación, y en AMEU el uso de anestesia paracervical y/o analgesia y sedación. La intensidad del dolor experimentado por las pacientes fue leve siendo en promedio mayor en los procedimientos de aspiración que en LUI (Cuadro 1).

Es evidente que los métodos de aspiración uterina estuvieron ligados a una menor pérdida de sangre, siendo más notorio lo referente a AMEU. El Cuadro 2 revela objetivamente una diferencia entre el sangrado en el LUI y los procedimientos de aspiración.

Las complicaciones que pudieron haberse presentado fueron cuidadosamente examinadas durante el procedimiento o mientras la paciente permaneció en el ambiente de recuperación y en los días subsiguientes en que acudió a su control o en la entrevista durante la visita domiciliaria (Cuadro 3). Aunque existen diferencias numéricas a predominio del LUI, sin embargo no son estadísticamente significativas. Es notorio que la evacuación incompleta se presentó cinco veces en el LUI,



por dos ocurrido en el grupo de AMEU. Se comunicó perforación uterina, en dos casos de LUI. No hubo trauma de cervix, embolia, sangrado excesivo, ni muerte materna en ninguno de los grupos. El Cuadro 4 presenta que el costo total promedio es menor en el grupo de AMEU, siendo el rubro de medicamentos y suministros el de mayor costo en los 2 procedimientos.

De las 252 pacientes el 100% recibieron consejería específica en anticoncepción, 210 pacientes (83.3%) recibieron algunos de los métodos anticonceptivos ofertados, siendo los de mayor aceptación la medroxiprogesterona (35.3%), el DUI (21.4%) y la píldora (15.5%) (anexo 2). La distribución de estos tres métodos es semejante en los dos grupos estudiados; sin embargo, existe una tendencia mayor a aceptar metodología anticonceptiva entre las pacientes que fueron tratadas con AMEU

**Cuadro N° 1:** Medición del dolor en pacientes con aborto incompleto no complicado según técnica de evacuación .HBT.2006-2007

Medición del dolor (EVAD)	Técnica de evacuación			
	LUI		AMEU	
	N°	%	N°	%
Dolor leve	38	30.2	60	47.6
Sin dolor	88	69.8	66	52.4
Total	126	100	126	100

**Cuadro N° 2:** Promedio de pérdida sanguínea en pacientes con aborto incompleto no complicado según técnica empleada .HBT. 2006-2007

	Técnica de evacuación	
	LUI	AMEU
	X ± DE	X ± DE
Sangrado (ml)	90.6 ± 2.45	50.5 ± 2.37

**Cuadro N° 3:** Complicaciones post- procedimiento en pacientes con aborto incompleto no complicado según técnica empleada.HBT. 2006-2007

Complicación	LIU		AMEU		Valor
	nº	%	nº	%	P
Infección Pélvica	8	6.35	3	2.38	NS
Dolor Pélvico	6	4.76	2	1.59	NS
Evacuación incompleta	5	3.97	2	1.59	NS
Perforación uterina	2	1.59	0	0.00	NS
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>16.67</b>	<b>7</b>	<b>5.56</b>	<b>NS</b>

**Cuadro N° 4:** Costo individual por pacientes con aborto incompleto no complicado según técnica empleada. HBT. 2006-2007.

	Técnica de evacuación	
	LUI (S/.)	AMEU (S/.)
Por Personal	17.38	15.47
Por material insumo y medicamentos	124.38	73.28
Costo de servicio	25.91	25.91
<b>Costo Total</b>	<b>167.67</b>	<b>114.66</b>

## IV. DISCUSIÓN

En forma prospectiva se ha pretendido examinar las diferencias clínicas entre dos métodos de evacuación uterina aplicados a 252 pacientes que concurren al HBT por presentar aborto incompleto no complicado. En el anexo nº 1 se observa que las características de las poblaciones fueron similares para ambos métodos no existiendo diferencia estadística. Contrariamente a lo encontrado en la literatura, el dolor medido a través de la escala visual analógica del dolor (EVAD) que marco la misma paciente, fue significativa en los casos de AMEU que en el grupo del LUI (Cuadro 1).

Esta diferencia la atribuimos a que el grupo de aspiración tuvo mayor número de pacientes en que no se uso medicación para el control del dolor y de otro lado es posible que sea un problema de destreza. La intensidad del dolor experimentado por los 2 grupos de mujeres estuvo en la categoría de leve, a juzgar por lo marcado en la escala visual analógica en promedio por debajo de 40 casos en el grupo de LUI y 60 casos en el grupo de AMEU. La duración de cada procedimiento Fue mayor en el grupo de LUI ( 15.26 minutos) versus AMEU (8.62 minutos).

En promedio los casos de LUI tuvieron una mayor pérdida de

sangre, lo cual es estadísticamente significativa. La literatura confirma esta ventaja del AMEU sobre el LUI (Cuadro 2) (36,41,46,51). En este estudio encontramos en total 16.67% de complicaciones para el LUI, sólo 5,56% para AMEU. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, pero sin embargo muestran una tendencia a favor del método de aspiración manual endouterina y ello sustenta las recomendaciones sobre su uso. Entre las pacientes que atendimos hubo 5 casos del grupo del LUI que requirió reevacuación versus 2 casos del grupo AMEU lo cual no tuvo mayor relevancia estadística (Cuadro 3).

La literatura muestra eficacia entre 97 y 100% para la AMEU y menor para el LUI, (32,35,40,42,43) lo que confirma nuestros datos. De las 252 pacientes ,solo regresaron a su control postoperatorio un total de 186 (77.7%). Por ello fue necesario complementar el registro de complicaciones durante la entrevista personal en la vista domiciliaria.

Se han comunicado en otros países y en el Perú que el uso de la AMEU disminuye el sistema de recursos de sistema de salud y mejora la calidad del tratamiento del aborto (32,34,35,40,41,44,45,48,53). Esto ha determinado que el LUI sea reemplazado por la aspiración manual endouterina en muchos países.

El costo total promedio de la atención en los dos procedimientos es bajo. Cuando comparamos con los estudios publicados por Távora (17,20) vemos que los costos para el LUI tiene muy estrechas diferencias. La AMEU resulta discretamente más barato; igualmente este procedimiento tiene una duración neta menor que el LUI, lo que confirma hallazgos de otras publicaciones (Cuadro 4).

A pesar de las múltiples diferencias que se vienen desarrollando en el mundo con el uso de AMEU para la atención de aborto incompleto, el LUI en la actualidad continua siendo el principal método para la evacuación uterina utilizando en muchos países en desarrollo , incluido en el Perú. Los efectos de la consejería en el manejo de estas pacientes justifica el 83.3% de aceptación de metodología anticonceptiva. Esto demuestra que el período crítico del post aborto es propicio para iniciar una terapia anticonceptiva (anexo 2).

La anticoncepción complementa el manejo ambulatorio del aborto incompleto y permite romper el círculo de un nuevo embarazo no deseado, un nuevo aborto, complicaciones y muerte materna (34,38,47,54-57).



## **V. CONCLUSIONES**

La Técnica de AMEU es de mayor calidad que el LUI. El periodo postaborto es un buen momento para la administración de métodos anticonceptivos.

## **VI. PROPUESTAS**

- Difundir a nivel de las autoridades del Sector Salud de la región los resultados del presente trabajo de investigación para que tomen la decisión de extrapolar esta experiencia a otras instituciones sanitarias.
- Difundir la experiencia en eventos científicos de la Especialidad y publicarla en revistas científicas para su conocimiento.
- Institucionalizar la experiencia en el hospital Belén de Trujillo en mi calidad de Director Ejecutivo.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrater M, Cohn P. Ética aplicada. Del aborto a la violencia . Madrid: Alianza Universidad; 1996.
2. Banchs M. Entre la ciencia y el sentido común. Ponencia, V congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Venezuela. Isla Margarita; 1999.
3. Vasquez A. Representaciones de la población femenina con experiencia de aborto que acuden a centros hospitalarios del MINSA de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú. Tesis magister en Antropología. Lima; 2001.
4. Gestaldi I. El contexto social del aborto en la Sierra y la Selva del Perú; Revista Peruana de Población nº3 – 2do semestre, Lima: AMIDEP; 1983.
5. Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza; 1986.
6. Salvatti H. Marcas no Corpo: Gravidez e maternidade em grupos populares. En: Dias, L-Fachello (organizadores). Doença, Sofrimento, Perturbacao. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2001.
7. Metz J. Antropocentrismo cristiano. Sobre la forma de pensamiento de Tomas de Aquino. Salamanca; 1972.
8. Gilligan C. La moral y la teoría, Psicología del desarrollo femenino. Mexico; Fondo de Cultura Economica; 1985.
9. Mazzotti M, Pujol G, y Tena C. Una realidad silenciada. Sexualidad y maternidad en mujeres catolicas. Montevideo: Trilce; 1994.
10. Cardich R. Desde las mujeres, versiones del aborto, Lima: Manuela Ramos- The Population Council; 1993.
11. Husserl E. Meditaciones cortesanias sobre el aborto. Milan: V Bompian; 1960.

12. Polo M. Ética. Modo de vida, comunidad y ecología. Lima: Mantaro;2001.
13. Távora O. Mortalidad materna en el Perú. Responsabilidad de Todos. Rev Per Ginecol Obstet 1996; 42 (3): 17-20.
14. Valera D. El aborto como problema de Salud en Piura metropolitana. Rev Per Ginecol Obstet 1997; 43: 231-235.
15. Távora O, Orderique L. Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en Salud Pública. Rev Per Ginecol obstet 2004; 50 (3): 176-180.
16. The Alan Guttmacher. Institut. . Aborto clandestino: Una realidad Latinoamericana. Phatfinder International Peru office;1994.
17. Távora O. Atención humanizada del aborto incompleto. Rev Per Ginecol obstet 1997; 43 (1): 17-26.
18. Maradiegue E. Aborto como causa de muerte materna. Rev Per Ginecol Obstet 2006; 52 (3): 150-153.
19. Távora O. El Aborto como problema de Salud Pública en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet 1997; 47 (4): 250-254.
20. Távora O. Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir costos. Rev Per Ginecol Obstet 1995; 41 (1): 58-62.
21. Guzman A, Ferrada D, Tuesta L .Tratamiento del aborto incompleto. Rev Per Ginecol Obstet 1995; 40 (2): 31-36.
22. Adler N, David H, Major B, Roth S. Psychological responses after abortion. Science 1990; 248 (4951): 41-44.
23. Ahman E, Shah I. Unisafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000. Reprod Health Matters 2002; 10 (19): 13-17.
24. Brewer C. Incidence of post abortion psychosis; A prospective study. Br. Med J. 1997; 1 (6059): 476-467.
25. Cook R, Dickens B. Human rights and abortion laws. Int J. Gynecol Obstet 1999; 65:8187.

26. Edelman D, Bremen W, Berger G. The effectiveness and complications of abortion by dilatation and vacuum aspiration versus dilatation and rigid metal curettage. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 149 (4): 473-480.
27. Ford N. When did I begin? Conception of the human individual in history, philosophy and science. Cambridge University Press. Cambridge, 1988.
28. Grenne M, and Ecker J. Abortion, health, and the Law. *New England J Med* 2004; 350 (2): 184-186.
29. Marton C, Clelond J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *Int. Fam Plann Perspect* 2003; 29 (1): 6-13.
30. Plaza S, Briones H. El aborto como problema asistencial. *Rev Med Chile* 1962; 91: 294-299.
31. Torres A, Forrest J. Why do women have abortions? *Fam plann Perspect* 1988; 20 (4): 169-176.
32. Albernathy M, Hord C, Nicholson L, Benson J, Johnson B. Guía para evaluar el uso de recursos para el tratamiento del aborto incompleto. Carrboro C: IPAS; 1993.
33. Baird T, Gringle R, . MVA in the treatment of incomplete abortio, clinical and programatic experience. Carrboro NC: IPAS; 1995.
34. Benson J, Leonard A, Winkler J, Wolf M, Mc Laurin K. Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación Familiar postaborto: articulando preguntas. Carrboro NC: IPAS ; 1993.
35. Benson J, Rabago A, Vasquez B, Johnson B. Costos y utilización de recursos para el tratamiento de las complicaciones del aborto en México. Encuentro de investigadores sobre el aborto inducido en América Latina y El Caribe. Universidad Externado de Colombia; Bogotá ; 1994.
36. Binkin N. Trends in introduced legal abortion morbidity and mortality. *Clinics in Obstet Gynaecol* 1986.

37. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud-Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología – OPS/OMS, Lima; 1996.
38. Faundes A y Barzelatto J El Drama del Aborto, en busca de un consenso. Tercer Mundo Editores. Bogota. Abril 2005.
39. Family Care International.- Acción para el siglo XXI, salud y derechos reproductivos para todos. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. New York ; 1994.
40. Gonzalez-Enders R. Costos del Tratamiento Hospitalario del Aborto. En: Consideraciones Médicosociales para el Tratamiento del Aborto Incompleto. Lima-Perú; Ed Manuela Ramos 1993; pag 85-88.
41. Guzmán A, Ferrando D, Tuesta L. Tratamiento del aborto incompleto Lima-Perú Pathfinder International; 1995.
42. Hart G, Macharper T. Clinical aspect of introduced abortion in South Australia from 1970-1984. Aust NZ Obstet Gynaecol 1986;26:219-224.
43. Pinedo A, Távora L. Anticoncepción postaborto, experiencia en el Hospital María Auxiliadora. Rev Per Ginecol Obstet 1996; 42(1): 22-27.
44. Jonson B, Benson J, Bradley J, Rabago A, Zambrano C, Okoko L. Costs of alternative treatment for incomplete abortion. Population and human resources department. The World Bank; 1993.
45. Johnson B, Benson J, Hawkins B. Reduciendo el uso de recursos y mejorando la calidad del tratamiento del aborto con AMEU. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carrboro NC: IPAS 1992; 2 (2):1-6.
46. Kizza A, Rogo K. Assessment of the manual vacuum aspiration (MVA) equipment in the management of incomplete abortion. East African Med J 1990; 67 (11):812-822.
47. Leonard A, Ladipo O. Planificación Familiar Postaborto: Factores que influyen en la elección individual de métodos anticonceptivos. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carrboro NC: IPAS 1992; 4(2):1-4.

48. Leonard A, Winkler J. Marco conceptual de calidad de atención para el tratamiento del aborto. Adelantos en el tratamiento del aborto. Carrboro NC: IPAS 1991; 1(1): 1-4.
49. Li D, Ramos V. Estimación de costos del aborto en condiciones de riesgo en dos hospitales de Lima. En: Consideraciones médicosociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima – Perú: Ed Manuela Ramos 1993.
50. Mc Laurin K, Hord C, Wolf M. Health system's role in abortion care: the need for a pro-active approach. Carrboro NC: IPAS 1991; pag 1-34.
51. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. Lancet, march 1987: pag 670.
52. Mora M, Stella M, Pulido L, Sánchez M, Ward V, Cerulli A. Aborto: factores involucrados y consecuencias: Bogotá; 1995.
53. Mati J. Research findings on postabortion family planning. Lessons learned from the South multicenters study. Meeting women's needs for postabortion family planning conference at the Bellagio study and Conference Center, Bellagio Italy, Feb 1993
54. Mahomed K, Healy J, Tandom S. A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. Int J Gynaecol Obstet 1994; 46:27-32.
55. OPS/OMS. Prevención de la Mortalidad Materna en Las Américas: Perspectivas para los años 90. Comunicación para la salud. Washington DC 1992.
56. Perez A . Evacuation of the gravid uterus by negative pressure (suctio evacuation). Am J Obstet Gynecol 2002;167(5):756-759.
57. OMS. Complicaciones del aborto: directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra; 1995.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO N° 1

**Tabla N° 1:** Características generales de las pacientes con aborto incompleto  
No complicado según técnica empleada. HBT. 2006-2007.

Variable	Métodos de Evacuación		
	LUI	AMEU	P
- Edad (años)	28,17 ± 7,40	28.05 ± 7.16	NS
- Paridad	2.01 ± 2.06	1.92 ± 1.76	NS
- Abortos previos	0.66 ± 0.84	0.59 ± 0.83	NS
- EG (semanas)	9.07 ± 2.24	9.26 ± 1.78	NS
- Hematocrito	34.1 ± 3.46	34.01 ± 3.62	NS
-Histerometría	9,12 ± 1.05	9.14 ± 1.17	NS



## Anexo N° 2

**Tabla N° 2:** Métodos anticonceptivos administrados según técnica empleada en pacientes con aborto incompleto no complicado. HBT. 2006-2007.

Medicación	Técnica de Evacuación					
	LUI*		AMEU**		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Medroxiprog.	42	33.3	47	37.3	89	35.3
DUI	28	22.3	26	20.6	54	21.4
Píldora	20	15.8	19	15.1	39	15.5
Condón	16	12.8	12	9.5	28	11.1
Sin método	20	15.8	22	17.5	42	16.7
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>252</b>	<b>100</b>



**HOSPITAL BELEN  
DE TRUJILLO**

**ANEXO 4  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO DEL PROYECTO:**

Atención con calidad del aborto incompleto no complicado: Aspiración manual endouterina comparada con Legrado Uterino Instrumentado Hospital Belén de Trujillo, 2006-2007.

YO:.....

He leído la hoja de Información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con el Investigador: Dr. Pedro Aldave Paredes

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera
- 2.-Sin tener que dar explicaciones
- 3.-Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el Trabajo

Fecha:.....

.....  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

.....  
DNI Y/O HUELLA DIGITAL

## ANEXO 5

### ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR

	10
	9,
	8
CLASIFICACIÓN DEL DOLOR	7
1 a 4 = Dolor leve	6
5 a 7 = Dolor moderado	5
8 a 10 = Dolor severo	4
	3
	2
	1

**Figura 2:** Diseño estándar de escala visual análoga de 10 cm (T)

