



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DE
LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA
DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
LOJA”**

**Tesis previa la obtención del
Título de Médico General**

AUTOR:

Luis Israel Chumbi Orellana

DIRECTOR:

Dra. Fabiola María Barba Tapia Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR
2017**

CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR

Loja, 29 de Noviembre de 2017

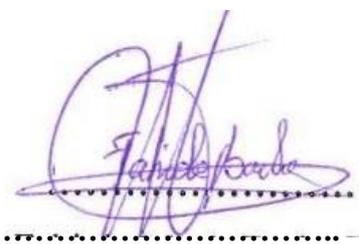
Dra. Fabiola Barba Mg. Sc.

Docente de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

INFORMA

Que el presente trabajo de investigación previa a la obtención del Título de Médico General titulado: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DE LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA”**, de autoría de Luis Israel Chumbi Orellana, estudiante de la Carrera de Medicina Humana; ha sido dirigida y revisada en su integridad por el suscrito, por lo que se ha constatado que cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja y la Facultad de Medicina para la obtención del título de Médico General; la misma que se llevó a cabo durante el cronograma de actividades establecido, por lo que se autoriza su publicación.

Atentamente,



Dra. Fabiola Barba Tapia. Mg. Sc.

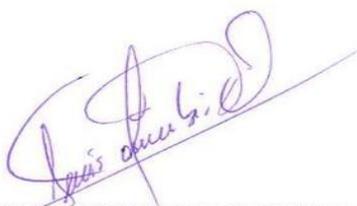
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Luis Israel Chumbi Orellana, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Luis Israel Chumbi Orellana.



Firma:

C.I. 1104408347

Fecha: 29 de Noviembre del 2017

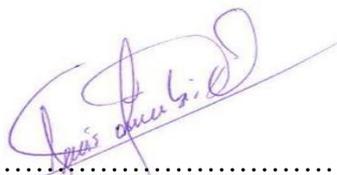
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo Luis Israel Chumbi Orellana, declaro ser autor de la presente tesis titulada: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DE LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA”** cumpliendo el requisito que permite optar el Grado de: MÉDICO GENERAL, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de esta casa de estudios superiores, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y nueve días del mes de Noviembre de dos mil diecisiete.



Firma:

Autora: Luis Israel Chumbi Orellana

Cédula: 1104408347

Dirección: Manuel Ignacio Montero y Antonio Peña.

Electrónico: luchito_11991_@hotmail.com

Teléfono: 0969798036

DATOS COMPLEMENTARIOS:

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Fabiola Barba Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| ▪ Dr. Amable Bermeo Flores | Presidente |
| ▪ Dra. María de los Ángeles Sánchez | Vocal |
| ▪ Dra. Ximena Carrión Ruilova | Vocal |

DEDICATORIA

Primeramente, quiero agradecer a Dios, a mis padres, hermanas, quienes fueron apoyo fundamental durante toda mi etapa de estudio, de igual manera a cada uno de mis docentes quien con sus indicaciones, enseñanzas me ayudaron para formarme cada día más como una buena persona, y así poder alcanzar el objetivo final que es la tesis.

LUIS

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta tesis agradezco a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA que viene constituyendo a la formación de la juventud, a los docentes de la carrera de Medicina Humana quienes compartieron sus conocimientos y experiencias para ser de mí, un profesional capaz de enfrentar con ética y responsabilidad las actividades relacionadas a nuestra profesión, de manera especial a la Dra. Fabiola Barba a quien supo dirigir y guiar acertadamente mi tesis, a la Dra. Sandra Mejía quien me ayudó como guía para esta investigación, y también por la cual pude culminar con éxito el presente trabajo

El Autor

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN LITERARIA.....	7
4.1. Perfil epidemiológico	7
4.2. Legrado uterino	10
4.2.1. Generalidades.....	10
4.2.2. Objetivos.....	11
4.2.3. Tipos de Legrado.....	11
4.2.4. Técnica de legrado.....	13
4.2.5. Contraindicaciones de legrado	14
4.3. Principales causas de legrado uterino	15
4.3.1. Aborto	17
4.3.2. Aborto séptico	18
4.3.3. Hemorragia uterina disfuncional.....	19
4.3.4. Sangrado uterino postmenopausico	21
4.3.5. Mola hidatiforme	21
4.3.6. Pólipos endometriales.....	23
4.3.7. Retención placentaria y membranas ovulares.....	24
4.3.8. Embarazo no deseado.....	24
4.3.9. Adolescencia temprana	27
4.3.10. Factores sociales culturales.....	28

4.3.11. Nivel educativo	29
4.3.12. Estado Civil	29
4.3.13. Situación demográfica.....	31
4.3.14. Nivel económico	31
4.4. Consecuencias del legrado.....	31
4.4.1. Hemorragia uterina:.....	32
4.4.2. Infección	32
4.4.3. Agresión cervical	33
4.4.4. Perforación uterina.....	33
4.4.5. Síndrome de Asherman (sinequias uterinas).....	34
4.4.6. Mortalidad materna.....	34
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1. Tipo de estudio:.....	39
5.2. Área de estudio:	39
5.3. Población y muestra.....	39
5.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	39
5.5. Procedimiento y procesamiento de la información	39
5.6. Análisis e información	39
6. RESULTADOS.....	41
6.1. Resultados del primer objetivo:.....	40
6.2. Resultados del Segundo Objetivo	41
6.3. Resultados del Tercer Objetivo	42
7. DISCUSIÒN.....	49
8. CONCLUSIONES.....	54
9. RECOMENDACIONES	55
10. BIBLIOGRAFIA	56
11. ANEXOS	59
ANEXO N° 1: FORMATO PARA RECOLECCION DE INFORMACIÒN	60
ANEXO N° 2: PERMISO PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÒN	62
ANEXO N° 3: APROBACIÒN DEL TEMA	64
ANEXO N° 4: PERTINENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION	65
ANEXO N° 5: DESIGNACION DE DIRECTOR DE TESIS	66
ANEXO N° 6: SOLICITUD AMPLIACION DE CRONOGRAMA	67

ANEXO N° 7: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	68
ANEXO N° 8: CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DEL IDIOMA INGLÉS.....	69

1. TITULO

Perfil Epidemiológico y Consecuencias de Legrado Uterino en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja.

2. RESUMEN

El legrado uterino es una problemática común en los servicios de salud, por lo que es necesario que dispongan de un perfil epidemiológico. el presente estudio es de tipo transversal cuyo objetivo fue determinar el perfil epidemiológico de Legrado Uterino y sus consecuencias en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja, período enero – junio de 2016, en una población de 1818 usuarias, cuya técnica fue la revisión de las historias clínicas. Los resultados: se encontraron 308 casos que se les practicó Legrado Uterino, misma que estuvieron comprendidas en el grupo de edad de 21-29 años 61%, estado civil unión libre 55%, instrucción secundaria 51%, residencia rural 58%. Antecedentes Gíneco-obstétricos el 58% fue diagnóstico de parto. Las causas principales, correspondieron: aborto incompleto 46%, aborto diferido 22%. Las consecuencias más frecuentes fueron: hemorragia uterina 3.2%, perforación uterina 2% e infección 2%. Un gran número de pacientes (89.6%) no presentaron ningún tipo de consecuencias después de practicarse legrado uterino. Es evidente esta problemática en el Hospital General Isidro Ayora Loja motivo por lo que las autoridades y sobre todo el servicio de salud deberían implementar medidas de control.

Palabras Clave: Perfil Epidemiológico, Legrado Uterino, Causas y Consecuencias

SUMMARY

Uterine curettage is a common problem in health services, so it is necessary that they have an epidemiological profile. The present study is of a cross-sectional type whose objective was to determine the epidemiological profile of uterine curettage and its consequences in patients who attend the Gynecology Area of the General Hospital Isidro Ayora Loja, January - June 2016, in a population of 1818 users, whose technique was the review of medical records. The results: 308 cases were found that had uterine curettage, which were included in the age group of 21-29 years 61%, civil union free 55%, secondary education 51%, rural residence 58%. Antecedents Gíneco-obstetrics 58% was diagnosed of childbirth. The main causes corresponded: incomplete abortion 46%, deferred abortion 22%. The most frequent consequences were: uterine bleeding 3.2%, uterine perforation 2% and infection 2%. A large number of patients (89.6%) did not present any type of consequences after performing uterine curettage. This problem is evident in the General Hospital Isidro Ayora Loja reason why the authorities and especially the health service should implement control measures.

Keywords: epidemiological profile, uterine curettage, causes and consequences.

3. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el legrado uterino cada vez va aumentando, estimándose que al año ocurren aproximadamente 600.000 muertes maternas en el mundo, de las cuales el 90% se presentan en países subdesarrollados en donde existe escaso acceso a los servicios de salud. Siendo la causa más frecuente de morbilidad materna como complicaciones de abortos. Además, miles de mujeres sufren consecuencias a largo plazo incluyendo infertilidad.

En América Latina alrededor de 22.000 por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, en mujeres cuyas edades están entre 15 y 49 años de edad, que residen en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad e invalidez. De acuerdo a Donoso y Carvajal, (2014) señala:

La mayor parte de las muertes ocurren por cinco complicaciones obstétricas: hemorragia (25%), sepsis (15%), abortos inducidos inseguros (13%), hipertensión durante el embarazo (12%) y partos obstruidos (8%). Otro 20% es producto de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo, entre ellas, la anemia, la malaria y la hepatitis. Estos fallecimientos obedecen no sólo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer.

En Bogotá - Colombia, en los últimos estudios realizados, se ha logrado determinar qué, más del 90% de los abortos terminan en legrado uterino como tratamiento final. Entre otras estadísticas encontramos que el 30% entre 15 a 44 años aborta, 22% entre 45 y 49 años y 19,4% entre 50 a 55 años. (Martinez, 2016)

En Ecuador no se tienen estadísticas completas sobre el aborto y las técnicas más utilizadas. Sin embargo, de acuerdo con el INEC, (2017) señala:

El 32,6% de las mujeres ecuatorianas ha experimentado algún aborto, dadas las inequidades socioeconómicas y principalmente de recursos en salud, las tasas de muerte materna son muy diferentes entre las provincias del país, con tasas superiores a 100: Carchi (223.5), Imbabura (128.3), Cotopaxi (141.6), Bolívar (132.2), Loja (113.8), Esmeraldas (156), Napo (115.9), Morona Santiago (200.9) y Zamora Chinchipe (253).

Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica. Según la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública (MSP) señala “existen varias formas de manejo como el LUI (Legrado Uterino Instrumental), AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y farmacológico” corroborando Quiroz, (2013):

El legrado instrumental y el legrado por aspiración son los procedimientos más usados en los servicios de Ginecología y Obstetricia, estos métodos son de gran ayuda para el diagnóstico o tratamiento de varias patologías que afectan a la mujer. A pesar de su sencillez no está exento de peligros, pues se practica en la oscuridad del interior del útero, sus complicaciones más comunes son la perforación uterina y las infecciones. (Quiroz, 2013)

Como principal indicación del legrado, tenemos otras causas como “la hemorragia disfuncional uterina, que sucede en jóvenes y en mujeres menopaúsicas, pólipos endometriales, mola hidatiforme y sangrado disfuncional postmenopáusico”. (Chipantiza, 2015)

En Azuay, se realizó un estudio en la fundación humanitaria Pablo Jaramillo donde las principales causas para la realización del legrado fue el aborto diferido con el 26.2% (44 casos), aborto incompleto 24.4% (41 casos), restos placentarios 14.3% (24 casos), aborto en curso 9.5% (16 casos), la hiperplasia endometrial corresponde al 6% (10 casos), y los pólipos endometriales al 4.8% (8 casos). (Chérrez & Rivera, 2014)

En la ciudad de Loja, no existen estudios que indiquen la prevalencia, epidemiología, causas, consecuencias del legrado es por ello que se establece la presente investigación denominada “Perfil epidemiológico y consecuencias de legrado uterino en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja”, cuyo objetivo general es: determinar el perfil epidemiológico de Legrado Uterino y sus consecuencias, para ello se establecieron objetivos específicos tales como: identificar los casos de legrado uterino según edad, estado civil, grado de instrucción, zona geográfica, datos Gineco-obstétricos; estimar las causas de Legrado Uterino, determinar las principales consecuencias del Legrado Uterino en pacientes que acuden al Área Ginecológica del Hospital General Isidro Ayora del cantón Loja, provincia de Loja.

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal, dirigido a identificar en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja, para ello se empleó como instrumento de hoja de recolección de datos durante la revisión de Historias Clínicas.

Finalmente, luego del análisis de los resultados se concluye que de las pacientes estudiadas las edades comprendidas entre 21-29 años, la mayoría como estado civil de unión libre, siendo de instrucción secundaria, del sector rural. De las causas se observaron aborto incompleto, aborto diferido y embarazo amembrionario cuya principal consecuencia fue la hemorragia uterina, para lo cual se recomienda implementar programas educativos acerca del legrado por parte del personal del Ministerio de Salud, para mejorar el control prenatal y los signos de alerta que puedan amenazar el bienestar fetal con el fin de reducir la frecuencia de abortos y por ende la frecuencia de legrados.

4. REVISION LITERARIA

4.1. Perfil epidemiológico

De acuerdo a Saiz Pena, (2015) define “a epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”.

Iniciando la investigación que nos atañe, de acuerdo a Donoso & Carvajal, (2014) explica:

Anualmente al menos 529.000 mujeres mueren en el mundo y en América Latina alrededor de 22.000 por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La mayoría de muertes maternas se producen entre las mujeres más pobres del mundo. Para las mujeres entre 15 y 49 años de edad, que residen en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad e invalidez. La mayor parte de las muertes ocurren por cinco complicaciones obstétricas: hemorragia (25%), sepsis (15%), abortos inducidos inseguros (13%), hipertensión durante el embarazo (12%) y partos obstruidos (8%). Otro 20% es producto de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo, entre ellas, la anemia, la malaria y la hepatitis. Estos fallecimientos obedecen no sólo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer.

En la década de los 90 se calcula que un tercio de las mujeres que abortaban presentaban complicaciones y que cada año se ocupaban por esta causa alrededor de 60 mil camas hospitalarias. (O más de 1500 por día). Actualmente la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), es la primera opción para el tratamiento del aborto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado instrumental uterino, además se asocia con niveles bajos de complicaciones como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado. (Mendez, 2014)

Ante las estadísticas de una mortalidad materna sumamente elevada a nivel mundial, aproximadamente el 13% de las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos, hasta 70.000 mujeres mueren cada año, y decenas de miles sufren las consecuencias de salud a largo plazo del aborto como la infertilidad y La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015 (Cabezas, 2014)

Según la OMS, UNICEF y UNFPRA, (2015) manifiestan

Anualmente, alrededor de 42 millones de mujeres de todo el mundo se someten a un aborto provocado. Aunque el aborto farmacológico es cada vez más frecuente, los métodos quirúrgicos como el legrado uterino para la interrupción del embarazo aún son prácticas habituales, en especial en lugares de escasos recursos.

En México las complicaciones del aborto después de un legrado uterino representan la tercera causa de mortalidad materna y se ha señalado que muchas de las muertes maternas atribuidas a la hemorragia del embarazo son en realidad provocadas por complicaciones de abortos inseguros, mientras que en Guatemala una de cada mil mujeres en edad reproductiva recibe tratamiento en hospitales debido a la presencia de complicaciones del aborto. (Gonzaga & Zonana, 2014)

En América Latina el número estimado de abortos que ocurren anualmente ha aumentado ligeramente entre el 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones. La tasa anual de aborto se mantuvo estable entre 2003 y 2008, permaneciendo en 31-32 abortos por 1000 mujeres en edades de 15-44 años. En el Caribe ocurren anualmente 182 millones de embarazos. De estos, 36% no fueron planeados, y un 20% termina en un aborto. (OMS, UNICEF, & UNFPA, 2015)

En el Ecuador cerca del 30 al 50 % de la mortalidad materna durante el embarazo es producida por abortos provocados específicamente utilizando la técnica del legrado uterino. Las causas fetales del aborto corresponden a un 50 a 60 % de los casos y de ellas las más frecuentes son la trisomía autonómica y la monosomía X. La presencia de ácido antifosfolipídicos se asocia con un 90 % de abortos. El promedio en que las adolescentes se convierten en madres es de 16,6 años; además 1 de cada 5 mujeres que cursan entre 15 y 19 años han tenido al menos 1 embarazo. La frecuencia de aborto es mayor en las mujeres

multíparas que en las primíparas, las cifras son un 14% y un 5% respectivamente. El antecedente de uno o más abortos previos aumenta el riesgo de aborto en embarazos sucesivos en un 24% y 32%. La edad materna influye en la incidencia del aborto puesto que el riesgo de aborto en mujeres de 35 a 40 años es de 21% y en mujeres mayores de 40 años el riesgo es de 42%, esto, debido a que conforme la edad avanza, se magnifica la posibilidad de que se presente cualquiera de las causas de aborto espontáneo, más adelante señaladas. (Jijon, Sacoto, & Cordova, 2010)

Cotopaxi mediante el estudio de los factores de riesgo se evidenció 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. (Portilla & Pazmiño, 2015)

Además del aborto como principal indicación del legrado, tenemos otras causas como la hemorragia disfuncional uterina, que sucede en jóvenes y en mujeres menopáusicas, pólipos endometriales, mola hidatiforme y sangrado disfuncional postmenopáusico. (Chipantiza, 2015)

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, en Ecuador durante el año “2014 murieron 135 mujeres por causas del embarazo, parto y puerperio lo que nos da una tasa promedio de 73 x 100 000 nacidos vivos”; sin embargo, dadas las inequidades socioeconómicas y principalmente de recursos en salud, las tasas de muerte materna son muy diferentes entre las provincias del país.

Así, las provincias con tasas inferiores a 100: Pichincha (86), Tungurahua (71.5), Chimborazo (82.4), Cañar (75.1), Azuay (82.2), Manabí (42.9), Los Ríos (60.9), Guayas (34.3), El Oro (35.2), Sucumbíos (53.8), Orellana (57.3) y la provincias con tasas superiores a 100: Carchi (223.5), Imbabura (128.3), Cotopaxi (141.6), Bolívar (132.2), Loja (113.8), Esmeraldas (156), Napo (115.9), Morona Santiago (200.9) y Zamora Chinchipe (253) (INEC, 2017)

El Plan de Reducción de la Muerte Materna pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es muy alta si se compara con otros países de la región. Entre las principales causas se señalan: eclampsia (30.2%), hipertensión inducida por el

embarazo (10.1%), hemorragia (8.5%), desprendimiento prematuro de la placenta (7.8%) y otros traumas obstétricos (5.4%). Según los registros hospitalarios, el aborto también figura entre las causas de muerte en los servicios de salud. (OMS, UNICEF, & UNFPA, 2015)

En nuestro país por complicaciones de legrado existen cifras de aborto que están por debajo del número de abortos que se realizan en el país, debido a varios factores como la ilegalidad del mismo y por ende a la presencia de abortos clandestinos, aumentando de esta manera la morbilidad y mortalidad materna. Sin embargo, al revisar estadísticas y egresos hospitalarios se puede tener una idea bastante clara de la problemática, es así que en el año 2013 la principal causa de morbilidad femenina fue el aborto no especificado con una tasa de 34.9 por cada 10000 mujeres lo que significa que se produjeron 23698 “abortos no especificados” a nivel nacional. (Terán & Ramón, 2013)

4.2. Legrado uterino

4.2.1. Generalidades.

De acuerdo Vergara Sagbini & Mendoza, (2009) define al legrado uterino u evacuación endouterina como:

La limpieza de la cavidad uterina a través de la extracción del contenido uterino, o tejidos derivados del trofoblasto, el mismo que puede ser farmacológico, instrumental y por aspiración. El legrado puede ser ginecológico u obstétrico dependiendo de la patología a tratar y de acuerdo a su propósito se conocerá como diagnóstico o terapéutico. 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 (D) y Legrado Instrumental (LUI). (p. 24)

Según Pacora & Caballero, (2014) conceptualiza “legrado o Curetaje es la intervención quirúrgica que consiste en raspar la superficie de la mucosa uterina, para limpiarlo de sustancias adheridas a tomar una muestra.

Así también Chevez & Vasquez, (2010) considera:

Es el procedimiento que se realiza para raspar y recolectar el tejido endometrial del interior del útero que se realiza a partir de las 12 semanas de gestación. Se realiza dilatación cervical, que es un ensanchamiento del cuello uterino para permitir que los instrumentos ingresen al útero, mientras que el Curetaje o legrado realice el raspado de los contenidos del útero. (p. 33)

4.2.2. **Objetivos.**

De acuerdo con Flores, (2016) categoriza dos objetivos del legrado como son:

- **Terapéutico:** Indicado para detener una hemorragia uterina de origen obstétrica y 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 una patología. (p. 33)

4.2.3. **Tipos de Legrado.**

Ginecológico.- Según Pacheco, (2014) considera:

El legrado ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación, se realiza como parte del estudio de una mujer que tiene reglas abundantes o irregulares, o que ha sangrado tras la menopausia. En ocasiones, en las mujeres mayores que han presentado una hemorragia postmenopáusica es necesario practicar un legrado de la matriz para investigar el origen del sangrado y proporcionar el tratamiento más adecuado. Pocas mujeres de menos de 40 años requerirán este procedimiento, ya que los problemas del útero son raros en mujeres jóvenes. (p. 157)

Así también, Velazco, Gomez, & Chambers, (2006) explica:

El que se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea, para limpiar la cavidad endometrial, es el que se denomina obstétrico. (p. 105)

Obstétrico.- “El legrado uterino instrumental es un procedimiento por el cual, a través del cérvix, con el uso de una cureta de metal, se raspan las paredes del útero bajo anestesia general” (Mascaro, 2015).

También la (Agencia Valenciana de Salud, 2007) explica:

El legrado obstétrico consiste en una operación vaginal, que se realiza a ciegas en las que tras la dilatación del canal cervical del útero se procede a la limpieza de la cavidad del mismo. Esta intervención requiere el uso de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

4.2.4. **Técnica de Legrado**

El legrado consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero con un instrumento en forma de cuchara, la legra, tras haber provocado la dilatación del útero, para ello es necesario seguir un protocolo en la técnica, es así como Gutiérrez Ramos, (2015) explica:

- 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 realiza tacto bimanual para identificar situación, tamaño y orientación del útero.
- Se coloca el espéculo suavemente en forma oblicua, desprendiendo la pared posterior de la vagina, se introduce la pinza cervical lateralmente al espéculo. Pinzando el labio anterior o posterior del cérvix.
- Realizar la histerometría.
- Legrar el canal endocervical y tomar muestra.
- Dilatar el cérvix con las brujas de Hegar, tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media, se introduce inicialmente el de menor calibre, luego introducir el lado opuesto del mismo dilatador. 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 adelante, 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 y 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 del cuello (Pozzi)
- Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza Pozzi. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza 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 anátomo-patológico (Gutierrez Ramos, 2015)

4.2.5. Contraindicaciones de legrado

Tabla 1. Comparación de riesgos entre LIU y AMEU

<i>VARIABLE</i>	LUI	AMEU
<i>Tasa de complicaciones / riesgo</i>	Alta	Baja
<i>Costo</i>	Alta	Baja
<i>Instrumentación</i>	Cureta Metálica	Cánula de plástico semirrígida
<i>Dilatación Cervical</i>	Mayor	Mínima
<i>Tipos de Sedación</i>	Anestesia general	Anestesia local
<i>Estancia Hospitalaria</i>	Prolongada	Menos prolongada

Fuente: (Donoso & Carvajal, 2014)

Elaborado por: Chumbi Luis, (2017)

Así según Llanes Castillo, (2013) indica las contradicciones de legrado tales como:

- 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.
- Cérvix cerrado. (p. 55)

4.3. Principales causas de legrado uterino

Según Cherrez, (20012) clasifica las causas de legrado por:

Tabla 2. Causas del legrado

Indicaciones diagnósticas	Indicaciones terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de Cáncer de Cérvix y Útero. • Sangrado uterino anormal que no cede al manejo médico. • Endometritis. • Hemorragia uterina posmenopáusica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extirpación de pólipos • Extirpación de tejido en exceso, como en la hiperplasia endometrial. • Tratamiento del sangrado uterino disfuncional. • Aborto terapéutico temprano. • Retención de restos placentarios post-parto. • Tratamiento de aborto infectado y del aborto séptico después de 12 a 24 horas de iniciado el manejo con antibióticoterapia.
Indicaciones obstétricas	Indicaciones ginecológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto en cualquiera de sus variedades. • Retención de restos placentarios. • Tratamiento del aborto infectado y de aborto séptico. • Embarazo Ectópico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia uterina anormal. • Sangrad genital postmenopáusico. • Diagnostico patología endometrial: hiperplasia, cáncer, etc. <p>Extracción de pólipos.</p>

Fuente: (Chérrez & Rivera, 2014)

Elaborado por: Chumbi Luis, (2017)

4.3.1. Aborto

De acuerdo a Neira Miranda, (2015) define:

Se considera aborto a la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o cuando su peso es igual o menor a 500 gramos. Entre el 15 al 20% de las gestaciones diagnosticadas clínicamente termina en aborto espontáneo, sin que en la mayoría de los casos puedan determinarse la causa. En la actualidad de 14 a 22% de las mujeres embarazadas experimentan un sangrado antes de la semana 18 de gestación. Del 73 al 90% de esos casos, tal signo corresponde a amenaza de aborto, y en cerca de la mitad hay pérdida de la gestación por aborto espontáneo. La mayor parte de esas pérdidas (80%) ocurre durante el primer trimestre de la gestación, y en casi todas se encuentran alteraciones morfológicas y citogenéticas en el producto del aborto. (p. 98)

Las alteraciones cromosómicas de los productos abortados tempranamente difieren de las que se identifican en abortos tardíos. Esto indica que muchas alteraciones cromosómicas son incompatibles con la vida, y por tal razón numerosos cigotos no logran implantarse.

Entre los múltiples factores que intervienen en el aborto espontáneo del primer trimestre están: los trastornos inmunológicos como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO, infecciones maternas como la sífilis, rubéola, toxoplasmosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*; infecciones sistémicas como el Lupus Eritematoso Sistémico, alteraciones endócrinas como las insuficiencia del cuerpo lúteo el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, la diabetes mellitus no controlada, y problemas genéticos, como las alteraciones cromosómicas, sin embargo, en un número importante (50%) no se logra conocer la causa del aborto.

De los tipos de aborto en el cual se utiliza el legrado ya sea instrumental como procedimiento terapéutico, predominan el aborto incompleto, diferido, y en algunos casos los abortos que se encuentran en curso. En el aborto incompleto, existe expulsión de parte del contenido de la gestación, su cuadro se caracteriza por sangrado vaginal persistente, abundante, generalmente acompañado de coágulos, en el cual la exploración física se evidencia un útero blando y un orificio cervical abierto. (Alarcón , 2013)

Una vez que se haya diagnosticado el aborto con alto grado de retención de tejido placentario, se debe realizar el legrado ya sea instrumental.

En algunos estudios realizados, los resultados indican que la vacuo extracción es segura, más rápida y menos dolorosa que el legrado con cureta, según lo evidenciado por resultados estadísticamente significativos de una reducción en la pérdida de sangre, una menor percepción del dolor y una duración del procedimiento aspirativo.

En el aborto diferido la gestación detenida no se expulsa y queda retenida completamente intraútero, a pesar de que el embrión/feto hace algún tiempo que se encuentra muerto. Antiguamente, previa a la época ecográfica, la definición incluía la muerte y retención embrionaria/fetal de más de semanas. Hoy, en cuanto se diagnostica la pérdida embrionaria, ya se considera como tal. Independientemente del tiempo que lleve ésta. (Flores Pacaya, 2016)

La falta de expulsión de producida por:

- Falta de permeabilidad de la vía (no dilatación cervical).
- Falta de contracciones uterinas.

De acuerdo a Martínez, (2016) explica:

En su etiología se han determinado diferentes factores en el caso de que el aborto se haya producido de manera espontánea, la muerte fetal produce una disminución de los estrógenos, lo cual a nivel miometral produce una reducción de proteínas contráctiles, así como su potencial de membrana, haciéndolo más resistente a la excitación, con lo que se produce la retención fetal/embrionaria. En tratamiento en este tipo de aborto tiene que ir acompañado de medicamentos que produzcan dilatación cervical, como el misoprostol, y una vez que se consiga dicha dilatación se procede a la realización del legrado tanto instrumental como aspirativo. (p. 86)

4.3.2. Aborto séptico

El aborto séptico es un aborto asociado con infección, en el cual hay diseminación del microorganismo y/o toxinas que originan fiebre, endometritis, parametritis y septicemia.

Sin embargo, sigue siendo la principal causa de muerte materna en los países donde el aborto se hace en forma clandestina.

La Federación Internacional de la Planificación de Familia (IPPF), en su documento reciente titulado “Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza”, ha expresado la terrible situación que se vive. Se estima que suceden 211 millones de embarazos, además, otros 31 millones de embarazos resultan en embarazos espontáneos o mortinatos. También señalan que mujeres en todas partes del mundo buscan terminar embarazos no deseados a través del aborto: 46 millones de mujeres que cada año deciden aborta, el 78% son de países en desarrollo, 22% de países desarrollados, anualmente 19 millones de abortos se consideran inseguros, más del 96% de los cuales ocurre en países en desarrollo. Finalmente, de las 500.000 muertes maternas anuales, las complicaciones derivadas del aborto inseguro representan aproximadamente 70000 o 13% de todas las muertes. (Eschenbach, 2015)

Las infecciones asociadas con el aborto séptico son polimicrobianas, derivadas de la flora normal de la vagina y el cuello, con la adición de patógenos transmitidos sexualmente, como los son aerobios Gram positivos y negativos y anaerobios facultativos como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

De acuerdo a Méndez, (2014) manifiesta:

En el aborto séptico, la infección se propaga por la vía linfática, hemática y/o por vía ascendente. El cuadro séptico se origina por la invasión bacteriana en sí, pero además por la endotoxina secundaria a aquella invasión. El paso siguiente es la activación de la cascada inflamatoria, que como se verá, es la responsable directa e las manifestaciones clínicas. Es posible observar signos focales de infección como pelvi-peritonitis o peritonitis diseminada, con reacción peritoneales abdominales. En si la clínica típica la paciente presenta hipertermia, puede haber escalofríos, acompañado o no de secreción vaginal maloliente y dolor hipogástrico. El tratamiento del aborto séptico es un ejemplo de lo que se debe ser un trabajo multidisciplinario, en el cual el enfoque principal está dirigido a lo infectológico y quirúrgico. (p. 189)

Enfoque Quirúrgico Obstétrico: según Santos & Guerra, (2013) destaca:

Resulta obvio que debe hacerse una remoción quirúrgica de los restos retenidos e infectados, ya que el tratamiento antibiótico por sí solo no es suficiente para dominar el cuadro. Los procedimientos incluyen el Legrado Uterino, por ejemplo en los casos con endometritis o

aborto incompleto, sin embargo creemos que no hay duda en que se debe realizar un Laparotomía en el caso que haya abdomen agudo ante la sospecha de perforación uterina para detectar el hallazgo de neumoperitoneo, así también se puede realizar una punción del Douglas, la que puede salir positiva para sangre o material purulento, estos hechos confirmarían la realización de un Laparotomía exploratoria.

En relación con la incidencia promedio del aborto séptico en proporción al aborto general, se ha encontrado estudios realizados en países con características poblacionales similares a las del Ecuador, que indican que cerca del 2% de todos los abortos fueron sépticos durante estos últimos años, con cifra mínima alrededor 1% en 1997, y la mayoría cerca al 3% en 2003, con una disminución al 1,5% en el año 2009, si comparamos estos hallazgos con relación a estos últimos siete años, vemos que en general se ha reducido a la mitad.

Así por otra parte, Goldberg & Guerrero, (2016) señala:

Esta reducción de abortos sépticos se atribuyen al uso modernos de abortivos hormonales, las antiguas maniobras abortivas realizadas en condiciones de insalubridad son menos frecuentes, las cuales se detectaron en el análisis previo, aunque usualmente las pacientes no lo revelan y lo mantienen como un secreto de por vida. (p. 67)

4.3.3. Hemorragia uterina disfuncional

La hemorragia uterina anormal es la segunda causa de consulta ginecológica después de las infecciones cérvico-vaginales. La hemorragia uterina disfuncional o anovulatoria es la principal causa de hemorragia en la mujer adulta. El 20% de los casos se produce en adolescentes, y más de un 50% en mujeres de más de 45 años.

La hemorragia se produce como consecuencia de un estímulo prolongado de los estrógenos sobre el endometrio, sin la correspondiente compensación secretora de la progesterona. En la pubertad se produce por inmadurez de eje hipotálamo-hipófisis-ovario, ya que en estas pacientes no se observa el pico LH, y en el climaterio se observan niveles elevados de FSH, niveles menores de estrógenos durante la fase folicular, sin alcanzar los niveles necesarios para provocar el pico LH. (Aibar Villan, 2015)

Su manifestación clínica suele ser la menorragia. Es en la premenopàusia donde los riesgos de formas atípicas o de hiperplasias de alto grado son más acusados. En época de madurez sexual son muchos más raras, y se producen más en mujeres obesas, siempre más proclives a producir mayor cantidad de estrógenos por transformación periférica.

4.3.4. **Sangrado uterino postmenopáusico**

En las mujeres postmenopáusicas el sangrado uterino anormal puede significar la presencia de 2 tipos de lesiones de la cavidad uterina.

El primer tipo, más frecuente en pacientes postmenopáusicas, son las lesiones difusas dentro de las cuales destacan la hiperplasia endometrial y el cáncer endometrial. La hiperplasia endometrial corresponde a una lesión pre maligna, la cual puede convertirse en cáncer endometrial en el 1% a 29% de los casos, dependiendo de la estructura citológica de la lesión. El segundo tipo, más frecuente en paciente perimenopáusicas, son las lesiones focales dentro de las cuales destacan los pólipos y los miomas, y en la mayoría de los casos no poseen un potencial maligno. (Rosas & Padilla, 2017)

En la actualidad el legrado se continúa considerando como método diagnóstico para estándar las pacientes con sangrado uterino anormal, debido a que por este método se logra alcanzar el sitio donde el sangrado se está produciendo, y permite tomar una muestra de la mayor parte del endometrio. Este método fue considerado Gold estándar con método diagnóstico para el estudio de la hemorragia uterina posmenopáusica, pero en diversos estudios se ha determinado que la tasa de falsos negativos es entre 10 y 60% para identificar cáncer endometrial.

4.3.5. **Mola hidatiforme**

Mola Hidatiforme o embarazo molar, la placenta crece de forma anormal durante los primeros meses y se convierte en una masa de quistes llamada mola Hidatiforme. El embrión no se forma en absoluto, o se forma mal y no puede sobrevivir.

Aproximadamente de cada 1000 embarazos es molar. Las mujeres de más de 40 años o que ha tenido dos a más abortos espontáneos tienen riesgo mayor de tener un embarazo molar.

Más del 8% de las molas hidatiformes son benignas, y los resultados después del tratamiento son por lo general excelentes. Se recomienda hacer controles exhaustivos y adoptar métodos anticonceptivos altamente eficientes para evitar embarazos en los próximos 6 a 12 meses. Del 10 al 15% de las molas hidatiformes se pueden convertir invasivas, las cuales pueden llegar a penetrar hasta un nivel tan profundo de la pared uterina que provocan hemorragias y otro tipo de complicaciones. (Arriagada & Novoa, 2017)

La causa de este trastorno en el desarrollo no se ha comprendido completamente, pero existen algunas causas potenciales como defectos en el óvulo, anomalías dentro de útero o deficiencias nutricionales. Las mujeres menores de 20 años y mayores de 40 tienen un riesgo mayor. Entre otros factores de riesgo se pueden mencionar las dietas bajas en proteína, ácido fólico y caroteno. La mola hidatiforme es producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica y por la tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, cuyo diámetro oscila entre 0,1 y 3cm, adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, que confieren el tipo aspecto de “racimos de uvas”. La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable es la completa o clásica, en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica.

Aunque se estableció que sólo el 50% de las molas hidatiformes se diagnostican antes de expulsar las vesículas típicas con forma de uvas. Es probable que entre 80 y 90% se diagnostiquen en la actualidad, ya sea antes de la aparición de los síntomas, o antes de que se expulsen las vesículas. En los países desarrollados, el uso difundido de la ecografía para evaluar el embarazo temprano y la hemorragia en un embarazo temprano, contribuyó con el diagnóstico más puntual del embarazo molar. Como consecuencia de esto, ahora se diagnostican muchos embarazos molares en gestaciones muy tempranas, antes de que aparezcan los signos y los síntomas usuales. Las presentaciones clínicas más frecuente es la de una amenaza de aborto con la hemorragia vaginal indolora. Luego, pueden aparecer contracciones dolorosas y ocurrir la eliminación de tejido molar. (Clavijo, 2017)

Sin embargo, otras características clínicas que despiertan la sospecha de que se trata de un embarazo molar incluyen:

- Útero aumentado de tamaño con respecto a la edad gestacional (50%).
- Hiperémesis gravídica (15 a 25%).
- Preeclampsia 5 a 10% antes de las 20 semanas de gestación.

- Hipertiroidismo 2 a 7%.
- Insuficiencia cardiaca.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia respiratoria (insuficiencia cardiaca o embolia de tejido trofoblástica)

En las situaciones clínicas en que los hallazgos ecográficos no son convenientes, las determinaciones seriadas de hormona gónado coriónicas humana (BHCG) pueden apoyar el diagnóstico de embarazo molar. Si la ecografía y las pruebas seriadas de BHCG presentan dudas para el diagnóstico, pueden considerarse la realización de una amniografía. Se realiza una amniocentesis, y si se obtiene líquido amniótico, se presume que el embarazo es normal. En la mayor parte de los centros se abandonó la amniografía debido a la precisión de la ecografía en la actualidad.

La urgencia de la evacuación uterina depende del entorno clínico. Las pacientes presentan hemorragia y evidencia de contracciones uterinas deben evacuarse con rapidez, siempre que la paciente este estable. Las pacientes sintomáticas en las cuales se realiza el diagnostico mediante una ecografía prenatal de rutina, pueden evacuarse dentro de las 24 a 48 horas.

Por otra parte, Mascaro, (2015) explica:

El método de elección es el raspado (LIU) más la succión (AMEU). Si el sangrado uterino es nulo o es leve, no se administra oxitocina intravenosa hasta que se inicia el procedimiento de succión y raspado. Si la paciente presenta hemorragia vaginal grave, puede ser necesario comenzar con la oxitocina antes de la evacuación quirúrgica.

4.3.6. **Pólipos endometriales**

Según Viguera & Escalona, (2016) manifiesta:

Los pólipos endometriales y demás lesiones ocupantes de espacio como los miomas submucosos, son causa definida de alteraciones menstruales como menorragias, metrorragias intermensuales, infertilidad, etc. Su diagnóstico ha pasado por varias etapas: desde la dilatación y legrado uterino a ciegas, aproximación diagnóstica mediante los rayos X

(histerosalpingografía), la ecografía transabdominal. Luego la ecografía con sonda vesical, finalmente con el advenimiento de los métodos más sensibles como la histerotomía y la histerosonografía. (p. 5)

La etiología de los pólipos endometriales así como la de los leiomiomas es desconocida, aunque en la última década se ha obtenido avances en la caracterización de su fisiopatología, sobre todo de la miomatosis uterina como tumoración estrógeno dependiente.

De acuerdo Menor, (2015) explica “los pólipos endometriales son las lesiones más frecuentes encontradas en la cavidad uterina, siendo la principal causa orgánica de leucorrea, de las metrorragias intermenstruales y menorragias; otros efectos son la infertilidad y menometrorragias” (p. 33).

4.3.7. Retención placentaria y membranas ovulares.

Puede presentar distintas características clínicas y fisiopatológicas, se resume:

Retención placentaria:

1. Total
 - A. Distocias dinámicas
 - Anillos de contracción
 - Inercia
 - B. Distocias anatómicas
 - Adherencia anormal de la placenta.
2. Parcial
 - De restos placentarios
 - De membranas

4.3.8. Embarazo no deseado

Definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.

Los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos son más de los que deberían, considerando que existe un método seguro y eficaz para prevenir el embarazo tras una relación sexual sin protección: la anticoncepción de emergencia. Lamentablemente, este recurso no está disponible en toda Región, debido a que los responsables de políticas y programas de muchos países no lo han aprobado oficialmente por confundir este método anticonceptivo con un método abortivo.

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no sólo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias. (Chipantiza, 2015)

Si analizamos los factores predisponente de los embarazos no deseados, nos encontraremos que estas son de índole biológico, sociocultural, psicológico y familiar, y que este evento se presenta como un problema psicosocial cada vez más importante en nuestro país, especialmente en aquellos sectores de menores recursos, tanto urbano como rurales, cuya realidad socioeconómica no hace otra cosa que predisponer aun más la ocurrencia de este hecho, especialmente en jóvenes que inician su actividad sexual en forma precoz y con escasa o nula información o educación pertinente.

1. El no uso de profilácticos en las relaciones ocasionales.
2. El no uso de método anticonceptivo en parejas estables.
3. El mal uso, por descuido, olvido o pereza de algún M.A.C.
4. Fallas en el método utilizado.
5. Relaciones sin el consentimiento o aceptación del acto sexual con su pareja o a través de violaciones.

De los embarazos no deseados que son asumidos y que llegan a término, algunos sólo lo hacen en su etapa de gestación (y posteriormente son entregados libremente a terceros, familiares o no, o también legalmente en adopción) y otros continúan con la crianza materna natural

“Estos hijos no deseados potencialmente pueden ser integrados a la familia y recibir el apoyo de entorno, como también pueden ser rechazados o formar parte de un hogar no bien constituido con todos los riesgos que esto lleva implícito” (Chipantiza, 2015).

4.3.9. **Adolescencia temprana**

La sexualidad y la adolescencia son dos conceptos, que juntos, en nuestra sociedad y ámbito médico ocasionan inquietud por los riesgos que se tienen: embarazo no planificado, enfermedades de transmisión sexual, además de las críticas morales. La adolescencia es un período importante en el proceso de construcción de modelos socio-culturales. Es la etapa más conflictiva en la relación entre padres e hijos.

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años.

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 14 años);
2. Adolescencia media (15 a 16 años) y
3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican (embarazos, ETS). Las estadísticas nos muestran que el inicio de la actividad sexual (AS) ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes. El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón. (Cabezas, 2014)

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la "feminización de la miseria".

El embarazo en la adolescencia representa un serio problema social, y se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo. Países como Chile reportaron en 2005, 230.831 nacidos vivos, 935 (0,41%) correspondieron a embarazos de adolescentes de 10-14 años y 35.143 (15,2%) a adolescentes de 15-19 años, 5 de estas últimas fallecieron como consecuencia del proceso reproductivo (14,2/100.000 nv). (OMS, UNICEF, & UNFPA, 2015).

4.3.10. Factores sociales culturales.

La adolescencia es una etapa de transición de una sexualidad inmadura a una sexualidad con fertilidad potencial, y un embarazo y la maternidad en esta etapa constituyen no sólo un acontecer biológico sino también tienen implicancias psicológicas y sociales cuyos factores predisponentes son:

1. **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. **Inicio precoz de relaciones sexuales:** el despertar sexual suele ser precoz al no encontrar otros intereses ya sea por una escolaridad pobre, falta de proyectos, contención y modelo familiar, estimulación de los medios.
3. **Falta de recursos:** el patrón de fecundidad se modifica según la condición de pobreza estructural, la existencia de familias numerosas en los sectores pobres se puede explicar por la precocidad de los embarazos fortaleciendo el ciclo de la pobreza ya que estos niños están destinados a vivir en la pobreza.
4. **Bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
5. **Familia disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente.
6. **Ausencia del padre:** genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
7. **Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y estudios.
8. **Falta de actitud preventiva:** los sectores más carenciados acceden en forma tardía a los métodos anticonceptivos (MAC).

9. **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" y estigmas acerca del embarazo y el uso de MAC, lo que impide que la joven utilice los servicios que se le ofrecen. (Mascaro, 2015)

Así por otro lado Neiva Miranda, (2015) destaca los factores de marco cultural de iniciación temprana de las relaciones sexuales como:

- La necesidad de tener hijos para probar la femineidad, basándose en las percepciones sociales.
- La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- La percepción de que el papel básico de la mujer es reproducirse y efectuar funciones domésticas.
- La baja condición de la mujer dentro de la sociedad y las pocas oportunidades que se le brindan.
- Modelos aprendidos desde la niñez que resaltan el papel femenino de servicio a los hombres incluso en el plano sexual. (Neira Miranda, 2015)

Estudios mundiales según (Solodnikov, 2011) muestra que “el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza; colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos”. “La maternidad temprana se asocia a un mayor riesgo de resultados reproductivos adversos y una creciente mortalidad materna e infantil” (Langer & Espinoza, 2002). Otras investigaciones revelan que “los niños criados por madres adolescentes experimentan más riesgo de abuso físico o sexual y presentan más problemas en su comportamiento” (Baraldi, Daud, Almeida, Gomes, & Nakano, 2007).

Finalmente, sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo como enfermedades de transmisión sexual. El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, económico, educación, factores demográficos y acceso a métodos anticonceptivos. (Ministerio de Salud de Argentina, 2002)

4.3.11. Nivel educativo

Está demostrado en diferentes estudios a nivel mundial que existe evidencia científica de que la educación sexual integral, basada en teorías y modelos demostrados en las ciencias sociales y humanas al igual que en salud es útil para formar adolescentes que tengan una visión de la sexualidad como parte integral del ser humano

Se debe relacionar la salud sexual con la educación la cultura y comunicación como algo interdisciplinario, multidisciplinario, intersectorial, e interinstitucional.

De acuerdo a Terán & Ramón, (2013) explican “en distintos lugares y ámbitos de nuestro país se discute la forma de impartir –o no- distintos contenidos de educación sexual en las escuelas. En las escuelas públicas tendría que respetar las distintas creencias religiosas y, como se trata de menores, atender también la opinión de los padres”.

Actitud frente a la maternidad

- Negación
- Ocultamiento
- Rechazo

4.3.12. Estado Civil

El embarazo adolescente no equivale a madres solas necesariamente, ya que este constituye el tradicional y recurrente antecedente de la unión libre. Solo uno de cada 10 nacimientos correspondientes a menores de 18 años se da fuera de la unión conyugal, sin embargo, se trata de mujeres cuya vulnerabilidad marcara el resto de su vida, incluyendo las relaciones de pareja y el futuro de los hijos. A diferencia del resto, ellas tendrán en promedio tres partos más que quienes inicien su reproducción en edad madura y antes de cumplir 20 años ya estarán cargando al menos con dos niños.

4.3.13. Situación demográfica

Las mujeres que viven en áreas rurales son más alta la incidencia que en las que viven en zonas urbanas. Por lo que se demuestra las grandes inequidades en el acceso a los recursos de salud reproductiva, a la vez que reconoce el embarazo precoz como una manifestación de falta de oportunidades de las niñas de zonas rurales. (OPS)

4.3.14. Nivel económico

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico. (OMS, 2009)

El deseo de más hijos en los estratos bajos no puede considerarse una opción libre e informada. En primer lugar los pobres no tienen acceso a la información y educación que les permita valorar una buena educación y salud para sus hijos. Tampoco es una decisión autónoma de la mujer. Usualmente las preferencias del hombre son diferentes y esta diferencia es más marcada entre los pobres. Las preferencias de los hombres se imponen y la autonomía de la mujer está coartada ya sea a través de violencia directa contra ella, o a través de influencias de la familia o la comunidad. (UNFPA)

4.4. Consecuencias del legrado

El legrado es un procedimiento muy seguro, pero como todo procedimiento quirúrgico puede presentar ciertas complicaciones, entre las principales tenemos las hemorragias y la infección post-legrado.

Las complicaciones también van a depender en gran medida del personal médico que lo realice, de la edad gestacional, o causa por la cual se lo realiza, del método que se utilizara, del a edad de la paciente y del número de partos previos.

4.4.1. Hemorragia uterina:

Es la complicación más frecuente ante la persistencia de una hemorragia vaginal durante o tras un legrado deben descartarse los siguientes casos:

- Perforación uterina.
- Desgarros cervicales o vaginales.
- Retención de restos ovulares en cavidad uterina.
- Infección
- Atonía uterina. (Llanes Castillo, 2013)

Hemorragia, suele vincularse a una atonía uterina (más común a medida que mayor sea la edad gestacional), también puede deberse a la retención de restos ovulares o a lesiones (perforaciones) durante el proceso de evacuación.

En el caso de atonía uterina: Se utiliza metilergometrina (Methergin) 0,2 mg intramuscular (dosis máxima 1 mg) o intravenosa (0,2 mg diluido en 5 ml de suero fisiológico). En caso de no controlar la hemorragia, se sigue una cascada terapéutica similar a la hemorragia por atonía puerperal. Se administran prostaglandinas F2 α (Hemabate) intramuscular o intramiometrial 0.25 mg cada 15 minutos con dosis máxima de 2 mg (8 dosis). Si continúa sangrando se administra misoprostol 800 μ g vía rectal, valorando la posible introducción de una sonda de Foley o intervención quirúrgica en caso de persistir hemorragia.

4.4.2. Infección

“Es la complicación más común en los abortos provocados, tiene una alta predisposición a desarrollar infertilidad, dolor pélvico, y riesgos de embarazo ectópico” (Chérrez & Rivera, 2014).

La infección suele caracterizarse por fiebre, escalofríos, secreciones vaginales fétidas, dolor abdominal o pélvico o a la movilización del útero, una metrorragia prolongada o elevación del recuento leucocitario.

Predispone a las pacientes a desarrollar infertilidad, dolor pélvico y un riesgo aumentado de embarazo ectópico. Sospechar en presencia de fiebre, hemorragia y dolor pélvico. En la exploración destaca la presencia de metrorragia, leucorrea purulenta y aumento del tamaño uterino, que muestra una consistencia blanda con dolor a la movilización cervical.

Suele deberse a la retención de restos. La ecografía evidencia la existencia de restos intrauterinos. Si se confirma, debe realizarse una evacuación uterina. En ausencia de material retenido, debe tratarse como una endometritis.

Ante la presencia de dolor abdominal generalizado con defensa, taquicardia, fiebre alta se debe descartar la aparición de sepsis. Deben solicitarse hemograma, bioquímica y cultivo de restos, sangre y orina. Estas pacientes requieren re-evacuación uterina, monitorización, antibioterapia intravenosa de amplio espectro y descartar perforación uterina. Para descartar una perforación uterina debe solicitarse una radiografía de abdomen en bipedestación y observar la aparición de neumoperitòneo. (Aibar Villan, 2015)

La SEGO recomienda una triple pauta con Penicilina G sódica (4-8 millones UI cada 4-6 horas) más Gentamicina (1,5mg/kg cada 8 horas) más Clindamicina (600 mg cada 6 horas) o metronidazol (1 gr cada 12 horas).

4.4.3. Agresión cervical

“Son todas las lesiones que se presenten en el cérvix al momento que se realiza la dilatación instrumental, o en el momento que se usa la legra para el raspado de la cavidad; en este tipo de lesiones es muy raro que se produzca infecciones” (Pacheco, 2014).

Debe localizarse y ser reparado. El uso preoperatorio de dilatadores cervicales se asocia a una disminución del riesgo.

4.4.4. Perforación uterina

Según Aibar, (2015) considera:

Es infrecuente (0,2%). El riesgo aumenta con la inexperiencia del cirujano, la multiparidad y los abortos tardíos. El útero en retroflexión o retroversión también incrementa el riesgo de perforación, por lo que es de gran importancia la exploración ginecológica mediante tacto bimanual previa al legrado. (p. 11)

Es el riesgo que va a estar presente durante la manipulación de los instrumentos quirúrgicos, esta se produce más comúnmente cuando se realiza legrado en pacientes embarazadas debido al reblandecimiento de la pared uterina; afortunadamente la mayoría de las perforaciones uterinas se resuelven espontáneamente y no se requiere de ningún tratamiento.

La perforación uterina puede presentar dos problemas potenciales que son el sangrado activo y la perforación de otros órganos internos, para lo cual puede ser necesario un segundo procedimiento para reparar los mismos.

En la perforación uterina como en los desgarros, se debe reparar inmediatamente las complicaciones, porque puede empeorar aún más el estado de la paciente, mientras en el caso de retención de restos se debe realizar una nueva reevacuación uterina. (Portilla & Pazmiño, 2015)

4.4.5. Síndrome de Asherman (sinequias uterinas)

Es en el 60% de los casos secundario a un legrado uterino. Puede ser causa de infertilidad. Una correcta técnica y el uso del legrado por aspiración pueden disminuir su frecuencia. La práctica de múltiples abortos por legrado puede producir sinequias uterinas y aumentar el riesgo de placenta previa. (Aibar Villan, 2015)

4.4.6. Mortalidad materna

La mortalidad materna es un grave problema social que refleja el grado de desarrollo de un país, además, se convierte en un indicador de evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países y en especial de los países en vías de desarrollo donde las altas razones de mortalidad materna se encuentran estrechamente relacionadas

con la pobreza, inequidad y la exclusión social por razones económicas, culturales y de género, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna (CIE 10) como la muerte de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo con independencia de la duración y localización de la gestación, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, UNICEF, & UNFPA, 2015)

De acuerdo a Terán & Ramón, (2013) argumenta:

La muerte materna tardía, amplía el período de inclusión entre el 42 día del parto y menos de un año después de la terminación de la gestación. Incluye por lo tanto aquellos fallecimientos posteriores al puerperio, pero en clara dependencia del estado grávido-puerperal. (p. 106)

4.4.6.1. Tipos de mortalidad materna.

Según el momento de la muerte- La muerte materna puede ocurrir durante el embarazo, el parto o en postparto. Las causas, normalmente tienen una relación consistente con el momento de la muerte. Según el momento en el cual se produzcan se clasifican de la siguiente manera:

- ***Muerte materna durante el embarazo:*** Es la que ocurre antes de iniciarse el trabajo de parto, incluyendo aquella en la que ha habido rotura de membranas, pero sin haberse iniciado el trabajo de parto.
- ***Muerte materna durante el parto:*** Ocurre a partir del inicio de trabajo de parto hasta el alumbramiento.
- ***Muerte materna durante el puerperio:*** Desde el alumbramiento hasta los 42 días postparto.

Según las causas de muerte: Las muertes maternas se clasifican en:

- ***Muertes maternas directas,*** que son las ocasionadas por las complicaciones del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

- **Las muertes obstétricas indirectas**, son las producidas por una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.
- **Muertes no obstétricas**, son las que se producen por causa accidental o incidental no relacionadas con el embarazo o su tratamiento.

Según el lugar de la muerte se dividen en:

- **Muerte materna hospitalaria**- La que ocurre dentro del hospital o Centro de Salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su muerte. La muerte en el camino hacia un hospital o Centro de Salud se considera hospitalaria si el traslado se produjo en ambulancia, mientras que si no se produce en ambulancia se considera no hospitalaria.
- **Muerte materna no hospitalaria**- Todas aquellas que no se pueden incluir dentro de la definición anterior.

Posteriormente la O.M.S. en la Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) aporta ciertas novedades:

Muerte materna relacionada con la gestación: Recoge la definición anterior (CIE-9) pero incluyendo cualquier causa de muerte, es decir, incluyendo causas accidentales e incidentales. (Santos & Guerra, 2013)

4.4.7. Otras consecuencias socio-culturales

4.4.7.1. Consecuencias del embarazo no deseado

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos:

- Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.

- Continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Los dos tipos de implicaciones sobre la salud se detallan en las secciones que siguen. Finalmente, los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad. Estas situaciones también se describen en este trabajo. (Narvaez & Neira, 2015)

Hay en todo el mundo, el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo.

4.4.7.2. **Consecuencias para la adolescente**

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras posibilidades de lograr buenos empleos y de su realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

4.4.7.3. **Consecuencias para el hijo**

- Maltrato peri natal: abuso de sustancias tóxicas, consumo de alcohol y tabaco repercute en el feto y se asocia al bajo peso al nacer.
- Mayor frecuencia de prematuridad.
- Anomalías congénitas relacionadas con consanguinidad, incesto.

- Mayor riesgo de: maltrato infantil, abusos sexuales, accidentes traumáticos, muerte súbita, infecciones agudas, envenenamientos o intoxicaciones, negligencia de los cuidados de salud, incumplimiento del esquema de vacunación, abandono del niño. (Eschenbach, 2015)

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio:

El presente trabajo de investigación es un estudio transversal.

5.2. Área de estudio:

- **Lugar:** La investigación se realizó en el Hospital General Isidro Ayora de Loja, ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, calles Av. Ibero Americana y J. Samaniego.
- **Tiempo:** Se desarrolló el estudio en el período de tiempo comprendido enero – junio del 2016.

5.3. Población

La población estudiada estuvo conformada por 1.818 pacientes que acudieron al Área Ginecológica del Hospital General Isidro Ayora Loja en el período enero-junio 2016.

Criterios de inclusión:

- Pacientes del Área de Ginecología que fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja, en el período enero-junio 2016.

Criterios de exclusión:

- Pacientes hospitalizadas con enfermedades neoplásicas.

5.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

La presente investigación se realizó a través de la revisión de las Historias Clínicas del Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Isidro Ayora” Loja, cuyo instrumento de recolección fue a través de una hoja de datos. Integrada por las siguientes variables que se detallan a continuación, Datos personales (edad, estado civil, nivel de instrucción, zona

geográfica), Datos Gineco-obstétricos (gestacionales, número de partos, antecedentes de aborto). Causas y consecuencias, al final se cuantifican los datos para presentarlas en cumplimiento a los objetivos planteados. (anexo 1)

5.5. Procedimiento y procesamiento de la información

- Solicitud dirigida al director del Hospital General Isidro Ayora para la autorización de acceso a las historias clínicas en el área de estadística, y el acceso al área de ginecología y obstetricia. (Anexo 2)
- Después de la recolección de datos, se organizaron los resultados en cuadros de frecuencia y porcentajes, los mismos que son representados en gráficos, durante el proceso de tabulación.
- Con los resultados obtenidos se realizó la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel.

5.6. Análisis e información

Los datos se los procesaron o tabularon manualmente y para los resultados cualitativos se utilizó la medida Resumen de Proporción (%) y para las causas y consecuencias también se utilizó porcentaje. Finalmente los resultados se presentaron en tablas simples realizadas en los programas de Microsoft Word y Excel.

6. RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de Legrado Uterino en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja en el período enero-junio 2016.

Legrados	Frecuencia	%
SI	308	16,94
NO	1510	83,06
TOTAL	1818	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados:

De la población de 1818 pacientes hospitalizados en el Área de Ginecología, se realizaron legrado uterino 16,94%.

EDAD

Cuadro 2. Casos de legrado uterino según edad en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja en el período enero-junio 2016.

EDAD	F	%
<20	52	17%
21-29	187	61%
30-39	69	22%
>40	0	0%
TOTAL	308	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados:

De la muestra de 308 pacientes, el mayor número de mujeres con diagnóstico de legrado uterino corresponden a las edades de 21 a 29 años 61%.

ESTADO CIVIL

Cuadro 3. Casos de legrado uterino según estado civil en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja en el período enero-junio 2016.

Estado Civil	F	%
Soltera	85	28
Casada	55	17
Unión Libre	168	55
Viuda	0	0
Divorciada	0	0
TOTAL	308	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados:

Determinando el estado civil de las pacientes que acudían por diagnóstico de legrado observando mayor prevalencia en mujeres de unión libre 55%.

INSTRUCCIÓN ACADÉMICA

Cuadro 4. Casos de legrado uterino según instrucción académica en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja en el período enero-junio 2016.

Instrucción Académica	F	%
Primaria	100	32%
Secundaria	156	51%
Superior	52	17%
TOTAL	308	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados:

Según el nivel de instrucción académica de las pacientes analizadas observamos que la mayor prevalencia se encontró la instrucción secundaria 51%.

ZONA GEOGRÁFICA

Cuadro 5. Casos de legrado uterino según zona geográfica en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja en el período enero-junio 2016.

Zona Geográfica	F	%
Urbana	130	42%
Rural	178	58%
TOTAL	308	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados:

Según los datos obtenidos, se establece que el mayor número de casos se presentan en las zonas rurales 58%.

Cuadro 6. Casos de legrado uterino según antecedentes Gineco obstétricos en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja en el período enero-junio 2016.

Zona Geográfica	F	%
Gestacionales	127	41
Partos	179	58
Abortos	2	1
TOTAL	308	100

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

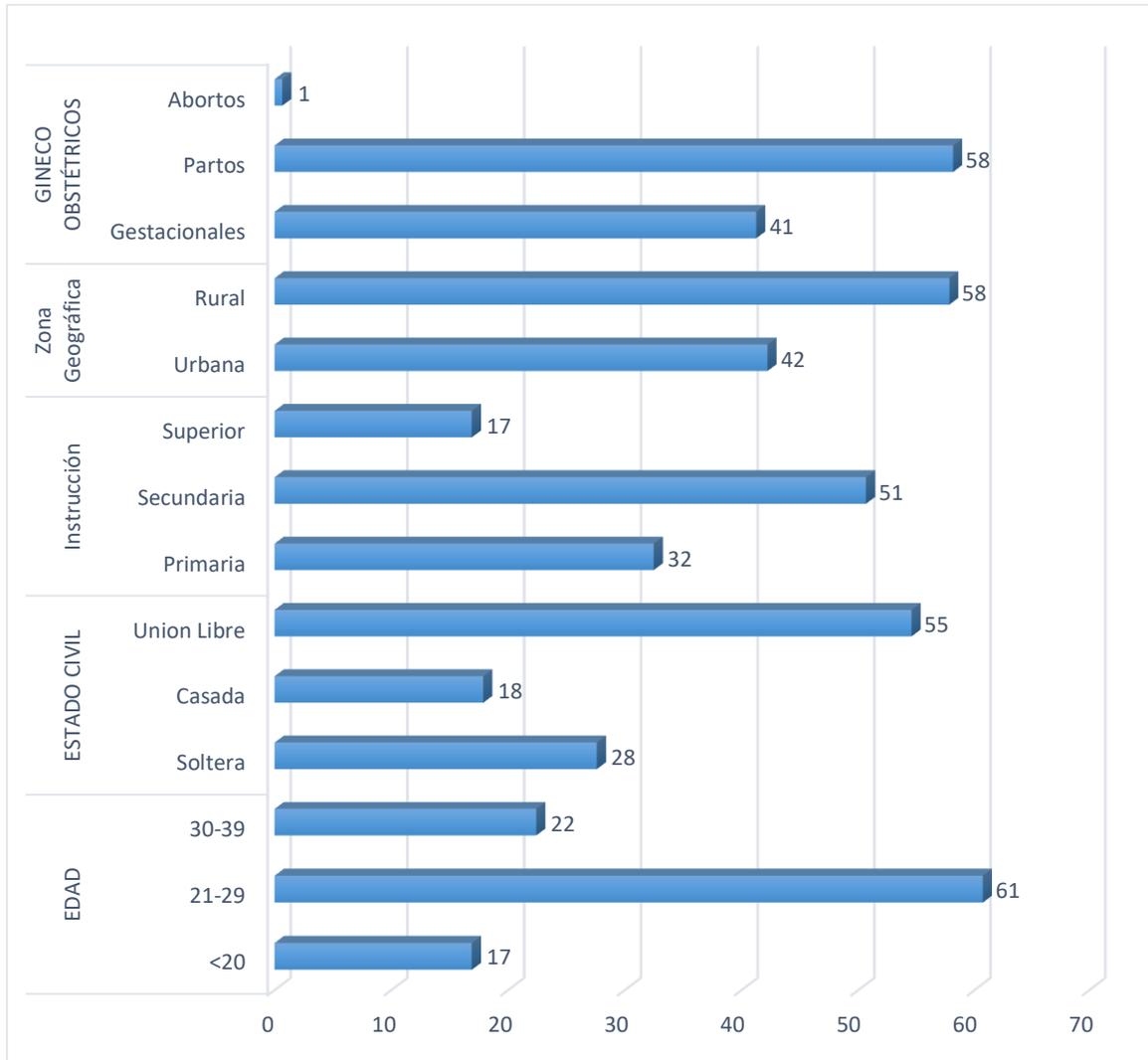
Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados:

Según los datos obtenidos, se establece que el mayor número antecedentes corresponden a partos 58%.

CUADRO RESUMEN

Gráfico 1. Casos de legrado uterino según edad, estado civil, instrucción, zona geográfica y antecedentes Gineco obstétricos en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General “Isidro Ayora” Loja en el período enero-junio 2016.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Elaborado por: Luis Israel Chumbi Orellana

En el análisis del primer objetivo se tomó en cuenta los porcentajes más relevantes siendo que en los casos de legrado existe una prevalencia del 61% con 21 a 29 años, en estado civil con el 55% la unión libre, en instrucción académica con el 51% tiene una nivel de secundaria, en cuanto a la zona geográfica existe un 58% en el área rural, para el análisis de factores Gineco obstétricos con el 58% han sido por razones de parte mientras que el 1% por abortos.

Cuadro 7. Principales causas de legrado uterino en pacientes que acuden al Área De Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja en el período enero-junio 2016.

CAUSAS	TOTAL	%
Aborto incompleto	141	46%
Aborto Diferido	68	22%
Embarazo Anembrionado	30	10%
Retención Placentaria y Membranas Ovular	39	13%
Desgarro uterino	3	1%
Mola Hidatiforme	7	2%
Pólipos Endometriales	17	6%
Extracción Dispositivo Intra Uterino	3	1%
TOTAL	308	100%

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Autor: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados

Según los resultados se puede determinar que la principal causa de legrado uterino es el aborto incompleto 46%.

Cuadro 8. Principales consecuencias de legrado uterino en pacientes que acuden al Área de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja en el período enero-junio 2016.

VARIABLE	F	%
Hemorragia Uterina	10	3.2%
Perforación Uterina	6	2%
Infección	6	2%
Desgarros Cervicales	5	1.6%
Atonía Uterina	5	1.6%
Sin Consecuencias	276	89.6%
TOTAL	308	100%

Fuente: Historias Clínicas de pacientes

Autor: Luis Israel Chumbi Orellana

Interpretación de Resultados

Según los resultados se puede determinar que la principal consecuencia del legrado uterino es hemorragia uterina 3.2%.

7. DISCUSION

De acuerdo a (Agencia Valenciana de Salud, 2007) define:

El legrado es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo limpiar la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa del endometrio o restos placentarios. Las técnicas utilizadas para el legrado son el legrado instrumental, y la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), existiendo la posibilidad de combinar estas dos técnicas.

Según (Chérrez & Rivera, 2014) consideran:

Por muchos años la dilatación y Curetaje habían y sido consideradas como el Gold estándar para estudiar y tratar a pacientes con diferentes diagnósticos Gineco -obstétricos, como en el caso del aborto y sus diferentes presentaciones clínicas, así como también diferentes causas de sangrado uterino disfuncional, debido a que este era el único método por el cual se podía alcanzar el sitio donde el sangrado se está produciendo, tomar una muestra, o la mayor parte del endometrio, además de poder retirar restos placentarios o restos fetales. En algunos países es considerado hasta hoy, por algunos, la mejor técnica para estudiar la cavidad endometrial. (p. 90)

En el análisis del legrado uterino en las pacientes que acudieron al Área de Ginecología del Hospital Isidro Ayora Loja, en el período 2016, se dio cumplimiento a cuatro objetivos específicos.

Para la identificación de los casos de Legrado Uterino según edad, estado civil, grado de instrucción, zona geográfica, datos Gineco – obstétricos; se obtuvo que de 308 pacientes se encontraban en el grupo etario entre 21 – 29 años con el 61% fueron diagnosticadas con legrado uterino, siendo la mayoría con el 55% en unión libre, cuya instrucción académica con el 51% se encontraban en nivel de secundaria, residentes en su mayoría de la zona rural con el 58%, en cuanto a los antecedentes Gineco obstétricos se pudo determinar que el 58% fueron por diagnóstico de parto solamente el 1% se consideró aborto. Corroborando con nuestro resultado, en un estudio realizado en el año 2014 por la Universidad Industrial de Santander en Bogotá Colombia, en el cual, del total de 321 usuarias que se practicaron legrado uterino, el 55% se encontraban entre los 20 a 30 años,

dentro del estado civil predominó con el 52% la unión libre; en tanto al grado de instrucción académica se reportaron datos contrarios a los de nuestro estudio, siendo que el 47% se encontraban en primaria, datos alarmantes por demás decirlo, por otra parte en cuanto a la zona geográfica nuevamente coincidían con 62% residían en las zonas rurales de Colombia. En otro estudio realizado en el año 2014, en la ciudad de México por la Universidad Autónoma del Estado de México dictado por Ballinas Hernández & Bertrán Salgado, (2014), aplicado a 182 usuarias, se obtuvieron datos diferentes a los del presente estudio, en el cual predominó la edad comprendida entre 31-39 años con el 49%, en cuanto al estado civil con mayor porcentaje fue la unión libre 50%, lo que corrobora nuestro estudio, seguido de la instrucción secundaria con el 59%, en cuanto al área geográfica se reportó el 61% provinieron del área rural. Por lo tanto, cabe destacar que nuestro estudio no está alejado de las estadísticas mundiales de América del Sur, los factores socioeconómicos, la calidad de vida, el área en donde residen entre otros aspectos coincide los resultados de legrado uterino.

Mientras tanto dentro del ámbito nacional en un estudio realizado en la Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil en el año 2015 desarrollado por Chipantiza, (2015) revisando 205 casos de legrado uterino, se determinó que el mayor número usuarias sus edades frisan los 20-30 años con el 62%; el estado civil se reportó que el 63% corresponden a mujeres con unión libre y mujeres solteras con el 24, datos contrarios existió predominio de la instrucción primaria con el 54%. Dentro de los casos de legrado según los antecedentes Gineco-obstétricos, se estableció que la mayoría de las usuarias presentan antecedentes de partos con el 61% , seguido por antecedentes ginecológicos con parto el 27% similares a los de este estudio, mientras que usuarias con aborto se encontraron en mayor del el 12%. En la fundación Juan Pablo de Jaramillo en la ciudad de Cuenca los índices de legrado se dan en pacientes entre 20 y 29 años, observándose que el principal diagnóstico por el que se realizó el legrado en este grupo etario es el Aborto en sus diferentes formas clínicas. (Chérrez & Rivera, 2014)

Dentro de las principales causas de Legrado Uterino en pacientes que acuden al área de ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja, dando como resultados se puede determinar que la principal causa de legrado uterino es el aborto incompleto con el 46%, aborto diferido con el 22%, embarazo Amembrionario el 10%, retención placentaria y membranas ovular el 13%. En contraste en un estudio realizado en la ciudad de Granada,

España en el año 2015 por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada realizado por Aibar Villan (2015) del total de 463 pacientes entre las principales causas de legrado el 40% aborto incompleto, aborto diferido con el 20%, diferenciándose los porcentajes con la mola hidatiforme 12%. Dentro del ámbito nacional, en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca por la Facultad de medicina de la Universidad Estatal de Cuenca en el año 2014 por Cherrez & Rivera, (2014) del total de 134 casos, se encontró que la principal causa de legrado uterino es el aborto incompleto con el 49%, aborto diferido con el 24%, mola hidatiforme el 13%, corroborando con la presente investigación. En el ámbito local, en un estudio realizado por la Universidad Técnica Particular de Loja en el año 2013, se encontró que del total de 76 casos reportados, la principal causa de legrado uterino es el aborto incompleto con el 40%, , aborto diferido con el 26%, embarazo Amembrionario el 10%. Por lo tanto, las principales causas del legrado uterino son aborto incompleto, aborto diferido y embarazo amembrionario de donde el resto de los estudios coinciden totalmente con estos datos.

Las principales consecuencias de Legrado Uterino en pacientes que acuden al área de ginecología del Hospital General Isidro Ayora Loja la principal es la hemorragia uterina con el 3.2%, perforación uterina e infección con el 2% cada uno, desgarros cervicales y atonía uterina con el 1.6% respectivamente, y por último las usuarias que no presentaron consecuencias con el 89.6%. Así en comparación en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada – España estudio realizado por Aibar Villan (2015) del total de 463 pacientes se estableció que la principal es la hemorragia uterina con el 4.6%, perforación uterina con el 3.9%, infección con el 3.2%, desgarros cervicales 2.7, mientras que las usuarias que no presentaron consecuencias con el 85.6%, datos similares a los del presente estudio. Pero, sin embargo, en las investigaciones se encontró que la principal es la perforación uterina con el 4%, seguido por la infección y los desgarros cervicales con el 2.6%, y por último la hemorragia uterina con el 1.3%, datos contradictorios a los encontrados en este estudio.

La comparación en estudio realizado por el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Central Urquinaona en Caracas, Venezuela en el año 2013, se pudo establecer que, del total de 60 pacientes, señaló del aborto incompleto con el 8.3% hemorragias uterinas, desgarro con el 6.6%, infección y perforación con el 5%; del aborto diferido y el embarazo amembrionario presentaron con el 3,3% de hemorragias y perforaciones. Así

igualmente como nuestra investigación con el 68.3% no presentaron consecuencias (Santos & Guerra, 2013).

En otro estudio de corroboración realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2015, (Narvaez & Neira, 2015), del total de 156 pacientes, del aborto incompleto y diferido entre las principales causas se observaron con el 3.8% la hemorragia uterina, 3.2% infección, 1.9% perforación y desgarro; del embarazo Amembrionario con 3.2% solo presentó hemorragia uterina; la mola hidatiforme con el 2.7% presentó infección, y por último el 72.5% de las pacientes estudiantes no presentaron ningún tipo de complicación.

Se pudo determinar que de las investigaciones señaladas anteriormente en corroboración con el presente estudio se mantiene un claro predominio por el aborto incompleto y diferido con la consecuencia principal que es la hemorragia uterina.

8. CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados se concluye que.

- Dentro del perfil epidemiológico, la prevalencia de legrado es de 16,94% en las usuarias de 21-29 años 61%, con estado civil de Unión Libre 55%, con instrucción secundaria 51%, cuyas residencias señalan del sector rural 58%. En el análisis de los antecedentes Gineco-obstétricos la mayor frecuencia se observó en partos 58% y gestaciones 41%.
- En cuanto al Segundo objetivo a las causas de Legrado uterino se encontró: el aborto incompleto con el 46%, aborto diferido con el 22%, y en menor proporción desgarro uterino y extracción de dispositivo intrauterino con 1%.
- En tanto a las principales consecuencias del legrado uterino resultaron la hemorragia uterina 3.2%, perforación uterina e infección 2% como datos más relevantes.

9. RECOMENDACIONES

- Implementar campañas de educación sexual, por parte del Ministerio de Salud Pública en sectores estratégicos como es en la población rural y urbana a las mujeres en el grupo de edad más afectado, las mujeres en unión libre, aumentar la consejería en las pacientes con nivel de instrucción primario y secundario, y enfatizar en el cuidado de las usuarias que tengan antecedentes Gineco-obstétricos de relevancia.
- Se observó que existe una mayor frecuencia de realización de legrados por abortos, por lo que se debería realizar programas educacionales por el personal del Ministerio de Salud Pública, para mejorar el control prenatal y los signos de alerta que puedan amenazar el bienestar fetal, con el fin de reducir la frecuencia de aborto en la población, sobre todo para las instituciones de educación tanto públicas como privadas, que permita prevenir a tiempo la aparición de consecuencias futuras.
- Las universidades tanto públicas como privadas que existen en el país deberían fomentar la concientización de todo el personal de salud, para poder enfrentar de una manera integral los casos que se presenten en todos los sectores donde puede llegar la salud pública.

10. BIBLIOGRAFIA

- Agencia Valenciana de Salud. (2007). *Legrado obstetrico*. Obtenido de <http://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Legrado+obstetrico.pdf>
- Aibar Villan, L. (2015). Complicaciones del Legrado Uterino. *Clases de Residencia* , 46-68.
- Alarcón , M. A. (2013). El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 112-114.
- Arriagada, R., & Novoa, R. (2017). Mola hidatidiforme completa con preeclampsia e hipertiroidismo: presentación clásica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
- Ballinas Hernandez, J., & Beltran Salgado, R. (2014). ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA VS LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO. HOSPITAL GENERAL DE JILOTEPEC, I.S.E.M. *Revista de los estudiantes de Medicina de la UAEM*, 34-48.
- Baraldi, A., Daud, Z., Almeida, A., Gomes, F., & Nakano, A. (2007). Adolescent pregnancy a comparative study between mothers who use public and private health systems. *Revista Latino Americana de Enfermagen*, 799.
- Cabezas, E. (2014). Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 151-164.
- Chérrez, F., & Rivera, I. (2014). *Principales causas de legrado en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo*. Cuenca.
- Chevez, H., & Vasquez, R. (2010). *Efectividad del Clorhidrato de Ketamina en Anestesia General Balanceada bajo mascara comparando su propiedad analgésica en el trans y post operatorio en el citrato de Fentanyl en procedimientos de Legrado Uterino*. El Salvador: Universidad del Salvador.
- Chipantiza, P. D. (2015). *ABORTO INDUCIDO EN EL ECUADOR*. Guayaquil.
- Clavijo, A. d. (2017). Preeclampsia grave y mola hidatiforme embrionada con feto vivo. *Revista Médica electrónica de Ciego de Ávila*, 23-32.

- Donoso, E., & Carvajal, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 134-137.
- Eschenbach, D. (2015). Tratamiento del Aborto Séptico Espontáneo e Inducido. *Series de Especialidad Clínica*, 2-8.
- Flores Pacaya, J. P. (2016). Determinar la prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y el legrado uterino en el manejo del aborto en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante enero a noviembre de 2016. *Revista Peruana de Ginecología*, 34-45.
- Goldberg, M., & Guerrero, R. (2016). ABORTO SÉPTICO Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD MATERNA EN CALI. *Colombia Médica*, 15-18.
- Gonzaga, M., & Zonana, A. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Pública de México*.
- Gutierrez Ramos, M. (2015). Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- INEC. (2017). *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador*. Quito.
- Jijon, A., Sacoto, M., & Cordova, A. (2010). *Alto riesgo obstétrico*. Quito: Ecuaooffset.
- Langer, A., & Espinoza, H. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en America Latina y el Caribe. *PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 199.
- Llanes Castillo, A. (2013). HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL ESTUDIO DEL ENDOMETRIO EN PACIENTES CON ABORTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PEMEX DE CIUDAD MADERO. *Medicina, Salud y Sociedad*, 1-14.
- Martinez, D. M. (2016). Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero del 2003 y Mayo del 2006. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.
- Mascaro, P. (2015). Atención integral postaborto, en el Instituto Especializado Materno Perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 207-213.

- Mendez, R. (2014). Aspiración manual endouterina. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 14-16.
- Menor Almagro, M. D. (2015). *Pólipos de endometrio en pacientes con cáncer de mama*. Cádiz: Lubían López.
- Mnisterio de Salud Pública (MSP). (2008). *Norma y Protocolo Materno*. Quito: MSP.
- Narvaez, P., & Neira, A. (2015). *Estudio comparativo del aborto en mujeres adolescentes y adultas entre los hospitales públicos de la ciudad de Cuenca*. Cuenca.
- Neira Miranda, J. (2015). Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 30-56.
- OMS, UNICEF, & UNFPA. (2015). *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*. Madrid: OMS.
- Organizaciòn Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Ginebra: OMS.
- Pacheco, L. A. (2014). Fístulas arteriovenosas uterinas tras legrado. Manejo histeroscópico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 126-129.
- Pacora, L., & Caballero, G. (2014). MANEJO DE LOS PRECURSORES DEL CANCER DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL PRINCIPAL DE APOYO "DANIEL ALCIDE5 CARRION". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- Portilla, M. A., & Pazmiño, J. B. (2015). EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL BASE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR. *Revista Médica HJCA*, 43-56.
- Quiroz, G. (2013). Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. *Gaceta Médica de México*, 65-82.
- Rosas , F., & Padilla, A. (2017). Malformación arteriovenosa uterina como causa de sangrado postmenopausia. *Ginecología y obstetricia de México*, 89-97.

- Saiz Pena, M. d. (2015). *Estudio del perfil epidemiológico en población anciana española*. Madrid: Madrid.
- Santos, J., & Guerra, M. (2013). Legrado Uterino en pacientes con complicaciones obstétricas. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* , 71-83.
- Solodnikov, V. (2011). Aborto. *Russian Social Science* , 52.
- Terán, D., & Ramón, M. (2013). Estudio de los factores biopsicosociales como causantes de prematuridad en el Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito-Ecuador. *Revista de la facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador*.
- Urgiles, M., & Ureña, O. (2013). *CAUSAS DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EMBARAZADAS DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS*. Loja.
- Velazco, R., Gomez, P., & Chambers, M. (2006). *La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe*. Carolina del Norte: Chapel Hill.
- Vergara Sagbini, G., & Mendoza, W. (2009). Protocolo de evacuación endometrial. *Revista Clínica Maternidad*, 24.
- Vigueras, A., & Escalona, J. (2016). Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 5.

ANEXOS

11. ANEXOS

ANEXO N° 1: FORMATO PARA RECOLECCION DE INFORMACION

DATOS PERSONALES:

1. Edad:
 - a. < 20 años
 - b. 21-29 años
 - c. 30-39 años
 - d. > 40 años
2. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Divorciada
 - d. Viuda
 - e. Unión libre
3. Nivel de instrucción:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Universitaria
4. Zona Geográfica:
 - a. Urbana
 - b. Rural
 - c. Extranjero

DATOS GINECO-OBSTETRICOS

5. Gestacionales
6. Número de Partos
7. Antecedentes de Aborto
8. Causa del legrado:
 - a. Aborto..... ()
 - b. Aborto Séptico.....()
 - c. Hemorragia Uterina.....()
 - d. Sangrado Uterino Posmenopáusico.....()
 - e. Mola Hidatiforme.....()

- f. Pólipos Endometriales..... ()
 - g. Retención Placentaria y membranas ovulares..... ()
 - h. OTROS..... ()
9. Consecuencias:
- a. Hemorragia Uterina..... ()
 - b. Infección..... ()
 - c. Agresión cervical..... ()
 - d. Perforación uterina..... ()
 - e. OTROS..... ()

ANEXO N° 2: PERMISO PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01269 CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 30 de junio de 2016

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el Sr. Luis Israel Chumbi Orellana, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la recolección de datos del libro de registro en los recién nacidos, en el periodo de enero a julio de 2016; información que le servirá para la realización de la tesis: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DEL LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2016", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. Fabiola Barba Tapia, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA



C.c.- Archivo

Sip

HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA

RECIBIDO

Loja a 30 de junio de 2016 11:50

Firma: D.B.
SECRETARIA DE GERENCIA

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

ANEXO N° 3: APROBACIÓN DEL TEMA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM NRO. 02811CM-ASH-UNL

PARA: Sr. Luis Israel Chumbi Orellana
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 07 de Diciembre de 2015

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DEL LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2016", por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo
Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

ANEXO N° 4: PERTINENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 0821CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. Luis Israel Chumbi Orellana
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de marzo de 2016

ASUNTO: Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis: adjunto "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DEL LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2016", de su autoría, **que es pertinente**, de acuerdo al informe de la **Dra. Fabiola Barba Tapia**, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg. Sc.
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Estudiante y Archivo
sip

ANEXO N° 5: DESIGNACION DE DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM Nro. 0896-CCM-ASH-UNL

PARA Dra. Fabiola Barba Tapia Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 31 de marzo de 2016

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle saber que esta Coordinación le ha designado Directora del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DEL LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2016", de autoría del Sr. Luis Israel Chumbi Orellana, estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
Sip



RECIBIDO
de
07-04-16
13:09

ANEXO N° 6: SOLICITUD AMPLIACION DE CRONOGRAMA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0321 CCM-FSH-UNL

PARA: Luis Israel Chumbi Orellana
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 26 de Septiembre de 2017

ASUNTO: AUTORIZAR AMPLIACIÓN DE CRONOGRAMA

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que se autoriza la ampliación del cronograma, hasta el 31 de octubre de 2017, de su tesis denominada **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONSECUENCIAS DE LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2016”**, dirigida por la Dra. Fabiola Barba.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.-

NOT

ANEXO N° 8: CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DEL IDIOMA INGLÉS



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Andrés Loja
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CONSECUENCIAS DE LEGRADO UTERINO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2016" autoría del Sr. Luis Israel Chumbi Orellana, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de Octubre de 2017

Lic. Andrés Loja
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

