

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

S. S. E. S. N. L.

**MANEJO AMBULATORIO DEL ABORTO
INCOMPLETO CON TECNICA DE AMEU**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. FLORENCIA DIAZ MENDOZA

TM
Z665
FM
S. a.
D5



1020091049

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

S.S.E.S.N.L.

MANEJO AMBULATORIO DEL ABORTO
INCÓMODO CON TÉCNICA DE AMEU

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



FONDO TESIS

PRESENTA:

DR. ELODENCIA DIAZ MENDOZA

TM
266 8
FM
J.A.
LE



FONDO TESIS

4-117

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA"
S.E.S. N.L.

MANEJO AMBULATORIO DEL ABORTO INCOMPLETO CON
TECNICA DE AMEU

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD
DE


GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

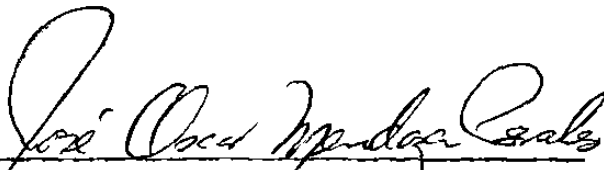
P R E S E N T A

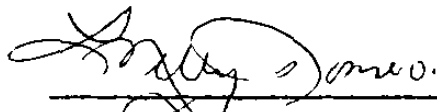
DRA. FLORENCIA DIAZ MENDOZA

A S E S O R

DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES


DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES
ASESOR


DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES
JEFE DEL DEPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL METROPOLITANO,
" DR. BERNARDO SEPULVEDA ".


DRA. LAURA NELLY ROMERO TREVIÑO,
JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL METROPOLITANO
"DR. BERNARDO SEPULVEDA ".


DRA. FLORENCIA DIAZ MENDOZA,
TITULAR DE LA TESIS.

AGRADECIMIENTO.

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS	QUE ME PERMITIÓ LA VIDA Y ME GUIÓ EN TODOS ESTOS AÑOS DE APRENDIZAJE.
A MI QUERIDO ESPOSO	POR SU VALIOSA AYUDA SIN LA CUAL NO HUBIESE PODIDO SEGUIR ADELANTE.
A MIS PADRES	QUE ME LLEVARON POR LA SENDA DEL -- BUEN CAMINO.
A MIS MAESTROS	QUE ME ENSEÑARON EL ARTE Y LA CIEN- CIA DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
A MIS COMPAÑEROS	PEDIATRAS, ANESTESIÓLOGOS Y COMPAÑE- ROS GINECÓLOGOS CON QUIENES VIVÍ PE- NAS Y ALEGRÍAS EN LAS SALAS DE TOCO- CIRUGÍA.

A TODOS ELLOS GRACIAS.

MANEJO AMBULATORIO DEL ABORTO INCOMPLETO CON TECNICA

DE

A.M.E.U.

I N D I C E

INTRODUCCION	PAG.	1
MATERIALES Y METODOS		6
RESULTADOS		8
CONCLUSIONES		10
ANEXOS		11
- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		12
- SITUACIONES EVENTUALES		16
- MANEJO DE LAS COMPLICACIONES CLINICAS		17
BIBLIOGRAFIA		19
GRAFICAS		22

I N T R O D U C C I O N

DADA LA FRECUENCIA DE ABORTO INCOMPLETO EN LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA, LA CUAL CONSTITUYE APROXIMADAMENTE EL 41% DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS, EL 27% DE OCUPACIÓN EN LAS SALAS DE MATERNIDAD Y EL 29% EN EL USO DE CAMA NOCHE, REALIZAMOS ÉSTE ESTUDIO CON EL FIN DE DISMINUIR EL COSTO DEL MANEJO TERAPEÚTICO DEL ABORTO INCOMPLETO ASÍ, COMO - LOS RIESGOS ANESTÉSICOS Y LAS COMPLICACIONES DEL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL.

ANTECEDENTES.

DESDE LOS TIEMPOS ANTIGUOS QUE SE RECONOCIERON LOS ABORTOS INCOMPLETO SE HAN UTILIZADO MÚLTIPLES MÉTODOS PARA LA ASPIRACIÓN ENDOUTERINA EN EL MUNDO, EJEMPLOS DE ELLO SON LOS SIGUIENTES.

- A) EN LA EDAD MEDIA SE USARON SANGUIJUELAS PARA EXTRAER SANGRE DEL UTERO.
- B) EN 1860 EN ESCOCIA.- SIR. JAMEN J. SIMPSON OBSTETRA DE LA REINA VICTORIA, USA UN TUBO Y UNA JERINGA PARA COLOCAR SANGUIJUELAS EN EL CERVIX.
- C) EN E.E.U.U, BYNOV.- ASPIRACIÓN CON JERINGA MANUAL PARA PREVENIR EL EMBARAZO.
- D) 1934 HUNGRIA, DELA LUVINEZ.- BOMBA ELÉCTRICA DE SUCCIÓN.
- E) 1935 E.E.U.U. EMIL. NOVAK.- SUCCIÓN CON CURETAJE PARA COMPROBAR OVULACIÓN.
- F) 1961 U.R.S.S. MELKS.- ASPIRACIÓN ELÉCTRICA
- G) 1972 E.E.U.U. KARMAN Y POTTO.- JERINGA COMO TECNOLOGÍA CONTRACEPTIVA.

EL VACIAMIENTO DE LA CAVIDAD UTERINA EN DIVERSAS FOR -

MAS DEL ABORTO O PARA DIAGNOSTICO MEDIANTE EL USO DE LE -
GRA, ES ACTUALMENTE EL PROCEDIMIENTO MÁS EMPLEADO EN GINE-
COLOGÍA, SIN EMBARGO REQUIERE EXPERIENCIA Y ANESTESIA RE-
GIONAL O GENERAL, LO CUAL EXPONE A LA PACIENTE A LOS RIES-
GOS YA CONOCIDOS, SE REQUIERE DE EQUIPO, ESPECIAL PARA --
ELLO, ADEMÁS DE QUE PROLONGA LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE-
LA PACIENTE, POR OTRO LADO, LA DILATACIÓN DEL ORIFICIO CER-
VICAL UTERINO ES MOTIVO FRECUENTE DE LESIONES QUE CONDUCE
EN MÚLTIPLES OCASIONES A INCOMPETENCIA CERVICAL Y CONSE-
CUENTEMENTE ABORTOS DE REPETICIÓN, TAMBIÉN EXISTE EL PELI-
GRO CONSTANTE DE PERFORACIÓN UTERINA AÚN CUANDO EL PROCE -
DIMIENTO SEA REALIZADO POR MANOS EXPERTAS; OTRA COSA IMPOR-
TANTE ES QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO ES CASI IMPOSIBLE -
DISTINGUIR ENTRE LA CAPA FUNCIONAL Y LA BASAL DEL ENDOME-
TRIO, POR LO TANTO SIEMPRE EXISTE LA POSIBILIDAD DE LESIO-
NES DE LOS PLANOS PROFUNDOS INCLUYENDO EL MIOMETRIO MISMO,
LO QUE TRAE COMO CONSECUENCIA SINEQUIAS, AMENORREA, INFEC-
CIÓN E INCLUSO ESTERILIDAD. CON EL PRÓPOSITO DE NO UTILI -
ZAR LA LEGRA MÉTALICA, DIVERSOS ACTORES HAN UTILIZADO UN -
SISTEMA DE VACIAMIENTO POR ASPIRACIÓN ELÉCTRICA CONTINUA -
EN LA CAVIDAD DEL ÚTERO TANTO EN ABORTOS INCOMPLETOS, DI -
FERIDOS, TERAPÉUTICOS, HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL Y EMBA-
RAZO MOLAR.

ESTE PROCEDIMIENTO NO DAÑA LA BASAL O EL MIOMETRIO Y NO -
PRODUCE POR LO TANTO SINEQUIAS, AMENORREA O ESTERILIDAD -
ES UN PROCEDIMIENTO MÁS RÁPIDO QUE LA CUCHARILLA DE LEGRA-
DO, POR LA MISMA RÁPIDEZ DEL MÉTODO, LA CANTIDAD DE ANES-
TÉSICOS ES MENOR, ADEMÁS EN MUCHOS CASOS DE ABORTO INCOM-
PLETO NO SE NECESITA ANESTESIA. LA PÉRDIDA SANGUINEA ES-
MENOR DEBIDO AL VACIAMIENTO RÁPIDO Y CONTRACCIÓN PRECOZ -
DEL ÚTERO, OTRA VENTAJA ES LA MEDICIÓN EXACTA DE HEMORRA-

GIA, LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS CÁNULAS ROMAS HACEN MÁS DIFÍCIL LA PERFORACIÓN Y TRAUMA DE ÚTERO, SIN EMBARGO ÉSTE PROCEDIMIENTO TAMBIÉN TIENE SUS DESVENTAJAS, LA CÁNULA DE SUCCIÓN NO PERMITE DISTINGUIR CON SUFICIENTE FINURA LAS IRREGULARIDADES DE LA CAVIDAD UTERINA, EN GESTACIONES POR ARRIBA DE 12 SEMANAS, LOS FRAGMENTOS BLOQUEAN LAS FENESTRACIONES DE LA CÁNULA, EXISTE EL RIESGO QUE LA CAVIDAD UTERINA NO QUEDA TOTALMENTE VACÍA, SOBRE TODO EN LAS ZONAS CORNUALES.

ANALIZANDO LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS YA MENCIONADAS QUE PRESENTAN VENTAJAS Y DESVENTAJAS, NOSOTROS PRETENDEMOS ANALIZAR LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) QUE COMBINA PRINCIPIOS DE AMBOS PROCEDIMIENTOS.

EN LA ACTUALIDAD LA AMEU NO SOLAMENTE SE UTILIZA PARA EL TRATAMIENTO DE ABORTO INCOMPLETO, SINO TAMBIÉN PARA BIOPSIA DE ENDOMETRIO, ABORTOS TERAPÉUTICOS Y ASPIRACIÓN DE RESTOS POST-PARTO.

LA AMEU ES UN PROCEDIMIENTO QUE SEGÚN DESCRIBE LA LITERATURA SUPERA AL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL POR SER MÁS SENCILLO DE APRENDER Y EFECTUAR; ES MÁS SEGURO, DE FÁCIL MANEJO, MANTENIMIENTO Y ESTERILIZACIÓN; REDUCE LOS RIESGOS DE ANESTESIA GENERAL O EPIDURAL, PUES CASI SIEMPRE BASTA UN BLOQUEO CERVICAL O PARACERVICAL PARA REALIZARLO; EVITA LAS NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN O EN LAS INSTANCIAS EN QUE ESTA ES NECESARIA SE REDUCEN LOS DÍAS DE INTERNAMIENTO.

LA TASA DE COMPLICACIONES ES MENOR, UN MÉDICO CON ADECUADO ADIESTRAMIENTO E INSTRUMENTAL PUEDE REALIZARLO EN CUALQUIER INSTALACIÓN LIMPIA Y EQUIPADA. SIN EMBARGO ÉSTE PROCEDIMIENTO NO ESTA EXENTO DE RIESGOS, LAS COMPLICACIONES DESCRITAS EN DIFERENTES ARTÍCULOS SON: LA EVACUACIÓN INCOMPLETA CUANDO SE UTILIZA UNA CÁNULA DEMASIADO PEQUEÑA, SIN EM-

BARGO ÉSTO SE PUEDE EVITAR VIGILANDO LOS SIGNOS DE TERMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO COMO SON LA APARICIÓN DE SANGRADO ESPUMOSO, SENSACIÓN DE ASPEREZA Y CONTRACCIÓN UTERINA. EL RIESGO DE PERFORACIÓN PUEDE OCURRIR DURANTE UN PROCEDIMIENTO MUY BRUSCO O BIEN CUANDO EXISTE UNA INFECCIÓN, LACERACIONES DE CERVIX CON PINZA DE POSSI OCURREN CON MUY POCA FRECUENCIA - ADEMÁS ES COMÚN PARA LOS OTROS PROCEDIMIENTOS, EXISTEN OTROS RIESGOS COMO LA HEMORRAGIA QUE TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR EN OTRAS FORMAS DE LEGRADO UTERINO, UNA COMPLICACIÓN MUY IMPORTANTE EN LA QUE SE DEBE DE TENER ESPECIAL CUIDADO ES LA REACCIÓN VAGAL QUE ES GENERALMENTE LEVE, SIN EMBARGO LA PERSONA QUE REALICE EL PROCEDIMIENTO DEBE ESTAR PREPARADO PARA MANEJAR UN PARO CARDIORESPIRATORIO QUE ES MUY RARO QUE SE PRESENTE BAJO UN ESTÍMULO VAGAL Y QUE NO SE PUEDA DEJAR DE EXCLUIR, OTRAS COMPLICACIONES SON LA ABSORCIÓN DE XILOCAINA ATRAVES DE UN VASO SANGUINEO QUE PUDIESE PROVOCAR CRISIS CONVULSIVAS Y LAS ARRITMIAS CÁRDICAS QUE SE PUEDAN EVITAR VERIFICANDO LA INTRODUCCIÓN DE LA MISMA EN EL SITIO ADECUADO FUERA DE UN VASO SANGUINEO, OTRO RIESGO MUY OCASIONAL PUEDE PRESENTARSE SI EL ÉMBOLO DE LA JERINGA ES EMPUJADO ESTANDO LA CÁNULA DENTRO DEL ÚTERO, LO QUE PROVOCARÍA EMBOLIA GASEOSA Y/O ENDOMETRITIS.

A PESAR DE LA COMPLICACIONES QUE SE DESCRIBEN EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS ANTERIORMENTE SE MENCIONA QUE SON MÍMINAS, SIN EMBARGO LOS BENEFICIOS QUE ESTE MÉTODO DE EVACUACIÓN UTERINA OFRECE, LAS SUPERA.

POR LO CUÁL ESPERAMOS QUE ESTA INVESTIGACIÓN DEMUESTRE LOS BENEFICIOS QUE OFRECE EL AMEU SOBRE EL MANEJO DE ABORTO INCOMPLETO Y CON ÉSTO ABATIR LOS GASTOS HOSPITALARIOS DE LAS PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO Y HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, ASÍ-COMO DISMINUIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE DICHAS PACIENTES; REDUCIR LOS RIESGOS QUE OFRECE EL LEGRADO UTERINO INSTRUMEN-

TAL, ADEMÁS DE TENER A LA MANO UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CAPAZ DE RESOLVER UN ABORTO INCOMPLETO SIN DEPENDER NECESARIAMENTE DE UN MÉDICO ANESTESIÓLOGO Y OFRECER UN MEDIO DE RESOLUCIÓN RÁPIDO DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES SIN NECESIDAD DE INTERNAR LAS PACIENTES.

MATERIALES Y METODOS

ESTE ESTUDIO SE LLEVÓ A CABO A PARTIR DEL 1° DE AGOSTO DE 1991 AL 30 DE ABRIL DE 1992.

SE REALIZÓ EN UN GRUPO DE 190 PACIENTES A LAS CUALES SE LES DIAGNÓSTICÓ ABORTO INCOMPLETO MENOR DE 12 SEMANAS, A DICHAS PACIENTES SE LES REALIZÓ LEGRADO CON TÉCNICA DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA BAJO ANESTESIA LOCAL PARACERVICAL CON XILOCAINA AL 1%.

ESTE PROCEDIMIENTO FUÉ HECHO POR UN MÉDICO CAPACITADO. AL INGRESO DE LA PACIENTE A LA SALA DE TOCOCIRUGÍA SE LE REALIZÓ UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA ASÍ COMO EXPLORACIÓN FÍSICA CON ENFÁSIS ESPECIAL EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA Y AL MISMO TIEMPO SE INVESTIGARON FACTORES DE EXCLUSIÓN QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN.

- 1) REACCIONES ALÉRGICAS A LA ANESTESIA LOCAL
- 2) DESCOMPENSACIÓN CARDIACA AVANZADA Y ARRITMIAS
- 3) DIABETES DESCOMPENSADA
- 4) TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, STRESS INCONTROLABLE, RETARDO MENTAL.
- 5) BARRERAS DEL LENGUAJE
- 6) EPILEPSIA, STATUS EPILEPTICOS.
- 7) ASMA BRONQUIAL, ENFISEMA ASMÁTICO
- 8) ABORTO MAYOR DE 12 SEMANAS
- 9) IMPOSIBILIDAD PARA ESTIMAR EL TAMAÑO DEL ÚTERO
- 10) MAL ESTADO GENERAL POR ANEMIA O INFECCIÓN
- 11) ABDOMEN AGUDO

EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA SE EXPLICÓ Y SE PREPARÓ

PSICOLÓGICAMENTE A LA PACIENTE PARA EL PROCEDIMIENTO ADEMÁS DE TOMARSE EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DE TRASTORNOS - DE LA COAGULACIÓN, SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO, ANEMIA-SEVERA MALFORMACIÓN UTERINA Y PACIENTE INESTABLE HEMODINÁMICAMENTE DEBIDO A ENFERMEDAD CARDIÁCA, HEMORRAGIA O CHOQUE SÉPTICO Y FIBROMAS UTERINAS QUE DIFICULTEN DETERMINAR EL TAMAÑO UTERINO.

UNA VEZ REALIZADO EL PROCÉDIMIENTO LA PACIENTE SE EGRESÓ- EN 3 HORAS PREVIA TOMA DE SIGNOS VITALES Y VIGILANCIA DEL SANGRADO TRANSVAGINAL.

SE CITÓ A LA PACIENTE A LA SEMANA PARA LA TOMA DE ECOGRA- FÍA PÉLVICA CON EL FIN DE CONFIRMAR LA EVACUACIÓN COMPLE- TA DEL ÚTERO, O ANTES SI SE PRESENTABA DOLOR INTENSO, - - NAÚSEAS Y VÓMITO, SANGRADO ABUNDANTE O FIEBRE.

POSTERIORMENTE SE REVISARON AL MES PARA CONFIRMAR LA MENS- TRUACIÓN.

ADEMÁS TODO EL TEJIDO OBTENIDO DURANTE LA AMEU SE ENVIÓ-- A ANATOMÍA PATOLÓGICA.

R E S U L T A D O S

SE LOGRO SEGUIMIENTO EN 68 PACIENTES CUYO PROMEDIO DE EDADE FUÉ DE 24 AÑOS; LA MENOR DE 14 AÑOS Y LA MAYOR DE 40.

EN LO QUE SE REFIERE A PARIDAD 40% FUERON PRIMIGESTAS
 26% SECUNDIGESTAS
 35% MULTIGESTAS

LAS COMPLICACIONES REPORTADAS FUERON :

- 1) 18 REACCIONES VAGALES LEVES
- 2) 5 REACCIONES VAGALES MODERADAS
- 3) 1 REACCIÓN VAGAL SEVERA
- 4) 1 ENDOMETRITIS
- 5) 1 LACERACIÓN CERVICAL
- 6) 2 CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO NO DIAGNOSTICADO,

EN LOS 190 PROCEDIMIENTOS CALCIFICAMOS EL DOLOR COMO LEVE, MODERADO E INTENSO Y LOS RESULTADOS FUERON :

- 1) 125 PACIENTES PRESENTARON DOLOR LEVE
- 2) 40 DOLOR MODERADO
- 3) 25 DOLOR INTENSO

EL SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DEMOSTRÓ 66 ECOS NORMALES, UN MIO MA CERVICAL Y 2 CASOS DE TUMOR ANEXIAL QUE CORRESPONDIERON A LOS CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO NO DIAGNOSTICADOS DURANTE LA VALORACIÓN INICIAL DE LA PACIENTE; EN ESTAS PACIENTES - DE EMBARAZO ECTÓPICO SE REALIZÓ SALPINGECTOMÍA.

EGRESARON A LOS TRES DÍAS,

LOS REPORTES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA FUERON LOS SIGUIENTES:

1. 66 REPORTES DE VELOCIDADES CORIALES.
2. 13 DECIDUITIS AGUDA,
(DE ÉSTAS ÚLTIMAS 11 CORRESPONDIERON A PACIENTES CON ABORTO -
COMPLETO Y 2 A LOS CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO).

LA APARICIÓN DE LA MENSTRUACIÓN FUÉ DE 32.5 EN PROMEDIO; LA MÁS TEMPRANA APARECIÓ A LOS 21 DÍAS Y LA MÁS TARDÍA A LOS 60 DÍAS, QUE CORRESPONDIÓ A LOS CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO NO DIAGNOSTICADO.

C O N C L U S I O N E S

- LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA ES UNA TÉCNICA ALTERNATIVA DEL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL SOBRE TODO EN LOS-CENTROS HOSPITALARIOS DONDE EXISTE POCO PERSONAL MEDICO DE ANESTESIAS.
- LA AMEU ES UN PROCEDIMIENTO QUE SUPERA AL LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL YA QUE UN MÉDICO CON SUFICIENTE ADIESTRAMIENTO E INSTRUMENTAL PUEDE REALIZARLO EN CUALQUIER INSTALACIÓN LIMPIA Y ADECUADAMENTE EQUIPADA COMO UNA CLÍNICA, CONSULTORIO MÉDICO, SALA DE URGENCIAS O DE CIRUGÍA-AMBULATORIA.
- LA AMEU ES SENCILLA DE APRENDER Y DE REALIZAR ADEMÁS - DE SER MÁS SEGURO Y DE FACIL MANEJO.
- EVITA LA NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. O EN LAS INSTANCIAS EN QUE ESTA ES NECESARIA SE REDUCEN LOS DÍAS DE - INTERNAMIENTO.
- REDUCE LOS RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL O EPIDURAL - PUES CASI SIEMPRE BASTA UN BLOQUEO CERVICAL O PARACERVICAL PARA LLEVARLO A CABO.
- LA TASA DE COMPLICACIONES ES MENOR YA QUE SE REDUCE EN-FORMA MUY IMPORTANTE EL RIESGO DE PERFORACIÓN.
- ABATE LOS GASTOS HOSPITALARIOS DE LA PACIENTE Y DEL HOS-PITAL.

ANEXOS

IX.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1.) EQUIPO Y PROVISIONES GENERALES

- A). ESPEJO VAGINAL
- B). PINZA DE POSSI
- C). PINZA DE FORESTER
- D). PINZA UTERINA
- E). GASAS
- F). JERINGA DE 10 CC. Y AGUJA PARA CARGAR ANESTESICO
- G). AGUJA DE RAQUIA No. 22
- H). ANESTESICO (XILOCAINA 1%)
- I). ANTISEPTICO
- J). GUANTES
- K). DIACEPAM

2.) EQUIPO PARA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA

- A). JERINGA DE VALVULA SIMPLE Y DOBLE
- B). CANULAS DE VARIOS CALIBRES
- C). ADAPTADORES
- D). GLUTARALDHEIDO 2%
- E). CAMPOS ESTERILES

3.) PROVISIONES DE EMERGENCIA

- A). ATROPINA Y DERIVADOS DE ERGOTAMINA
- B). SOLUCIONES INTRAVENOSAS Y EQUIPO DE VENOCLISIS
- C). AMBU, OXIGENO
- D). CARRO ROJO

4.) PREPARACION DE JERINGAS Y CANULAS

TENGA LISTAS VARIAS CANULAS SEGUN SEA EL TAMAÑO DEL -

UTERO, SE CALCULA DE LA SIGUIENTE MANERA.

TAMAÑO UTERINO	CALIBRE APROX. DE LA CANULA
5-7 X FUM	5-6 MM
7-9 X FUM	6-7 MM.
9-12 X FUM	7-12 MM.

- INSPECCIONAR LA CANULÁ QUE SE ENCUENTRE EN BUENAS CONDICIONES EN CASO CONTRARIO NO UTILIZARLA.
- SELECCIONE LA JERINGA Y ADAPTADORES, LOS CUALES, TIENEN EL MISMO COLOR QUE LOS PUNTOS QUE IDENTIFICAN CADA CANULA.
- INSPECCIONE LAS JERINGAS, CERCIORANDOSE QUE HAGA VACIO.
- CONECTE EL ADAPTADOR A LA JERINGA.
- CIRRE LA VALVULA DE SEGURIDAD OPRIMIENDO EL BOTON HACIA ABAJO EN DIRECCION DE LA PUNTA DE LA JERINGA.
- PREPARE LA JERINGA, SE TOMA EL CILINDRO CON UNA MANO Y SE TRACCIONA EL EMBOLO HASTA QUE LOS BRAZOS DEL MISMO SE ABRAN HACIA AFUERA Y QUEDEN ANCLADOS EN LA BASE DE LA JERINGA.
- CONFIRME EL VACIO DE LA JERINGA.

5.) PREPARACION DEL CERVIX Y VAGINA

- COLOQUE EL ESPEJO VAGINAL.
- REALIZAR ASEO DE CERVIX Y VAGINA CON SOLUCION ANTISEPTICA.
- INSPECCIONAR EL CERVIX EN BUSCA DE LACERACIONES

6.) ANESTESIA

ELECCION DE LA ANESTESIA:

ES IMPORTANTE LA SELECCION TOMANDO EN CUENTA:

LA PARIDAD DE LA PACIENTE, UMBRAL AL DOLOR, Y SU ESTADO ALERGICO.

-BLOQUEO PARACERVICAL

-ESTABILIZAR EL CERVIX CON PINZA DE POSSI A LAS 12 DEL RELOJ.

-INYECTAR EL ANESTESICO LIDOCAINA AL 1% A .5 CM. DE PROFUNDIDAD A LAS 4 Y 8 ó 3 Y 9.

-ASPIRAR PARA COMPROBAR QUE NO SE HA INYECTADO EN ALGUN VASO.

-ESPERAR EFECTO DE ANESTESIA POR 3 A 5 MINUTOS.

-VALORAR POSIBLES REACCIONES A LA XILOCAINA.

7.) ASPIRACION

-TOME EL CERVIX CON LA PINZA DE POSSI Y TRACCIONE -- SUAVEMENTE.

-INTRODUZCA LA CANULA CUIDANDO DE NO CONTAMINARLA AL PASAR POR LA PARED VAGINAL.

-CONECTE LA JERINGA PREVIAMENTE PREPARADA CON EL VACIO.

-SUELTE LAS VALVULAS DE SEGURIDAD PARA HACER PASAR EL VACIO ATRAVES DE LA CANULA HACIA EL UTERO.

-EVACUE EL CONTENIDO: ROTANDO 360 GRADOS TRASLACION DE ATRAS HACIA ADELANTE EN EL SENTIDO DE LAS MANECILLAS DEL RELOJ, POSTERIORMENTE REALIZAR UN CURETAJE SUAVE LEGRANDO LAS PAREDES EN EL MISMO SENTIDO.

-VERIFICAR LOS SIGNOS DE EVACACION COMPLETA: ESPUMA ROJA EN LA CANULA, SENSACION DE ASPEREZA Y/O CONTRACCION UTERINA.

8.) RETIRE LOS INSTRUMENTOS.

9.) INSPECCIONE EL TEJIDO Y ENVIELO A PATOLOGIA.

SITUACIONES EVENTUALES

1.) LA JERINGA ESTA LLENA

- SEPARE LA JERINGA DE LA CANULA Y CAMBIELA.
- VACIE EL CONTENIDO, HAGA NUEVAMENTE VACIO.
- RECONECTE LA JERINGA A LA CANULA.

2.) PERDIDA DE VACIO

- SAQUE LA CANULA SIN CONTAMINARLA.
- SEPARE LA JERINGA DE LA CANULA.
- VACIE LA JERINGA Y HAGA NUEVAMENTE VACIO.
- REINTRODUZCA LA CANULA O INSERTE OTRA.
- RECONECTE LA JERINGA.

3.) SE TAPA LA CANULA

- RETIRE LA JERINGA Y LA CANULA.
- SEPARE LA JERINGA DE LA CANULA.
- REMUEVA EL MATERIAL QUE OBSTRUYE LA CANULA
- HAGA NUEVAMENTE EL VACIO.
- REINTRODUZCA LA CANULA.
- RECONECTE LA JERINGA.
- SUELTE LAS VALVULAS Y ASPIRE.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES CLINICAS

- 1) **EVACUACIÓN INCOMPLETA.** SI SE UTILIZA UNA CÁNULA DEMASIADO PEQUEÑA O SE DETIENE MUY PRONTO LA ASPIRACIÓN SE DA LUGAR A UN PROCEDIMIENTO INCOMPLETO Y LA CONSIGUIENTE HEMORRAGIA Y PROBABLE INFECCIÓN. LA OBSERVACIÓN CUIDADOSA DE LOS SIGNOS DE TERMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y EL EXAMEN DEL TEJIDO OBTENIDO SON LA MEJOR FORMA DE PREVENIR UNA EVACUACIÓN INCOMPLETA. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN VOLVER A HACER LA ASPIRACIÓN Y EMPLEAR ANTIBIÓTICOS CUANDO SE REQUIEREN.
- 2) **PERFORACIÓN.** ES LO QUE PUEDE OCURRIR CON MAYOR PROBABILIDAD DURANTE UNA DILATACIÓN BRUSCA O BIEN SI EL ÚTERO ESTÁ REBLANDECIDO DEBIDO A UNA INFECCIÓN. EL CONOCIMIENTO DE LA POSICIÓN DE ÚTERO ES FUNDAMENTAL PARA EVITAR ESTA COMPLICACIÓN.
- 3) **LACERACIONES CERVICALES.** EN TANTO QUE LAS PEQUEÑAS - RASGADURAS POR EL TENÁCULO SON FRECUENTES, LAS LACERACIONES CERVICALES OCURREN CON POCA FRECUENCIA. A VECES ES NECESARIO SUTURARLAS.
- 4) **INFECCIÓN,** LA UTILIZACIÓN DE CÁNULAS ESTERILES, UNA TÉCNICA CUIDADOSA Y EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PREEXISTENTES, REDUCIRÁN LA FRECUENCIA DE INFECCIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO. SI NO SE TRATA LA INFECCIÓN PUEDE PRESENTARSE UNA EIP Y EN ALGUNOS CASOS OCURRIR ESTERILIDAD Y HASTA MUERTE. EL USO PROFILÁCTICO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO ES UN ESTRATEGIA ÚTIL QUE DEBE TOMARSE EN CUENTA ESPECIALMENTE SI HUBO INTENTO PREVIO DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO.
- 5) **HEMORRAGIA.** EL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA CAUSA Y SEVERIDAD Y PUEDE COMPRENDER LA REEVACUACIÓN, LOS UTEROTÓNICOS, EL MASAJE UTERINO, LA SUTURA DE LAS LACERACIONES LAS TRANSFUSIONES Y LA CIRUGÍA.

- 6) **HIPOTENSIÓN.** DEBEN VIGILARSE ESTRICTAMENTE LOS SIGNOS VITALES, LA CAUSA Y SEVERIDAD DE LA HIPOTENSIÓN DETERMINAN EL MANEJO APROPIADO (GENERALMENTE ES POR HIPOVOLEMIA Y/O CHOQUE ENDOTÓXICO).
- 7) **REACCIÓN VAGAL SEVERA.** ES RARO PERO PUEDE DAR LUGAR A PARO CARDIACO, SI OCURRE UNA REACCIÓN VAGAL SEVERA, EL TRATAMIENTO VARIA DE ACUERDO A NORMAS Y CIRCUNSTANCIAS LOCALES.
- 8) **REACCIÓN VAGAL MENOR.** CONSISTE EN NAÚSEAS, VÓMITOS O - AMBOS, DESVANECIMIENTO, SINCOPE Y PULSO LENTO. SE TRATA MEDIANTE LA OBSERVACIÓN Y TRANQUILIZACIÓN DE LA PACIENTE.
- 9) **HEMATOMETRA AGUDO.** ESTE ES UN ESTADO EN EL QUE EL FLUJO DESDE EL ÚTERO ESTÁ OBSTRUÍDO DANDO LUGAR A SANGRADO INTRAUTERINO, CÓLICO SEVERO Y SÍNTOMAS VAGALES, GENERALMENTE DENTRO DE LAS DOS HORAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO, EL ÚTERO ESTA MÁS GRANDE QUE ANTES DE TRATAMIENTO Y MUY DOLOROSO. ESTE ESTADO ES TRATADO HABITUALMENTE VOLVIENDO A EVACUAR EL ÚTERO Y DANDO UTEROTÓNICOS O MASAJE AL ÚTERO PARA CONSERVARLO CONTRAÍDO.
- 10) **EMBARAZO ECTÓPICO NO DIAGNOSTICADO.** PUEDE EVITARSE MEDIANTE UNA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA CUIDADOSA Y UNA INSEPCCIÓN ACUCIOSA DE LOS RESTOS EVACUADOS.
- 11) **EMBOLIA GASEOSA.** ES RARA PERO PODRÍA PRESENTARSE SI EL ÉMBOLO DE LA JERINGA FUERA EMPUJADO HACIA ADELANTE MIENTRAS LA CÁNULA SE ENCUENTRA EN EL ÚTERO.

IV.- USO DE ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA PARA EL TRATA -
MIENTO DE ABORTO INCOMPLETO.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AHUED, A. J.R. MORALES L.C. RIZOS, J. KAHAM H.J. EXPE -
RIENCIA DE UN METODO SISTEMA DE SUCCION PARA LEGRADO UTE
RINO: GINEC.OBSTET" MEX.,43'387,1978.

ANDERSON, GOIL V. MD. SUCTTION CURETTAGE IN THE -
EMERGENCY

DEPARTMENT: THE APPROPRIATENESS OF ADDING THIS TO THE -
TRAINING OF RESIDENTS. ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE, -
11;12 DECEMBER 1982.

DECENZO, JOSEPH A. AND CAVANAGH, DENIS, MANAGEMENT OF
INCOMPLETE ABORTION ON AN OUTPATIENT BASIC. AMERICAN
JOURNAL OBST.&GYNEC. 97:17-20, JANUARY 1967.

FARREL, ROY G.ET AL. ABORTO INCOMPLETO E INEVITABLE; -
TRATAMIENTO DE LEGRADO POR SUCCION EN EL DEPARTAMENTO
DE EMRGENCIAS. ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE, 11;12, -
DIC. 1982.

FILSHIE, G.M. ET A. EVACUATION OF RETAINED PRODUCTS -
OF CONCEPTION IN A TREATMENT ROOM AND WITHOUT GENERAL
ANAESTHESIA. BRITISH JOURNAL OF OBSTEC. AND GYNAE. VOL.
84 514-516 JUL 1977.

FORTNEY, JUDITH A. EL USO DE RECURSOS HOSPITALARIOS -
PARA TRATAR ABORTOS INCOMPLETOS: EJEMPLOS EN AMERICA
LATINA, PUBLIC HEALTH REPORTS, V. 96(6)579,NOV.1981.

GIBOS, C.C. RAYER, D,A, TRATMENT ROOM CURETTAGE AFTER
SPONTANEOUS INCOMPLETE ABORTION. 38;124.1968.

HIGUERA CACETES" GLORIA, MANEJO HOSPITALARIO DEL ABORTO INCOMPLETO; ESTUDIO COMPARATIVO DEL CURETAJE UTERINO - VERSUS LA ASPIRACION POR VACIOS. CORPORATIVO CENTRO REGIONAL DE POBLACION MONOGRAPHS 16:45-81,1981.

HILL, DAVID L. HAMAGEMENT OF INCOMPLETE APORTION WITH - VACUUM CURETTAGE. MINNESOTA MEDICINE. MARCH 1971.

FAVORITY, H.E.I. ET. OF ' SUCTION APORTION VERSUS TRADI- TIONAL EVACUATION IN THE MANAGEMENT OF FEDERATION INEVI- TABLE ABORTIONS. THE FIFTH AMERICAN FEDERATION CONGRESS, 25-28 NOVEMBER, 1985, CAIRO, EGYPT.

RIZZO. APM AND KO ROGO" ASSESMENT OF THE MANUAL VACCUM ASPIRATION (MUA) EQUIPMENT IN THE MANAGEMENT OF INCOM - PLETE ABORTION. EAST AFRICAN MEDICAL JOURNAL, VOL. 67- No. 11 NOVEMBER 1990.

LADIPO O.A. TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO: PREVEN - CION Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS.- THE - CHRISTOPHER TIETZE INTERNATIONAL SYMPOSIUM, RIO DE JA - NEIRO, BRASIL, OCT. 1988.

LEWIS, J.A.A AND COCERES, E.M. MANAGEMENT OF INCOMPLETE APORTION: COMPLETION BY VACUUM ASPIRATION AND BY SHARP - CURETTAGE, IMPATIENT AND OUTPATIENT PROCEDURES, INTER - NATIONAL FERTILITY RESEARCH PROGRAM, RESEARCH TRIANGLE - PARK, N..C. SEPTEMBER . 1979.

MARIK, JUROSLAV J. AND LANGLOSS, PETER L. CLINICAL AND - PATHOLOGIC EVALUATION DE UTERINE VACUUN CURETTAGE FOR -- INCOMPLETE ABORTION. THE JOURNAL OF REFORFUCTIVE MEDICI - NE, 1;2 P,187-189 MARCH-APRIL 1968.

MARSHALL, B. EMERGENCY ROOM VACUUM CORETTAGE FOR INCOMPLE

TE ABORTION. J., REPRODUCTIVE MED: 6;61,1971,

POLOND, B.J. MILLER, JR. JONES DC, ET AL.-CONSEJERIA EN SALUD REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON ABORTO ESPONTANEO. AM. J. OBSTET. GYNEC. 127; 685-691,1977.

ROSHID, SOKEND AND SMITH P. SUCTION EVACUATION OF UTERUS FOR INCOMPLETE ABORTION. THE JOURNAL OF OBSTETRICS AND - GYNECOLOGY OF THE BRIT, CWLTH. VOL. 77 P. 1047-1048 NOV. 1970.

SODERSTROM, RICHARD M.A. MANUAL VACUUM SYRINGE FOR UTERINE EVACUATION, CONTEMPORARY OB/GYN APRIL 1991.

TAP, PAUL H. RATNAM, S.S. AND QUEK, S.P. VACUUM ASPIRATION IN THE TREATMENT OF INCOMPLETE ABORTION, J. OBSTET. SYNDEC. BRIT, CWLTH, VOL 76 P. 836, SEPT. 1969.

TOMLANOVICH, MICHAEL C. SUCTION CURETTAGE FOR INCOMPLETE AND INEVITABLE ABORTION AN EMERGENCY MEDICINE PROCEDURE ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE, 11;12 P.84-85 DECEMBER 1982.

WORDL HEALTH ORGANIZATION, ESSENTIAL OBSTETRIC FUNCTIONS AT FIRST REFERRAL LEVEL. WHO FHE/86,4 GENEVA 1986.

N ENGL. I. MED. 295 1397-1399 DICIEMBRE 16 1976.

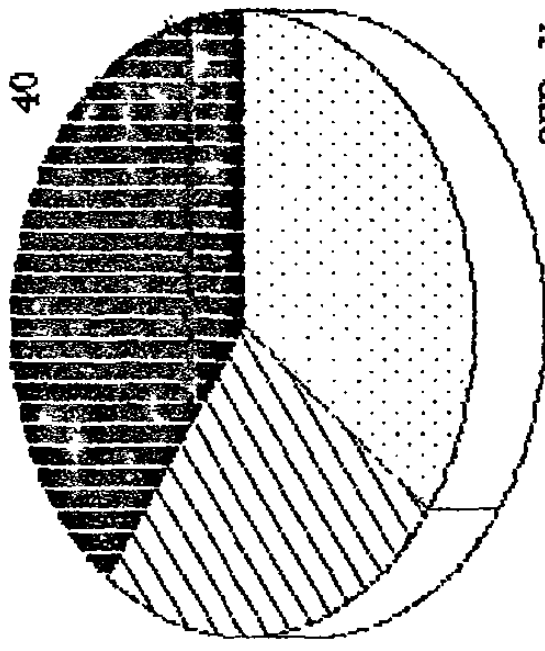
190 PROCEDIMIENTOS EN
PACIENTES CON ABORTO
INCOMPLETO MENOR DE 12
SEMANAS.

68 PACIENTES CON
SEGUIMIENTO COMPLETO.

EDAD
PROMEDIO 24 ANOS.
< DE 14 ANOS.
> DE 40 ANOS.

GESTAS

PRIMIGESTAS
40

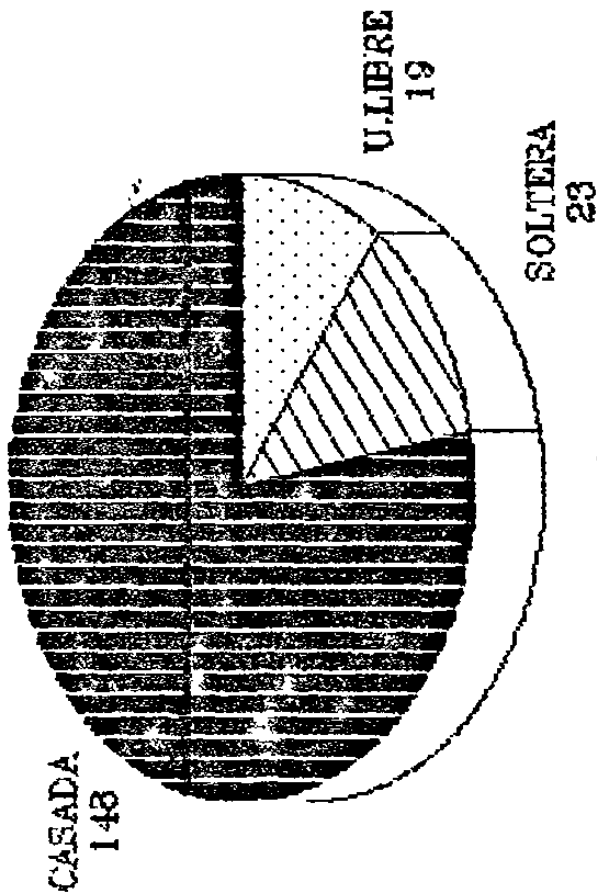


3ER. Y + GESTAS
36

2DA. GESTA
26

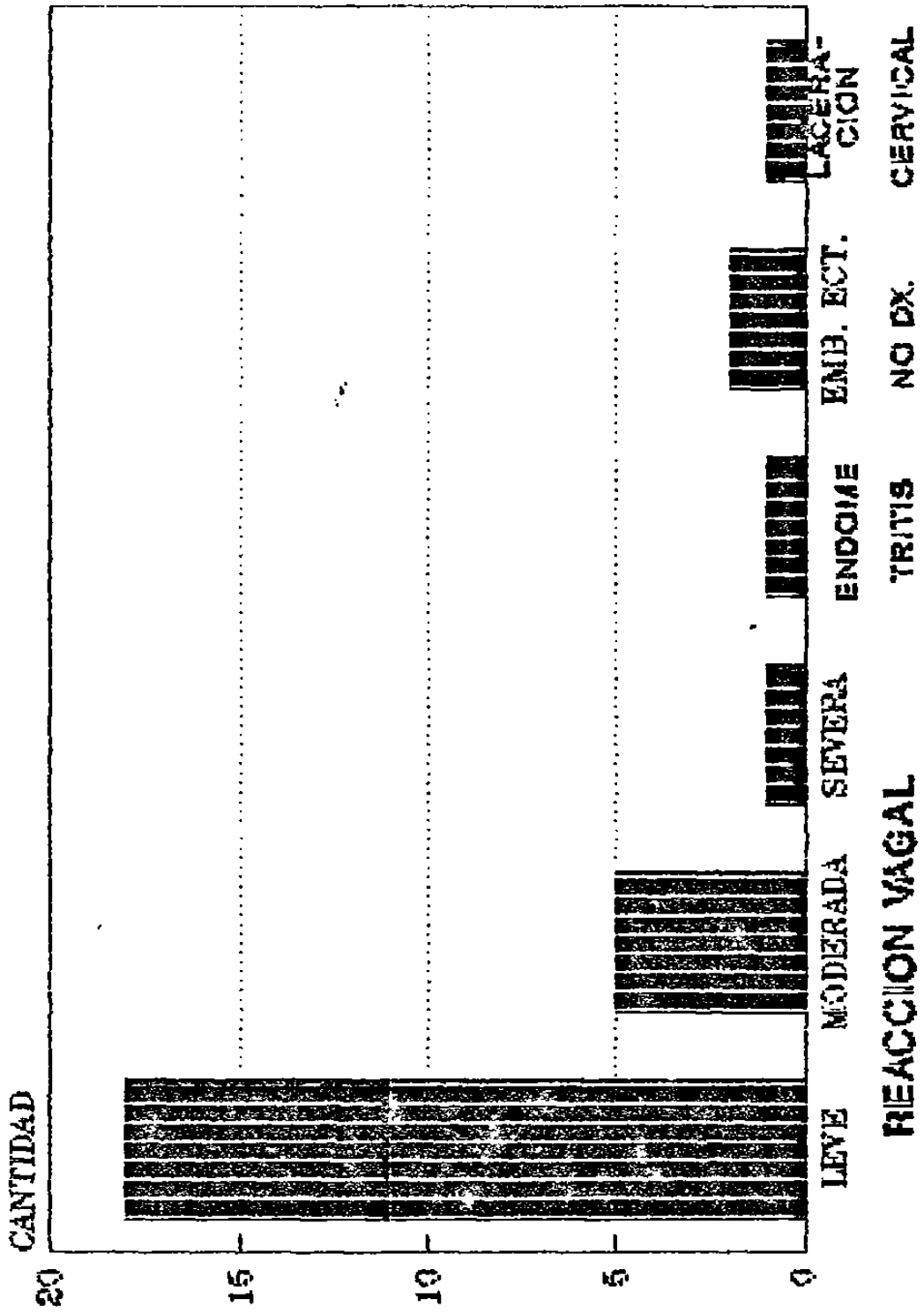
PORCENTAJE

ESTADO CIVIL



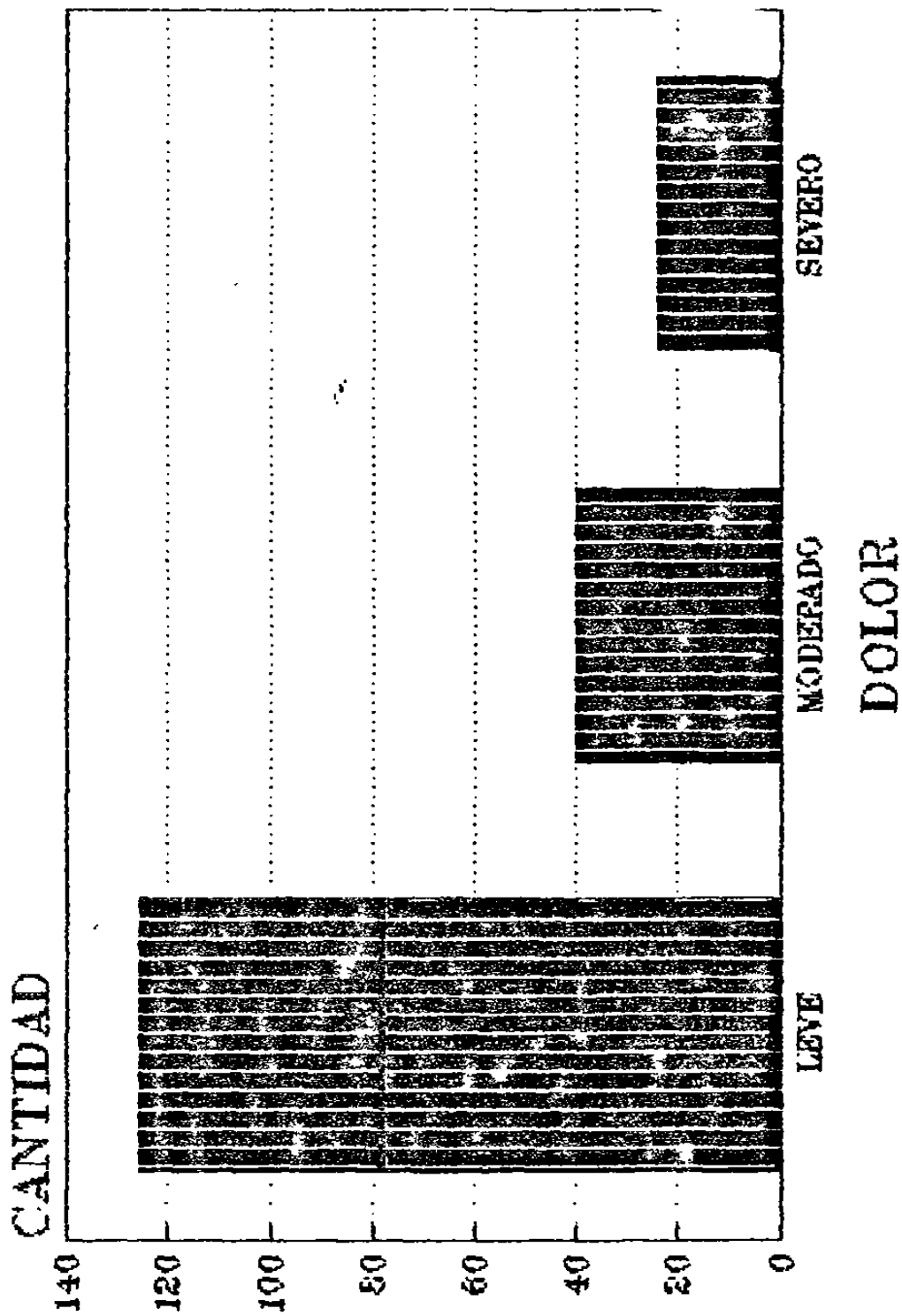
NUMERO TOTAL

COMPLICACIONES

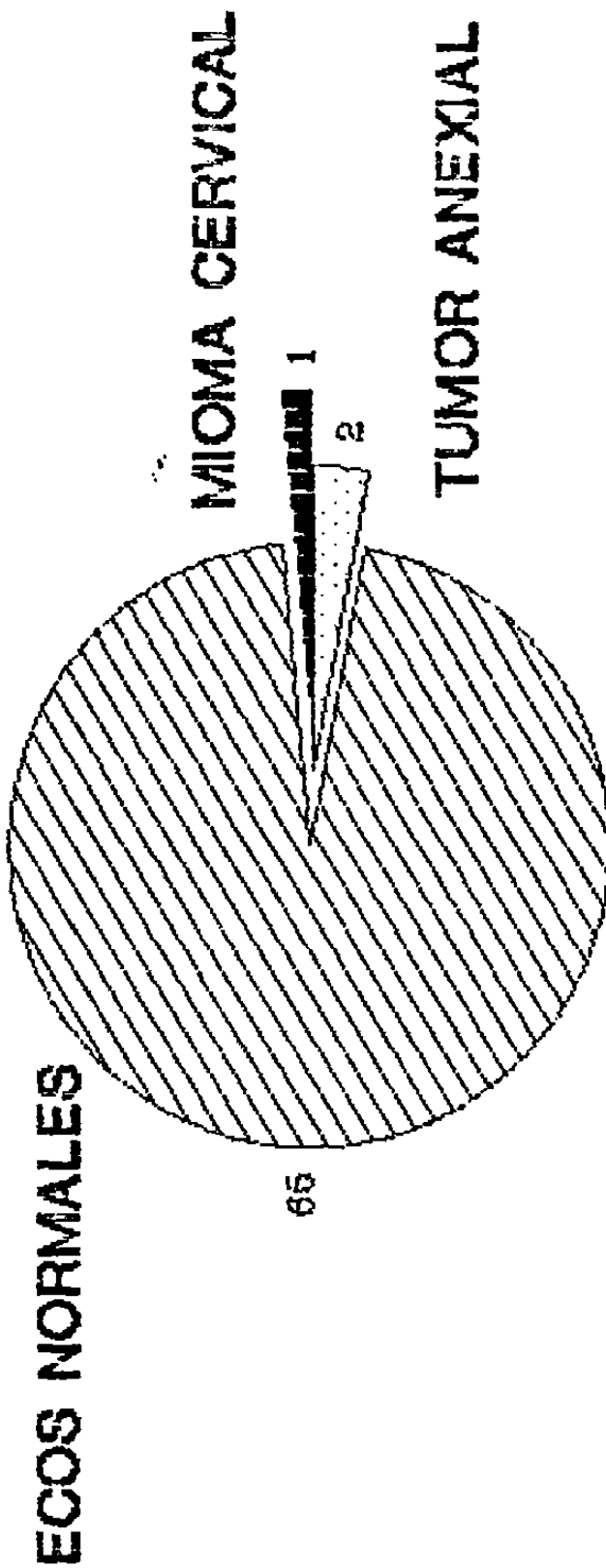


REACCION VAGAL

DOLOR DURANTE EL PROCEDIMIENTO



**RESULTADOS ECOGRAFICOS
100% ECOS SIN EVIDENCIA DE RESTOS
PLACENTARIOS**

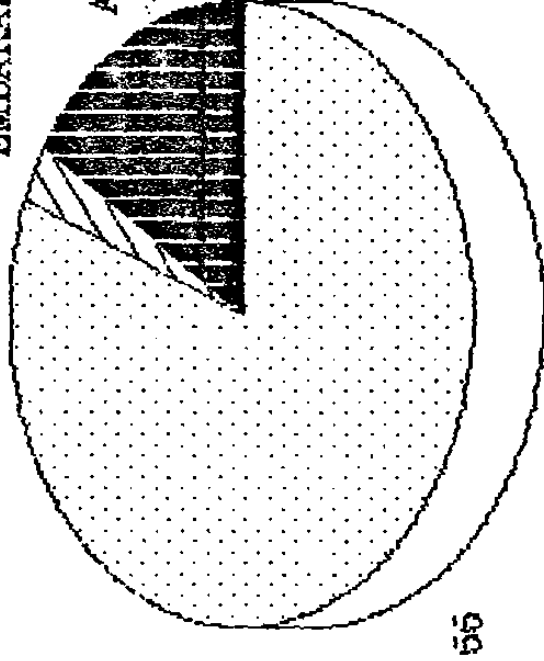


CANTIDAD TOTAL

RESULTADOS DE ANATOMIA PATOLOGICA DECIDUITIS AGUDA

13

EMBARAZO ECTOPICO
2
ABORTO COMP.
11



VELLOSIDADES CORIALES

CANTIDAD TOTAL

APARICION DE MENSTRUACION

PROMEDIO 32.5 DIAS

< DE 21 DIAS.

> DE 60 DIAS.

