



11217 2j 165
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESTUDIO MULTICENTRICO SOBRE ASPIRACION MANUAL
ENDOUTERINA COMO PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

TESIS

Para obtener el reconocimiento de la especialidad de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Del Doctor:

MARIA DOLORES VILLALON TINOCO

ANA GLORIA ALONSO MEYIA

CARLOS MARTO GURMAN SANCHEZ

MORELIA, MICHOACAN 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE ASPIRACIÓN MANUAL
ENDOUTERINA COMO PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO**

T E S I S

Para obtener el reconocimiento de la especialidad de:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Del Doctor:

María Dolores Villalón Tinoco.

Morelia, Michoacán 1993

**ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE
ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
COMO PROCEDIMIENTO
TERAPÉUTICO**

Realizado en:

Hospital General "Dr. Miguel Silva", Morelia, Mich.

Hospital General de Lázaro Cárdenas, Mich.

Hospital General de la Piedad, Mich.

Morelia, Michoacán

Junio 1989 - Septiembre 1990

**ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
COMO PROCEDIMIENTO
TERAPÉUTICO**

Autor: *Dra. María Dolores Villalón Tinoco*

Coautores: *Dra. Ana Gloria Alonso Mejía*
Dr. Carlos Mario Guzmán Sánchez

Asesor: *Dr. Rogelio Vallejo Castro*

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Rogelio Vallejo Castro
Jefe de Servicio
Asesor de tesis

Dr. José Antonio Sereno Coló
Prof. titular del curso

Dra. María Dolores Villalón Tinoco
Autor



Dra. Ana Gloria Alonso Mejía
Autor

SERVICIOS COORDINADOS
DE SALUD PÚBLICA -
MICHOCAN
JEFATURA DE ENSEÑANZA
Hospital Gen. "Dr. Miguel Alemán"
MORELIA, MICHO.

Dr. Carlos Guzmán Sánchez
Autor

Dr. Rogelio Vallejo Castro
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia
Asesor de tesis

Rogelio Vallejo C

Dr. José Antonio Sereno Coló
Profesor titular del curso

José Antonio Sereno Coló

Dr. Juan Ignacio Cárdenas
Director

Dr. Miguel Rebollo Izquierdo
Jefe de enseñanza

Miguel Rebollo Izquierdo

Dr. Mario Alvizouri Muñoz
Jefe de Investigación Clínica y Biomédica

Mario Alvizouri Muñoz

A DIOS:

Por todo lo que me ha dado, ¡gracias! por permitirme ser lo que soy.

"Si Dios con nosotros, ¿quién contra nosotros?"

- Biblia - Romanos 8:31

A MI JESÚS:

Por su gran amor y comprensión

"El verdadero amor, el amor ideal, el amor del alma, es el que sólo desea la felicidad de la persona amada..."

-Jacinto Benavente-

A CLAUDIA Y ALEX:

Porque a pesar del tiempo que les quité, me siguen amando y dando gran felicidad.

"La felicidad es gratitud por el presente, gozo del pasado y fe en el futuro."

- Proverbio Inglés -

A MI MADRE:

Por acompañarme siempre, porque fue fundamental su apoyo para mi formación personal y profesional.

"Como Dios no podía estar en todas partes, entonces hizo a las madres."
- Proverbio Judío -

A MIS HERMANOS Y COMPAÑEROS:

Por impulsarme con sus consejos y ayuda en todos mis propósitos.

*"Para ser recto el consejo, es necesario que sea no de aquel que yo quisiera,
sino de aquel que me quiera."*
- Zorrilla -

AL DR. ROGELIO VALLEJO CASTRO:

Por la gran ayuda que me proporcionó, pero mil gracias por brindármela con entusiasmo.

"Andaré alrededor de tu altar...para exclamar con voz de acción de gracias, y contar todas tus maravillas."

- Biblia - Salmos, 26: 6,7

A LA DRA. YARA PINEDA MÁRQUEZ:

Por brindarnos su apoyo y su amistad.

"Un verdadero amigo es un alma en dos cuerpos"

- Aristóteles -

A MIS MAESTROS:

Dr. José Antonio Sereno Coló

Dr. José González Tapia

Dr. Víctor Corona Alva

Dr. Marco E. Araiza Ruiz

Dr. Víctor Urbina Rincón

Dr. Gustavo Martínez Alcaraz

Dr. Jorge Zepeda Barrios

Dr. Manuel Ayala Támez

Dr. Rafael Márquez Cárdenas

Agradezco infinitamente, en mi formación profesional.

"Soy parte de todo lo que conozco"

- Tennyson-

ESTUDIO MULTICENTRICO SOBRE ASPIRACIÓN
MANUAL ENDUOTERINA
COMO PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO

ÍNDICE

Introduccion	1
Historia	3
Objetivo	5
Justificacion	7
Material, Metodos y Pacientes	8
Resultados	18
Discusion	24
Bibliografia	32

INTRODUCCIÓN:

El aborto incompleto y sus complicaciones, continúa siendo un grave problema de salud en la mayoría de los países sub-desarrollados del mundo dentro de los cuales se encuentra México. En los textos clásicos de obstetricia se citan cifras estadísticas de frecuencia que varían del 10% (Williams) hasta el 20% (Danforth) o bien cifras como las del Instituto Alan Guttmacher estima que en 1987 hubo entre 36 y 51 millones de abortos de los cuales 10 a 20 millones fueron provocados. A esta cifra debemos agregar que en países como el nuestro donde el aborto es ilegal, la gran cantidad de abortos que se practican clandestinamente harían esta estadística muy grande. Sin embargo las estadísticas generales sobre las tasas de aborto y aún la nuestra que vamos a presentar se tomó comparándola al total de ingresos obstétricos y que en última instancia son las que ocupan camas de Hospital.

Es sorprendente saber que para una patología tan frecuente, no se le halla tomado la importancia suficiente y que en algunos hospitales aún se efectúen tratamientos tradicionales que aunque muy buenos pueden ser superados por otros en eficacia y seguridad.

¿Y que decir de la morbi-mortalidad materna por esta patología?

continúa habiendo muertes maternas directamente relacionadas con el aborto a los métodos para solucionar las complicaciones del mismo y si todo esto fuera poco, cada día que pasa los hospitales se ven en dificultades para cubrir la demanda de atención por el volumen poblacional grande en relación al número total de camas.

Otro aspecto importante son el grupo de población que se atiende que generalmente son pacientes de escasos recursos económicos y bajo nivel cultural lo que dificulta la prevención con métodos contraceptivos y que hace difícil la labor de convencimiento del personal de salud de Planificación Familiar y que se ve reflejado claramente en la tasa de aceptación de métodos. En nuestro Hospital la mayoría de las pacientes son de este tipo y entonces resulta interesante saber que relación existe entre el nivel cultural, la aceptación del método de AMEU y la aceptación de métodos contraceptivos.

De aquí nació la inquietud de realizar un trabajo prospectivo sobre el método de AMEU para conocer la ventaja que tiene en relación al tratamiento tradicional y que pudiera ayudar a solucionar parcialmente estos problemas médico-administrativos y fue así que se puso a funcionar un programa para la utilización de un sistema de aspiración manual endouterina para el tratamiento de las complicaciones del aborto, en tres hospitales del estado de Michoacán, entre los cuáles está el nuestro, programa del cual les muestro los resultados.

HISTORIA:

La aspiración manual endouterina puede haber tenido su origen en la edad media al utilizar sanguijuelas para la extracción de sangre del útero.

En 1860 Sir James Young Simpson en Escocia instruyó a sus estudiantes sobre el uso de los tubos y jeringas para colocar sanguijuelas en el cérvix.

En 1935 el Dr. Emmil Novak desarrolló una cureta con succión eléctrica que se utiliza para comprobar la ovulación.

El Dr. Novak señaló, que en 1938 el Dr. Bel Lorínez en Hungría utilizó una bomba de succión para efectuar curetaje del fondo uterino sin anestesia ni grandes molestias para la paciente.

En 1961 el Dr. Melks introdujo en la URSS el método, del cual informó en el X Congreso Soviético de Ginecología realizado en Moscú en 1963.

En 1967 llegaron informes de Europa Oriental y Reino Unido, pero
1972 Karman y Potss publicaron el diseño de una jeringa de plástico y cánulas
flexibles jeringas y Cánulas de Karman.

Hatcher reportó que la aspiración con jeringa se prefiere al legrado
uterino instrumental por ser una técnica simple, rápida, realizable con poco
instrumental y habitualmente con anestesia local.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Evaluación del método de evacuación uterina por succión en cuanto a facilidad de aprendizaje, dificultad técnica para la realización del procedimiento, impacto de su uso en la población estudiada, complicaciones del procedimiento y como evaluación paralela al impacto de la educación en las pacientes y personal médico sobre las tasas de aceptación de métodos contraceptivos.

JUSTIFICACIÓN:

En el estado de Michoacán se ha reconocido que las pacientes que ameritan de un procedimiento evacuador del útero representan un 10.7% del total de ingresos obstétricos por año, entre ellos el aborto incompleto es la patología que abarca más del 90% de los casos, el resto son biopsias de endometrio para estudio de sangrados anormales perimenopáusicos y aspiración por deciduodometritis post-parto.

Dado que existe una alta demanda de manejo quirúrgico de las patologías mencionadas nos propusimos analizar 369 casos de AMEU utilizando la jeringa de Karma y cánulas flexibles para la extracción del contenido uterino, y al mismo tiempo investigar la morbilidad transoperatoria; ya que con este procedimiento se a mencionado que:

- La pérdida sanguíneas es menor.
- Los riesgos de infección son escasos.
- La perforación uterina es rara.
- Se realiza rápidamente.
- Puede realizarse sin anestesia.
- Conserva recursos del sistema de salud.
- Mejora el manejo administrativo de las pacientes.

- Reduce el costo.
- Reduce el tiempo de estancia hospitalaria.

Todos estos datos tienen implicaciones de largo alcance dado que en algunos países del 50% al 60% de los presupuestos de ginecología y obstetricia están dedicados a procedimientos evacuadores del útero.

MATERIAL, MÉTODOS Y PACIENTES:

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo en el que una vez cumplidos los criterios de inclusión la paciente se somete a A.M.E.U. y se evalúa su evolución inmediata y tardía.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General del segundo nivel "Dr. Miguel Silva" de Morelia y en los centros de primer nivel de Apatzingán y La Piedad, que atienden población abierta del estado de Michoacán.

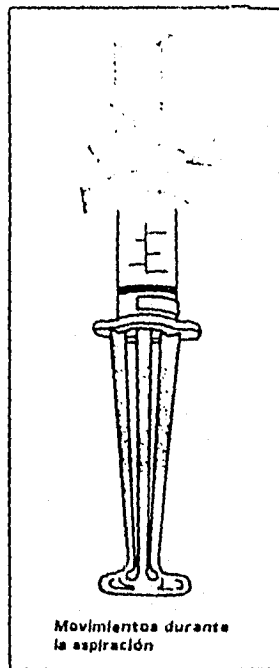
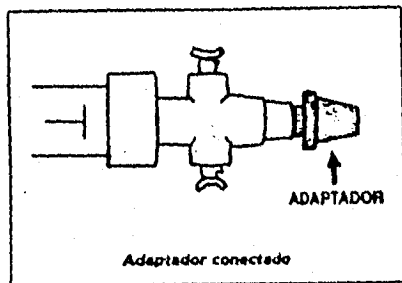
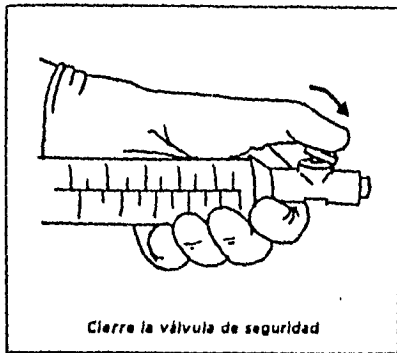
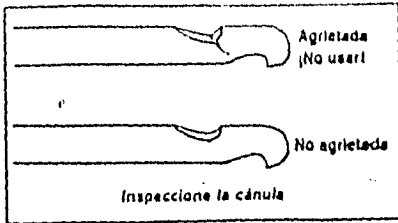
Inicialmente se realizó un curso de adiestramiento en la técnica de AMEU para el personal involucrado en el manejo de pacientes, posteriormente se uniformaron criterios sobre el registro en los formularios estándar y se inició la atención y seguimiento de las pacientes de acuerdo a los lineamientos del manual de procedimientos de dicha técnica.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

AMEU son las siglas de Aspiración Manual Endo-uterina, método que consiste en una jeringa de plástico con un mecanismo de vacío sostenido que puede ser liberado por una válvula a la cual se unen las cánulas

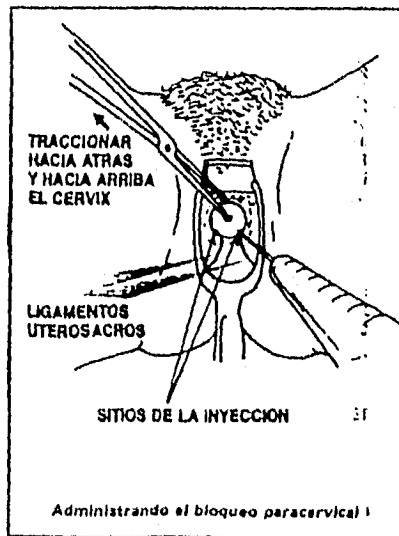
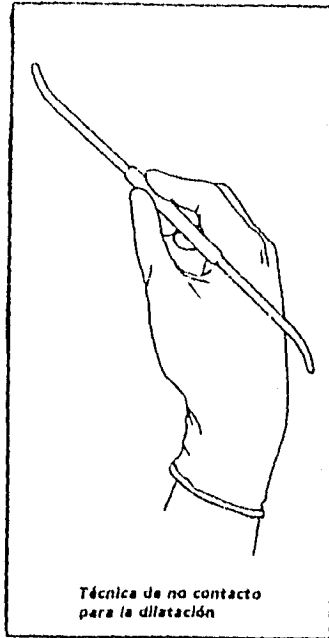
plásticas de diversos calibres (4 a 12 mm.), las cuales introducidas a la cavidad uterina podrán aspirar el contenido de la cavidad y depositarlo en el cuerpo de la jeringa.

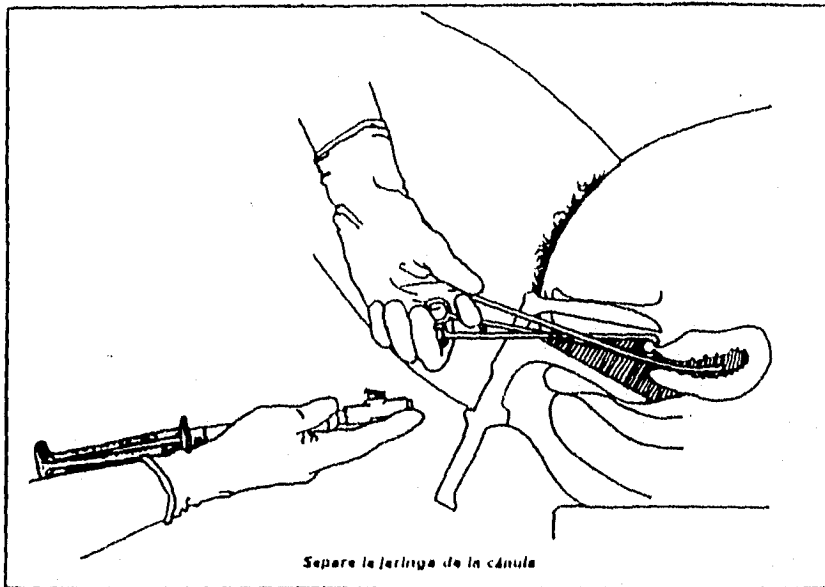
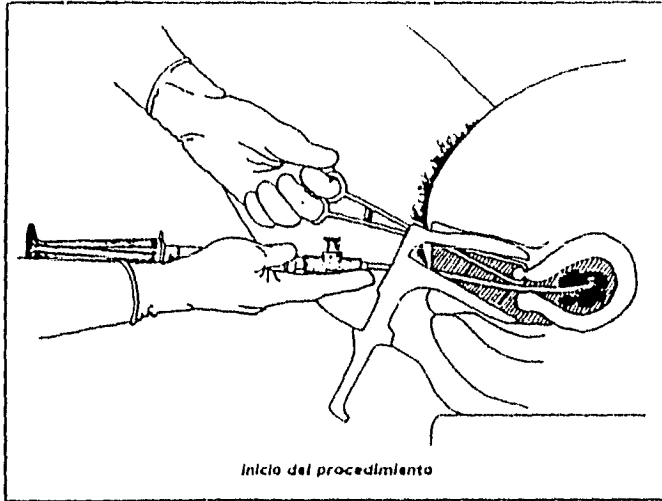
Además de este equipo se requirió de un espejo vaginal, una pinza de anillos y una pinza de Possi, una flanera de vidrio, torundas de algodón, una jeringa de 10 ml., y una aguja de raquia número 22, un campo hendido, guantes xylocaina simple al 2%.



DESCRIPCION DEL MÉTODO:

Previa información a la paciente sobre el método, y con la enferma en posición de litotomía, se hace evaluación del tamaño uterino y las condiciones cervicales y se comparan con la amenorrea mencionada. Se cambia de guantes y se coloca espejo vaginal, hasta este momento se limpia la vagina y el cérvix con solución de yodopovidona. Se infiltra un punto de xylocaina en el sitio donde será colocada la pinza de Possi, misma que servirá para movilizar el útero hacia adelante y se pueda de esta manera identificar los ligamentos uterosacros sitio donde se administran 2 mls. en cada lado de xylocaina para bloqueo paracervical. Una vez con anestesia del cérvix, este es el momento crucial del método, ya que la cánula en su extremo uterino, no deberá tocar ninguna otra cosa que no sea el canal cervical y una vez dentro del útero no deberá salir. Se observa la histerometría en los puntos de medición de las cánulas y si esta dentro de las normas, se continua adaptando la cánula a la jeringa previamente armada y con vacío hecho. Con movimientos de vaivén y de rotación de 90 grados se hace la aspiración hasta que se "siente limpio" (sensación similar a la del legrado instrumental). El criterio de limpieza se tomó observando el cese de la hemorragia y la salida de sangre roja con burbujas de aire escasa.





PACIENTES:

El procedimiento se hizo en el área de primer contacto con el paciente (urgencias de maternidad), y se realizó a todas las pacientes que reunieran los siguientes requisitos:

1. **A**boroto incompleto con un tamaño uterino menor al que corresponde un embarazo de 12 semanas, y definido con los criterios habituales de diagnóstico.
2. **S**in evidencia de traumatismo cervical o infección.
3. **Q**ue aceptara participar en este método.
4. **Q**ue no tuviera patología agregada.
5. **Q**ue no tuviera signos de choque.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. **P**acientes con discordancia entre amenorrea y tamaño uterino (úteros de mayor tamaño al esperado).
2. **C**uando se observó traumatismo cervical al momento de la limpieza.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Cédulas de recolección de datos incompletos.

Se evaluó:

1. La tolerancia al método. (número de pacientes que aceptaron y que toleraron sin control del dolor el procedimiento).
2. La tasa de fallas definida esta como la terminación del procedimiento en quirófano con el método tradicional o bien succión incompleta.
3. El número y tipo de complicaciones.
4. La relación entre los distintos grados de capacitación.
5. La aceptación de métodos contraceptivos en relación a antes de la consejería y después y su relación con la educación escolar de las pacientes.

TIEMPO DEL ESTUDIO:

De 1989 a 1990.

FORMATO DE PREGUNTAS:

1. País: (1) México (2) Otro
- 2.- Código del centro.
(2) La Piedad (3) Morelia (4) Lázaro Cárdenas.
- 3.- Fecha de ingreso: _____, 5.- Fecha de alta: _____
(Día/Mes/Año.) (Día/Mes/año)
- 4.- Hora de ingreso: _____, 6.- Hora de alta: _____
- 7.- Tipo de consulta: (1) Externa. (2) Hospitalización.
- 8.- Categoría del médico:
(1) Médico Gineco-Obstetra.
(2) Otro especialista.
(3) Médico General
(4) Residente.
(5) Interno.
- 9.- Edad en años: _____
- 10.- Estado civil:
(1) Misma localidad.
(2) Otro pueblo.
(3) Otra ciudad.
(4) Rancho.
- 11.- Lugar de residencia:
(1) Unión libre.
(2) Casada.
(3) Viuda, separada o divorciada.
(4) Soltero.
- 12.- Escolaridad:
(1) Ninguna
(2) Primaria
(3) Preparatoria
(5) Profesional
- 13.- Trabajo en los últimos 30 días:
(1) Si. (2) No.
- 14.- Condición de trabajo:
(1) No trabaja fuera.
(2) Estudia.
(3) Trabaja fuera de casa.
(4) No trabaja.
- 15.- Número de embarazos previos: _____.
- 16.- Hijos nacidos vivos actualmente vivos: _____.
- 17.- Hijos nacidos actualmente fallecidos: _____.
- 18.- Número de hijos nacidos muertos: _____.
- 19.- Número de abortos (incluyendo este): _____.
- 20.- Fecha de última menstruación: _____.

21.- Último método usado antes del embarazo:

- (1) Ninguno.
- (2) DIU.
- (3) Pastillas.
- (4) Desconocimiento.
- (5) Óvulos, jaleas, espermicidas.
- (6) Inyecciones.
- (7) Ritmo, retiro.
- (8) Condones y otro.
- (9) Lactancia.
- (10) Operación femenina.

22.- Razón de no uso en el último mes:

- (1) Deseo de embarazo.
- (2) Pareja se opone.
- (3) Efectos colaterales.
- (4) Desconocimiento.
- (5) Desidia.
- (6) No lo creyó necesario.
- (7) Otro.

23.- Tipo de aborto:

- (1) Provocado.
- (2) Espontáneo.
- (3) No determinado.

24.- Razón para no efectuar el procedimiento:

- (1) Aborto incompleto
- (2) Biopsia de endometrio.
- (3) Mola hadatiforme.
- (4) Otra.
- (5) Aborto evolución.

25.- Tiempo estimado del embarazo (semanas) : _____.

26.- Tamaño estimado del útero: _____.

27.- Complicaciones a la admisión:

- (1) Si.
- (2) No.

28.- Signos de infección

- (1) Si.
- (2) No.

29.- Traumatismo cervical:

- (1) Si.
- (2) No.

30.- Perforación uterina:

- (1) Si.
- (2) No.

31.- Hemorragia:

- (1) Si.
- (2) No.

32.- Estado choque:

- (1) Si.
- (2) No.

33.- Enfermedades de transmisión sexual:

- (1) Si.
- (2) No.

34.- Otra complicación

- (1) Si.
- (2) No.

35.- Número de días desde la primera complicación: _____.

- 36.- Método de tratamiento:
 (1) Solo aspiración
 (2) Aspiración y LUJ
 (3) Solo LUJ
- 37.- Tipo de cánula usada:
 (1) Flexible
 (2) Plástico
 (3) Metálica
- 38.-Número de cánulas usadas: _____, 39.-Tamaño mayor de la cánula usada: _____.
- 40.- Fuente de vacío:
 (1) Sencille.
 (2) Doble.
- 41.- Hora inicio del procedimiento: _____.
- 42.-. Horas término del procedimiento: _____ 43.- Procedimiento realizado en:
 (1) Sala de tratamiento.
 (2) Sala de Urgencias.
 (3) Consulta externa.
 (4) Sala de expulsión.
- 44.- Medicamentos administrados:
 (1) Si.
 (2) No.
- 45.- Antibióticos:
 (1) Si.
 (2) No.
- 46.- Transfusión de sangre:
 (1) Si.
 (2) No.
- 47.- Momento en que se aplicó la transfusión de sangre: _____.
- 48.- Bloqueo peridural:
 (1) Si.
 (2) No.
- 49.- Sedación:
 (1) Si.
 (2) No.
- 50.- Anestesia general:
 (1) Si.
 (2) No.
- 51.- Complicaciones relativas al procedimiento:
 (1) Si.
 (2) No.
- 52.- Evacuación incompleta:
 (1) Si.
 (2) No.
- 53.- Inferencia de planificación familiar y/o después del procedimiento:
 (1) Si.
 (2) No.
- 54.- Asesoría proporcionada por:
 (1) Médico.
 (2) Enfermera.
 (3) Trabajo Social.
 (4) Médico y otro.
- 55.- Método elegido:
 (1) Ninguno.
 (2) DIU.
 (3) Pastillas.
 (4) Condones.
 (5) Inyecciones.
 (6) Ritmo/Retiro.
 (7) Condón y otro.
 (8) Operación femenina.

56.- Razón de no uso:

- (1) Más hijos.
- (2) Ella se opona a idea.
- (3) Pareja se opona a idea.
- (4) Efectos colaterales.
- (5) Uso próximo.
- (6) Otro.
- (7) Método aceptado.

57.- La paciente recibió:

- (1) Información General.
- (2) Método.
- (3) Cita.
- (4) Referencia otra unidad.
- (5) Otro.

58.- Comentarios y observaciones:

- (1) Satisfactorio.
- (2) Dolor moderado.
- (3) Dolor importante.
- (4) Embarazo con útero mayor.
- (5) Planificación familiar.
- (6) Otros.

RESULTADOS:

Durante los dos años en que se llevó a cabo el presente estudio se realizaron 369 procedimientos de A.M.E.U. (aspiración manual endouterina) debidamente documentados en las cédulas de recolección de datos. De estos, 185 fueron realizados en nuestro Hospital (Hospital General S.S.A. Dr. Miguel Silva de Morelia) y el resto se hicieron en centros de atención de primer nivel de Apatzingán y La Piedad Michoacán.

Las pacientes fueron atendidas por médicos con distintos grados de capacitación profesional, y del total, 30 (8.7%) fueron atendidas por ginecólogos; 10 (2.7%) por médicos especialistas de otras ramas médicas y quirúrgicas; 87 (23.6%) por médicos generales; 113 (30.6%) por médicos internos de pregrado y 128 (34.7%) por médicos residentes de la especialidad de ginecología.

La tolerancia al método interpretada como tolerancia sin manifestación de dolor fue en general aceptable: En 91 pacientes (24.5%) hubo necesidad de utilizar algún método para control de dolor. De este grupo que requirió control de dolor se usaron distintos métodos, de los cuales, en 56 (15.2%) se uso analgesia; en 23 (6.2 %) bloqueo paracervical; en 4 (1.1%) anestesia general i.v. y en 2 (.5%) bloqueo peridural. Analizando estos datos en relación a la capacitación médica se

CONTROL DEL DOLOR:

No. de pacientes en que controló el dolor 91 (24.7%).

No. de pacientes sin control del dolor 278 (75.3%).

MÉTODO ANESTÉSICO	CASOS	%
Analgesia	56	15.2
No analgesia	35	9.5
	total: 91	
Bloqueo Cervical	8	2.2
No bloqueo	83	22.5
	total: 81	
Bloqueo Peridural	2	.5
Sin bloqueo	89	24.1
	total: 91	
Sedación	23	6.2
Sin sedación	89	18.4
	total: 91	
Anestesia general	4	1.1
Sin anestesia general	87	23.6
	total: 91	

encontró que los médicos residentes hicieron el 92.2 % de los procedimientos sin control del dolor; otros especialistas el 80 %; otros médicos generales el 74.4 %; el gineco-obstetra en 70 %; y el médico interno de pregrado en 58.4 % con una chi cuadrada de 37.79 % y significancia estadística de .0000.

Se presentaron complicaciones en 5 pacientes (1.4 %). Una de ellas fue evacuación incompleta que requirió de legrado instrumental posteriormente; dos fueron traumatismo cervical (.5 %); una más con sangrado no controlado (.3 %) y otra complicación que no fue especificada. El porcentaje de procedimientos realizados por grado de capacitación médica sin complicaciones fue de 100 % para especialistas de diversas ramas y para médicos generales, 98.4 % para residentes de la especialidad de ginecología, 98.2 % para internos de pregrado y sólo 96.7 % para médicos gineco-obstetras. Con una chi cuadrada de 2.39 con significancia de .664. Es importante mencionar que no se presentaron perforaciones uterinas en este grupo estudiado.

La protección contraceptiva de nuestro grupo de pacientes estuvo muy baja, ya que únicamente 21.7 % usaban algún método antes de la realización del mismo, se observó un aumento de la aceptación de métodos contraceptivos hasta alcanzar el 42 % lo que significa el doble de la población inicial. Si analizamos que proporción de la población aceptó métodos en relación a la capacitación del médico obtuvimos los siguientes

resultados: Con el médico interno de pregrado el 64.3% no aceptó método; con el residente el 57.6 %; con el médico general el 57.6 %; con el ginecólogo el 55.6 % y con otros especialistas el 40 % con una chi cuadrada de 24.22 y significancia estadística de .6753.

El grado de escolaridad de nuestro grupo de pacientes fue bajo ya que 93 (25.5 %) eran analfabetas y 234 (64.1 %) únicamente habían cursado algunos años de primaria, cuando comparamos la escolaridad con la aceptación de métodos de contracepción los resultados fueron que de 93 pacientes analfabetas 52 (57.8 %) no aceptaron métodos; de 234 que tenían primaria 138 (60 %) y de 30 que habían estudiado secundaria y preparatoria 18 (60 %).

COMPLICACIONES:

COMPLICACIONES	CASOS	%
En total	5	1.4
Sin complicaciones	364	98.6
	369	
Evacuación incompleta	1	.3
Trauma Cervical	2	.5
Hemorragia	1	.3
Otra	1	.3
	5	

MÉTODO ANTICONCEPTIVO

ANTES DE AMEU: DESPUÉS DE AMEU:

ACM	CASOS	%	CASOS	%
Ninguno	288	78.3	213	58.8
DIU	14	3.8	61	16.9
Pastillas	30	8.2	41	11.3
Condomes	3	.8	6	1.7
Inyección	9	2.4	12	3.3
Ritmo y reitero	12	3.3	3	.8
Condón y otro	2	.5	1	.3
Jaleas y óvulos	2	.5		
Lactancia	4	1.1		
??	4	1.1		
OTB			25	6.9
	369	100	369	100

DISCUSIÓN:

Como se puede observar en los resultados la población estudiada es de bajos recursos económicos, con problemática social importante, con baja escolaridad y bajo nivel cultural general lo que pone de manifiesto el tipo de población que asiste a nuestra institución. El objeto principal de nuestra investigación fue evaluar en todo lo posible el método de aspiración manual endouterina en cuanto a seguridad y facilidad de aprendizaje del método, en la población, con complicaciones de aborto y en las cuales en forma tradicional se ha utilizado el legrado uterino instrumental, este último un método clásico de tratamiento que requiere de capacitación adecuada para su realización y que tiene como peligro potencial la perforación uterina, que se puede presentar desde 1 caso en 101 pacientes a 1 en 2500 procedimientos realizados (Nathason 1972) y que en ocasiones conduce a la muerte de las pacientes por hemorragia o infección y esta complicación es en ocasiones en primer lugar consecuencia de las condiciones uterinas, como, por ejemplo úteros flácidos o infectados principalmente y en segundo término de la capacitación del médico que lo realiza y que por lo común son médicos generales o enfermeras generales. Para fines de evaluación hubiera sido conveniente hacer dos grupos para poder determinar la seguridad del método, comparándola con el método tradicional de legrado, pero no se pudo llevar a cabo porque dependía de que se pudiera capacitar simultáneamente en los dos métodos a los médicos residentes, e internos de pregrado y no teníamos el tiempo necesario para su capacitación, por lo que

comparación entre los distintos grupos de médicos que realizarían el procedimiento y que por los diferentes niveles de capacitación que tenían, fueron desde el especialista en gineo-obstetricia hasta el interno de pregrado, pasando por residentes de la especialidad y otros tipos de especialistas que en ocasiones realizan procedimientos de legrado, entonces vimos que podríamos evaluar el método en razón de complicaciones, una vez que lo aprendieron todos y con un mismo tiempo de práctica después de aprenderlo. Las conclusiones que sacamos fueron distintas a las esperadas, uno piensa que el interno de pregrado sería el que más complicaciones tendría por el poco tiempo que tiene de salir de la facultad, aún con poca experiencia y práctica y que el ginecólogo sería el que menos complicaciones tendría. Como pudimos observar en los resultados, fue precisamente el médico ginecólogo el que más complicaciones tuvo proporcionalmente al número de eventos y los internos y residentes estuvieron entre los más bajos. Se tiene que pensar el por qué de estos resultados, y pensamos que tal vez sea que el médico ginecólogo que generalmente evalúa a las pacientes pudo haber escogido para sí los casos más difíciles o bien, que el número que realizan los médicos becarios es mucho mayor y esto les confiere mayor seguridad para la realización del método. Esto no lo sabremos con seguridad, hasta que podamos estudiar un número igual de procedimientos, entre las diferentes complicaciones que se esperaba en determinado número de procedimientos. De cualquier modo el número de complicaciones fue muy bajo y el tipo de las mismas fue relacionado con evacuación incompleta

y no a lesiones del útero o canal del parto que son las más terribles en este tipo de patología. Por lo tanto nosotros consideramos que la aspiración manual endouterina es un método fácil y de rápido aprendizaje con bajo riesgo de lesión a pacientes y que sería recomendable su generalización en todos los centros donde se atiendan complicaciones de aborto.

En cuanto a la tolerancia al método por parte de las pacientes, es de hacer notar que el método se realiza en la mayoría de los casos únicamente con consejería y algunas veces con anestesia local paracervical y que la mayoría de las pacientes tienen adecuada aceptación al método y como vimos en los resultados presentados si comparamos la aceptación en relación a los años de capacitación profesional médica deberíamos de esperar mejores resultados mientras mayor cantidad de años se tenga en estudio y como se pudo observar, fue precisamente el grupo de médicos residentes los que tuvieron mejor tasa de aceptación y el médico interno de pregrado la menor. Si la aceptación al método dependiera del número de procedimientos realizados, estos dos médicos que realizaron entre ellos la mayoría de los procedimientos deberían de tener resultados similares, pero vemos como el interno de pregrado tuvo menos éxito en el procedimiento. La variable que puede ser encontrada, es que los internos de pregrado únicamente realizan estos procedimientos durante los dos meses de su rotación por gineco-obstetricia, en cambio el número de residentes está tres años y proporcionalmente por cada uno de los residentes se hicieron mayor

número de aspiraciones. Pueden influir varias causas, una de ellas puede ser la habilidad adquirida y la otra la poca sensibilidad al dolor ajeno que se desarrolla en todos los centros de formación de residentes con el paso del tiempo, cosa que no alcanzan a lograr los internos de pregrado por el corto tiempo de capacitación en la práctica. A pesar de esto, la disminución del riesgo anestésico en una gran proporción de pacientes hace que este método tenga atractivo en centros de atención del primer nivel donde no se cuenta con anestesiólogo las veinticuatro horas y por lo tanto, un procedimiento con anestesia local puede salvar en cualquier momento la vida de una persona.

En cuanto a la aceptación de métodos contraceptivos en relación a la capacitación técnica y a la educación de las pacientes, observamos que la aceptación de métodos en relación a la capacitación del médico fueron los resultados muy similares a excepción de médicos con especialidades distintas a la obstetricia donde observamos que una tasa de negativa más baja que el resto con sólo 40 % esto no podemos explicarlo, pero tal vez sea por el número que atendieron el cual fue únicamente de diez en total o bien que mientras más pacientes se atienden menor interés se muestra en lo referente a planificación familiar. Fuera de estos médicos en el resto del grupo se presentaron tasas de negativa de 55 a 60 %, pero fue más bajo en comparación con la tasa de aceptación al procedimiento y la consejería.

MÉTODO ELEGIDO Y CATEGORÍA DEL MÉDICO POSTERIOR AMEU.

MAC	G/O	OTRO ESP.	MED. GRAL.	RESIDENTE	INTERNO	TOTAL
Ninguno	15 7.0%	4 1.9%	50 23.5%	72 33.8%	72 33.8%	213 59.0%
DIU	7 11.5%	3 4.9%	23 37.7%	17 27.9%	11 18.0%	61 16.9%
Pastillas	4 9.8%	2 4.9%	6 14.6%	16 49.0%	13 31.7%	41 11.4%
Condón	0	0	0	3 50%	3 50%	6 1.7%
Inyección	0	0	2 16.7%	6 50.0%	4 33.3%	12 3.3%
Ritmo-retro	0	0	0	1 50.0%	1 50.0%	2 0.6%
Condón y otro	0	0	0	1 100%	0	1 3%
OTB	1 4.0%	1 4.0%	6 24.0%	9 36.0%	8 32.0%	25 6.9%

En lo que respecta a la escolaridad mucho se ha hablado sobre la educación básica de escuela para la aceptación de la planificación familiar y ha sido incluso tema de muchos debates al respecto, sin embargo, en nuestra población 90 pacientes fueron analfabetas y 230 tenía algún grado de primaria. Estas últimas deberían de tener: a mayor cantidad de años de estudio, mayor aceptación de métodos, sin embargo el porcentaje de negativa fue muy similar con 57.8 % y 60 % respectivamente, por lo que concluimos que la educación básica en nuestro estado no promueve ningún aspecto relacionado con la planificación familiar y por lo tanto significa que ambas pacientes tienen el mismo grado de ignorancia al respecto. Se requiere pues de programas específicos de introducción desde la primaria, pues el gran volumen de población es a lo único que tal vez llegue a tener acceso.

ESCOLARIDAD:

GRADO	CASOS	%
Ninguna	93	25.5
Primaria	234	64.1
Secundaria	30	8.2
Preparatoria	5	1.4
Profesional	3	.8

**METODO ANTICONCEPTIVO
DE ACUERDO A ESCOLARIDAD.**

MAC	S/DUC	PRIM	SEC/PREVOC.	PREVOC.	LIC.	TOTAL
Ninguno	52 24.5%	138 65.1%	18 8.5%	3 1.4%	1 5%	212 59.2%
DIU	14 23%	42 68.9%	2 3.3%	1 1.6%	2 3.3%	61 17%
Pastillas	7 17.1%	26 63.4%	8 19.5%	--- ---	--- ---	41 11.5%
Condón	3 50.0%	2 33.3%	--- ---	1 16.7%	--- ---	6 1.7%
Inyección	4 36.4%	6 54.5%	1 9.1%	--- ---	--- ---	11 3.1%
Ritmo-retiro	--- ---	2 66.7%	1 33.3%	--- ---	--- ---	3 0.8%
Condón y otro	--- ---	1 100%	--- ---	--- ---	--- ---	1 0.3%
OTB	10 43.5%	13 56.5%	--- ---	--- ---	--- ---	23 6.4%

BIBLIOGRAFÍA:

1. Altamirano L. The illegal induced abortion: Costs and consequences. Berta Calderon Women's Hospital. Managua, Nicaragua. 1985, unpublished translation.
2. Andrews M. Kaunitz MD and David A. Grims endometrial sampling in older patients contemporary OB/6 April 15 1988 vol. 31.
3. Beric B. M. y Kupresanin, M. Vacuum aspiration using pericervical block for legal abortion as an outpatient procedure up to the 12th week of pregnancy. Lancet (7725): 619-621, Septiembre 18, 1971.
4. Carrera Macias José. Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica. Vol. 3 Salvat 42 1981.
5. Fortes BB SU CM Murray J:B: Chung NH Transabdominal Ultrasonography of uterine perforation is a rare complications of suction can. Assoc Radiol J. 1989 dec: pag. 318-319.
6. Goldsmith, S., Margolis, A. Aspiración abortión without cervical dilation. American J. Obst. & Gyn. 110-1971.
7. Gottlieb C. Lunders; OM Lindstedt V. Swahn ML Eygdeman. M Vacuum aspiration for termination of early second trimester pregnancy after treatment with vaginal prostaglandins. Acta Obstetric Gynecology Scan 1981 pag. 70.41-45.

8. Hatcher Robert ET AL, contraceptive technology 1980-1981 10th, Revised edition. Invignton publisher In New York N.Y. 1981 144-145
9. Karman H. & Potts M. Very early abortion using a syngns as a vacuum source. Lancet 1: 1051-1052 Mayo 13, 1972.
- 10.- Karman, H. the paramedic abortionist. Clinical and Gynecology 15 (2): 379-387. Junio, 1972
- 11.- Kersalke C. Casey D. Abortion induced by measns of the uterine aspirator. Obstetrics and Gynecology 30 (1): 30-35 Julio 1967.
- 12.- Landis, K. Crockett. : Aborto gynecology and Obstetrics. Temas Act. Vol. I, 1979 pag. 59-80.
- 13.- Liskin LS. Complications of abortion in developing countries. Populations reports, series F, no. 7, 106, 1980.
- 14.- Manual de procedimientos para el empleo de la aspiración manual endouterina en el tratamiento de aborto incompleto. International projets Assitence Services International programs in reproductive health.
- 15.- Margolis, A. J., Stewart, G. K. Easter, M. George, F.L. Galen, D. i. Fisk, D. P. y Ostermann, F. K. Therapeutic abortion without hospitalization. In: Sobrero, A. J. y Mckee, C., eds. Advances in planned parenthood, Vol. 6 New. York, Excerpta médica, 1971. pag. 165-171.