

11217
137
ze)



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Secretaría de Salud
Dirección General de Enseñanza en Salud
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN S.S.



Tramadol Contra Bloqueo Paracervical en la Aspiración Manual Endo-Uterina en el Aborto Incompleto.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE Especialista en Ginecología y Obstetricia

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO TOMAS SARABIA YONG

Asesor de Tesis:

DR. MARCOS J. R. HERNANDEZ FIERRO

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1993





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

<i>CAPITULO</i>	<i>PAGINA</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>1</i>
<i>INTRODUCCION</i>	<i>3</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>5</i>
<i>HIPOTESIS</i>	<i>17</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>18</i>
<i>MATERIAL Y METODOS</i>	<i>19</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>23</i>
<i>GRAFICAS</i>	<i>27</i>
<i>ANALISIS</i>	<i>39</i>
<i>DISCUSION</i>	<i>40</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>41</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>42</i>

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo, entre dos métodos analgésicos (Clorhidrato de Tramadol y Bloqueo Paracervical) en el tratamiento del Aborto Incompleto del primer trimestre no complicado por aspiración manual endouterina (AMEU), tomando parámetros para evaluar el dolor tales como; frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial sistólica y diastólica y evaluación verbal clínica al dolor. Se incluyeron un número de 40 pacientes, divididos en dos grupos de 20 pacientes cada uno de ellos. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos .

Con respecto a la evaluación verbal clínica al dolor, no hay diferencia significativa, como lo demuestra la prueba de χ^2 (Chi cuadrada) $p = >0.1$.

El sangrado no fué significativo al igual que el tiempo de estancia hospitalaria. No hay complicaciones inmediatas y mediatas. La utilización del Clorhidrato de Tramadol en contra del Bloqueo Paracervical en el tratamiento del Aborto Incompleto por aspiración manual endo-uterina (AMEU), como alternativa de analgesia es útil.

SUMMARY

A comparative study was realized between two analgesic methods (Tramadol Clorhidrate and Para-cervical Block) in the treatment of incomplete abortion of the first three months by manual endouterine aspiration (MEUA) evaluating these parameters; heart rates, breathing, blood pressure and verbal symptoms of the pain. We included forty patients classified in two groups, twenty in each one. There is not significant difference between groups. The relation of the verbal symptoms of the pain, there is not significant difference, demonstrated by χ^2 (Chi Square Test) $p > 0.1$.

There was not significant difference bleeding compared at the hospital stay. There are not immediate and mediate complications. The use of the Tramadol Clorhidrate versus Para-cervical Block, for the manage of incomplete abortion by MEUA, like an alternative analgesic method is useful.

INTRODUCCION.

El aborto incompleto del primer trimestre no complicado es de gran frecuencia y un problema obstétrico común.[1]

El tratamiento para el mismo se puede realizar a través del legrado uterino instrumental [LUI] o mediante aspiración manual endouterina [AMEU].

La aspiración manual endouterina [AMEU] es una técnica apropiada para el tratamiento del aborto incompleto, espontáneo o inducido y para otras formas clínicas como el aborto en evolución y el diferido.[2].

Es una técnica alternativa al legrado uterino instrumental [LUI] en aquellos casos en que el tamaño del útero no rebasa el correspondiente a 12 semanas de gestación.

La aspiración manual endouterina es un procedimiento sencillo de aprender y realizar; es más seguro, de fácil manejo, mantenimiento y esterilización; reduce los riesgos de la anestesia general o epidural pues casi siempre basta un bloqueo cervical o paracervical para llevarlo a cabo; evita la necesidad de hospitalización o en las instancias en que ésta es necesaria, se reducen los días de internamiento; la tasa de complicaciones es menor; puede realizarse en cualquier instalación limpia, adecuadamente equipada, como una clínica, consultorio médico, sala de urgencias o de cirugía ambulatoria.

Sin embargo, uno de los problemas más importantes al que nos enfrentamos radica en el dolor, ya que en la mayoría de las pacientes con este problema presenta dolor tipo obstétrico.

Es por este síntoma por lo que realizamos un estudio comparativo al evaluar un analgésico de acción central como lo es el Clorhidrato de Tramadol, contra el Bloqueo Paracervical, para disminuir o yugular el dolor al momento de realizar la terapéutica de evacuación uterina de restos ovuloplacentarios en el aborto incompleto del primer trimestre no complicado con aspiración manual endouterina [AMEU].

Se decide realizar este estudio en vista de que el aborto incompleto del primer trimestre es una patología común en nuestro medio. Se pretende brindar a la paciente obstétrica un postaborto de mayor calidad en relación a: disminución de la sintomatología del dolor, disminución de complicaciones, recuperación espontánea, favorables y menores efectos colaterales, para un egreso rápido a su domicilio.

ANTECEDENTES

Desde 1930 se inició el empleo de aspiración de cavidad uterina con el fin de evacuar restos ovulares y con propósitos diagnósticos, utilizando la aspiración sola o combinada con el legrado uterino. [3].

Los principios de succión utilizados para estos procedimientos han incluido: jeringas de vidrio, de plástico, dispositivos de agua, motores eléctricos y bombas de succión. algunas de estas técnicas de bombeo han sido adaptadas al campo de la cirugía de pacientes externos, frecuentemente con la substitución de anestesia general por local y con reducciones considerables en costos tanto para el hospital como para la paciente.

Actualmente los avances en la tecnología han pretendido crear un equipo que reuniera tales características como son: un fácil empleo, estéril, con cánulas de aspiración no agresivas, y que mediante una succión continua y potente sea capaz de limpiar adecuadamente la cavidad del útero.

En 1977, Roberto Ahued y cols. realizaron 60 aspiraciones en un lapso de tres meses en tres centros hospitalarios de la Ciudad de México.

La edad y número de embarazos de las pacientes en que fué realizado el procedimiento correspondieron a multíparas en la máxima edad reproductiva (26 a 30 años).

La indicación principal del empleo del equipo fué en abortos incompletos, siguiendo en frecuencia legrados diagnóstico-terapéuticos. Se señalan las ventajas de su empleo en aborto séptico y la posibilidad por el empleo de frascos al vacío estériles de efectuar cultivos de los restos así como la ventaja de envío de frascos a Patología para su estudio. Se comenta la utilidad de realizar el procedimiento en el consultorio sin requerir la paciente anestesia general, ni hospitalización, condicionando esto un bajo costo.

Se comentan los resultados satisfactorios que van íntimamente ligados a la poca pérdida sanguínea y la ventaja de no requerir dilatación cervical en la mayoría de los casos ya que se cuentan con cánulas de diverso diámetro.

Se señala la posibilidad satisfactoria por un manejo adecuado del equipo. En pacientes con sangrado en el puerperio tardío se puede emplear como procedimiento hemostático en el consultorio lo mismo que para metrorragias por patología ginecológica.

Para finalizar se recomienda su empleo en pacientes con sangrado postmenopáusico con alteraciones sistémicas que condicionan un riesgo anestésico para diagnóstico de neoplasias endometriales.

ANESTESIA PARA ASPIRACION UTERINA POR VACIO.

La anestesia se necesita sólo en casos raros con la técnica de aspiración uterina por vacío manual en la evacuación uterina con fines diagnóstico-terapéuticas. Al decidirse cuando usar anestesia, se debe considerar las indicaciones para el procedimiento, la gravedad, la edad gestacional, y el umbral de la paciente. No obstante, la anestesia general inhalada o intravenosa raramente puede justificarse, como añade un riesgo significativo y no necesario. [4].

Puede ser que algunas pacientes tengan algún beneficio cuando se les administra un analgésico no narcótico por vía oral, antes del procedimiento. Un sedante suave como el Diazepam será útil para la paciente que demuestre ansiedad. Sin embargo, médicos con experiencia están de acuerdo de que la anestesia verbal proveída por una asistente con métodos de apoyo psicológico es indispensable. Esta anestesia verbal se ve en el asesoramiento antes del procedimiento, y la actitud de respuesta y respeto a la mujer durante el evento.

Para pacientes nulíparas con cérvix resistentes, pacientes ansiosas y las que tienen utero pequeño y duro, de tamaño menor de seis semanas, se puede justificar el suplemento de anestesia local. La infiltración paracervical o intracervical con 10 o 15 cc. de Xylocaina al 1% o su equivalente rebaja el dolor de la dilatación cervical uterina.

Los riesgos de mortalidad y morbilidad provocados por la anestesia general, exceden los riesgos del procedimiento de aspiración misma. Como los riesgos de anestesia general son más del doble de los riesgos del uso de anestesia local, se debe reservar la anestesia general para las situaciones que así lo ameriten.

Se han hecho varios estudios en los Estados Unidos de Norteamérica que comparan la seguridad de la anestesia general y la local en procedimientos de aspiración uterina y comprueban que, la anestesia general está asociada a las tasas elevadas de hemorragia, transfusiones de sangre, daño al cérvix, perforación uterina, operaciones mayores al área abdominal, pneumonitis por broncoaspiración y ataques cardiopulmonares. La anestesia general está asociada a un aumento de riesgo de muerte al doble en mujeres sanas que sufren abortos del primer trimestre.[4].

En conclusión, una analgesia suave, un ambiente compasivo de apoyo y si se le indica, una anestesia local, proveen alivio del dolor en el procedimiento de aspiración uterina. Se debe evitar la anestesia general inhalada o intravenosa a menos que haya una razón de peso para su uso.

Byrne Marshall y cols. sometieron a 63 pacientes al legrado sin analgesia.[5] A 23 se les dió opiáceos, fenotiazinas y bloqueo paracervical solo o en combinaciones.

Se evacuaron los uteros hasta las 12 semanas. 17 pacientes eran nulíparas. El legrado por aspiración en el servicio de urgencias fué el tratamiento definitivo en 70 de los 86 abortos incompletos.

El 18% de las pacientes ingresaron inmediatamente después de que se les hizo el legrado por aspiración al servicio de hospitalización para un legrado instrumental bajo anestesia general por duda en la eficacia del procedimiento.

La recuperación fué excelente y bien tolerado el procedimiento ejecutado con un período de 8 horas de estancia.

No hubo casos de perforación uterina, reacciones adversas a medicamentos ni las complicaciones que se habían reportados previamente en los legrados ambulatorios.

Filshie y cols., estudiaron a 100 pacientes con abortos incompletos, 14 pacientes con retención de restos de productos de la concepción después del segundo trimestre, 5 pacientes con aborto del primer trimestre y 2 con hemorragia postparto, un total de 121 pacientes, se les realizó evacuación uterina con el equipo de curetaje de Karman.

No utilizaron anestesia general, pero si utilizaron peptidina, papaverina y diazepam intravenoso.

En 4 pacientes tuvieron que realizar anestesia general porque en el procedimiento las pacientes refirieron dolor insoportable.

No hay complicaciones inmediatas, pero en 3 pacientes hubo necesidad de reevacuación uterina.

Ray Mackenzie y cols. refieren reacciones adversas del bloqueo paracervical, que incluyen la muerte, creen que se relaciona con la dosis.[7].

Los efectos adversos sistémicos de los agentes anestésicos locales son inverosímiles generalmente no exceden los 5 ug/ml. Se ha demostrado que, en el ser humano, una inyección subcutánea de 40 cc. de lidocafna al 1% (400 mg) alcanza niveles en sangre de 2 ug/ml (Scott y cols. en 1972), estos niveles son menos de la mitad del nivel del umbral de toxicidad.[8].

El bloqueo paracervical produce complicaciones en cerca del 0.5% de pacientes obstétricas. En la paciente obstétrica, el síncope vasovagal producido por la inyección accidental intravascular al momento de realizar el método puede presentarse, aunque rara vez, puede causar seria morbilidad y mortalidad.[9].

Este síndrome está caracterizado por una actividad intensa del sistema nervioso simpático, seguido de una respuesta de una actividad parasimpática intensa.

La activación del sistema simpático representa una respuesta amenazante de daño físico. El ataque súbito de la actividad parasimpática indican que el organismo tiene una respuesta dada en la fase de agresión misma.

La paciente inicialmente presenta temblor, diáforesis, palidez, y taquicardia. Este estado es seguido por debilidad, bradicardia, hipotensión y pérdida de la conciencia. La pérdida de la función intestinal y vesical no es rara y ocasionalmente ocurre daño. La falla respiratoria es rara, pero han sido reportadas.[9].

Las reacciones vagales incluyen un panorama amplio de respuesta cardiovasculares, tales como bradicardia, hipotensión, diáforesis, náusea, y convulsiones.

Una reacción vasovagal, quizá esté asociada con algún procedimiento quirúrgico en Ginecología, desde la inserción de un aparato intrauterino hasta un curetaje por vacío o una laparoscopia para esterilizar a algunas pacientes.

La reacción no es menor si se trata de una inyección con medicación anestésica. Una reacción vasovagal puede acompañarse con un estado de ansiedad, o quizá ocurre en respuesta a la tracción o movilización de tejidos, tales como la dilatación cervical o tracción peritoneal.[10]

Aunque su incidencia es desconocida este síndrome es más o menos común, particularmente en aquellos con historia de desmayos. El síndrome vasovagal no deja secuelas si es rápidamente reconocido.[11]

El dolor y los mecanismos que lo regulan son fenómenos de gran interés dadas sus implicaciones clínicas y sociales.

La transmisión del dolor es muy compleja por la cantidad de neurotransmisores que coexisten en regiones como la sustancia gelatinosa en la médula espinal, y en la sustancia gris periacueductal en el mesencéfalo. [12]

Las experiencias dolorosas se manifiestan en formas muy simples o complejas dependiendo de la característica del organismo involucrado, de tal manera que se relaciona directamente con la anatomía de los organismos.

La variedad de respuesta conductual y fisiológica a los estímulos nocivos involucran muchos parámetros de variación de tal manera que los factores bióticos endo y exógenos como la raza, sexo, edad, estado de desarrollo y por supuesto las variaciones individuales de los organismos van a provocar las diferentes formas de respuesta.

El dolor se define como la sensación no placentera y experiencias asociadas, con daño tisular real o potencial. [13]

Hay diferentes tipos de dolor entre los que se destacan el dolor superficial o cutáneo, el dolor somático, como ejemplo más práctico son las estructuras fibrosas, articulaciones ligamentosas, músculo, hueso.

El dolor visceral que se refiere principalmente a órganos abdominales, el dolor visceral referido, el dolor visceral parietal y propiamente dicho el dolor referido.

Desde la antigüedad se han tratado de establecer los componentes de esta sensación nociva, estableciéndose diferentes formas de alivio.

Avicena sugirió el uso de ejercicios, el calor, masajes y opio. Paracelso el opio y otras yerbas, así como la terapia física, ya en la edad media se utilizó la esponja somnífera, la cual era una esponja saturada de opio, hioscina, mandragora y otras plantas.

En el siglo XIX Serturmer aisló la morfina del opio, en 1832 otros alcaloides como la Codeína fueron aislados, en 1899 Dreser produjo el ácido acetilsalicílico. Morton en 1846 utilizó el éter para prevenir el dolor, Rynd desarrolló la aguja hipodérmica, Wood y Pravaz desarrollaron la jeringa, Karl Koller demostró la eficacia de la Cocaína como anestésico local, y también se han utilizado la hipnosis y la psicoterapia para el manejo del dolor.

Sin embargo, los factores que modifican la respuesta al dolor son múltiples entre los que destacan la cultura, el nivel socioeconómico, el estado psicológico, el miedo, la ansiedad, el ambiente, los prejuicios, la posibilidad de muerte, las experiencias previas, la edad, el sexo, los medicamentos utilizados previamente, etc.

Clínicamente, el dolor, puede tener referencias sobre las constantes vitales, siendo las más importantes: el pulso, temperatura, respiración, por lo que serán tomados estos parámetros como referencia al tipo de trastornos manifestados por la paciente y la evaluación al dolor a través de la escala de categoría verbal [14].

Los analgésicos centrales actúan directamente uniéndose a los receptores de opioides en el sistema nervioso central, y son usados particularmente en el tratamiento de dolores por traumatismos, infartos y tumores, así como durante y después de cirugías. [14]

El Clorhidrato de Tramadol es un analgésico de acción central. Una interrogante que merece atención especial es cuánto se ha tenido de éxito en la obtención del efecto analgésico terapéuticamente deseado sin el riesgo de los efectos colaterales típicos de los opiáceos.

Indicaciones: dolor agudo y crónico, severo a moderado, medidas diagnósticas dolorosas y dolor quirúrgico.

Contraindicaciones: está contraindicado en casos de intoxicación aguda con alcohol, hipnóticos, analgésicos u otras drogas con acción sobre el SNC.

La dosis usada en este protocolo es de 100mg por vía intramuscular en general no se debe de exceder de una dosificación diaria de 400mg. Generalmente es suficiente con dos o tres dosis de 50 a 100mg.

No debe usarse por tiempo prolongado, ni en pacientes con función renal o hepática deteriorada.

El Clorhidrato de Tramadol es un agonista sintético de opioides.

Efectos colaterales: al igual que con todos los analgésicos de acción central, con la terapia de Tramadol pueden ocurrir los siguientes efectos colaterales:

-Diáforesis (particularmente por vía I.V.)

-Mareo

-Náusea

-Vómito

-Sequedad de boca

-Fatiga y confusión.

Interacciones medicamentosas: En la administración concomitante con sustancias que también actúan sobre el sistema nervioso central, es probable que los efectos sobre el SNC se intensifiquen.

Cuando se asocia con barbitúricos se prolonga la duración de la anestesia. No obstante, al mismo tiempo la combinación de un tranquilizante, por ejemplo, probablemente tenga un efecto favorable sobre la sensación del dolor.

No debe combinarse con inhibidores de la MAO.

Sobredosis y Efectos tóxicos: no hay informes sobre la administración de dosis tóxicas en humanos. La mayoría de los estudios en animales han demostrado que es un agonista de opiáceos puro. Por lo tanto, los efectos opiáceos pueden ser neutralizados mediante un antagonista de la Morfina, tal como la Naloxona.

Fórmula molecular: $C_{16}H_{25}O_2N.HCl$

Es un polvo blanco, amargo, cristalino e inodoro. Es fácilmente soluble en agua, su pKa es 8.3.

La solución para inyección contiene sólo Clorhidrato de Tramadol en una solución acuosa amortiguada de Acetato de Sodio sin conservadores. El valor de pH es de 6.0 a 6.6.

Investigaciones farmacológicas con humanos en que se usaron diversos métodos revelaron que el Clorhidrato de Tramadol tiene un claro efecto analgésico. [15-21].

HIPOTESIS.

Es el Clorhidrato de Tramadol más efectivo para el control del dolor Obstétrico, al momento de la evacuación uterina por el método de Aspiración Manual Endouterina [AMEU], que el Bloqueo Paracervical.

OBJETIVOS.

- 1.- Comprobar la utilidad del uso del Clorhidrato de Tramadol como analgésico de elección en el aborto incompleto del primer trimestre.
- 2.- Disminuir la sintomatología del dolor al momento de la evacuación uterina.
- 3.- Disminuir el tiempo de recuperación de la paciente con menores efectos colaterales.
- 4.- Mejorar la calidad del post-aborto para la paciente obstétrica.
- 5.- Establecer o no el uso del Tramadol en el manejo del aborto incompleto del primer trimestre no complicado en el servicio de Ginecobstetricia.

MATERIAL Y METODOS.

En este grupo se incluyeron a las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto del primer trimestre no complicado, a las cuales se les practicó aspiración manual endouterina AMEU (2) y su seguimiento se realizó al momento del procedimiento, valorando a través de exploración clínica obstétrica los siguientes datos: edad gestacional, sangrado transvaginal, umbral al dolor, síntomas vasovagales, signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, estas variables se valoraron al momento de la administración del Clorhidrato de Tramadol en un grupo, y un grupo control al que se le realizó bloqueo paracervical comparativamente, al momento de realizar el procedimiento de aspiración manual endouterina [AMEU] [2], para el tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre no complicado, y evaluar el dolor en los dos grupos, comparativamente y aleatoriamente, en el periodo comprendido del 01 de Noviembre de 1992 al 31 de Enero de 1993.

Se estudió a las pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- Ser pacientes del Hospital General de Ticomán, S.S.
- 2.- Ingresar al servicio de Gineco-Obstetricia.
- 3.- Diagnóstico de Aborto Incompleto del Primer trimestre no complicado.
- 4.- Ser sometidas al procedimiento de AMEU [2].
- 5.- Tolerar adecuadamente los medicamentos [Tramadol y Lidocaína] [14-20].
- 6.- Pacientes sin ningún procedimiento previo a su ingreso.

Criterios de Exclusión.

- 1.- Intolerancia al Clorhidrato de Tramadol.
- 2.- Imposibilidad de la vía de administración.
- 3.- Pacientes que hayan sido tratadas previamente con otro procedimiento.
- 4.- Con diagnóstico de aborto séptico o potencialmente séptico.
- 5.- Pacientes con diagnóstico de aborto incompleto del primer trimestre complicado por hemorragia uterina severa.

Criterios de Eliminación.

1.- Hipersensibilidad al Clorhidrato de Tramadol.

2.- Padecimientos concomitantes que afecten o dificulten de alguna manera la eficacia del medicamento y la fisiología de la paciente.

La selección de los pacientes se realizó en forma aleatoria hasta obtener un número equitativo para poder comparar los grupos en estudio.

Este tipo de estudio se determinó para mejorar la calidad de atención de la paciente obstétrica, con diagnóstico de aborto incompleto del primer trimestre no complicado y para el alivio del dolor obstétrico que es el síntoma al que nos abocamos en este padecimiento.

En esta investigación se les administró a todas las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, el Clorhidrato de Tramadol, para valorar subjetivamente y objetivamente el dolor obstétrico, al momento de la evacuación uterina por AMEU [2]. Se comparan dos grupos, uno utilizando Clorhidrato de Tramadol y otro con Bloqueo Paracervical en el procedimiento de aspiración manual endouterina [AMEU [2], se vigiló la evolución trans-AMEU de las pacientes sometidas a investigación.

El presente estudio de población es longitudinal, prospectivo, abierto, experimental y comparativo.

METODOS.

Se realizó la técnica de aspiración manual endouterina [AMEU] [2], para ello fué necesario:

- Medicamento analgésico Clorhidrato de Tramadol. (Frasco ámpula de 2 ml/100mg) [LABORATORIOS LAKESIDE]
- Lidocaína al 1% solución inyectable.
- Espejo vaginal.
- Pinzas de Pozzi.
- Pinzas de Foester o de anillos.
- Gasas estériles.
- Jeringas de 10 cc. con aguja de raquia No. 22 de 3.5 pulgadas de longitud.
- Solución antiséptica. (Cloruro de Benzalconio).
- Guantes estériles.
- Jeringas de aspiración (Válvula doble o sencilla). IPAS. [2].
- Cánulas flexibles de varios calibres.
- Adaptadores.

RESULTADOS

Se estudiaron a 40 pacientes, divididos en 2 grupos, de 20 pacientes cada uno de ellos, a los cuales se les designo Grupo I pacientes tratados con la técnica de bloqueo paracervical, y Grupo II pacientes a las cuales se les administró el Clorhidrato de Tramadol por vía intramuscular, 30 minutos antes del procedimiento, de aspiración manual endouterina (AMEU), para el tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre no complicado, para úteros con un tamaño menor al de 12 centímetros.

Todos estos pacientes fueron ingresados a través del servicio de urgencias tocoquirúrgicas, del Hospital General de Ticomán de la Secretaria de Salud, en el período comprendido del 01 de Noviembre de 1992 al 31 de Enero de 1993, y que cumplieron con los criterios de inclusión de éste estudio. (N = 20 Grupo I) y (N = 20 Grupo II).

Se caracterizó a la población, teniendo una edad promedio de 26 años con una D.S. de 7.86 para el Grupo I y una edad promedio de 24.9 con una D.S. 5.39 para el grupo II, con un rango entre los 15 a 40 años de edad, como se esquematiza en la tabla 1 y gráfica 1. (P = 0.62).

Con respecto al número de gestaciones para el grupo I, el promedio fué de 2.5 con una D.S. de 1.2845, para el grupo II, el promedio fué 2.3 con una D.S. de 1.1521, con un rango de gestaciones de I a V, ver tabla 2 y gráfica 2 y 3 (P = 0.71).

Se tomaron parámetros como: frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), y temperatura (TEMP), para valorar cambios con respecto al dolor al momento de aplicar los dos métodos de estudio.

El análisis estadístico se realizó a través de la prueba de t (dos poblaciones).

Se valoraron las siguientes variables: frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), y la temperatura (TEMP), en los siguientes estados; PRE-AMEU, TRANS-AMEU y POST-AMEU, se obtuvo lo siguiente:

Grupo I, FR en PRE-AMEU con un promedio de 21.75 y una D.S. de 2.15, TRANS-AMEU con un promedio de 22.25 y una D.S. 1.89, POST-AMEU con un promedio de 21.3 y una D.S. 2.08, para el Grupo II, FR en PRE-AMEU con un promedio 21.2 y una D.S. de 3.14, TRANS-AMEU con un promedio de 22.8 y una D.S. de 3.2, POST-AMEU con un promedio 21.9 y una D.S. de 2.7 (ver gráfica 4).

Grupo I. FC en PRE-AMEU con un promedio de 78.2 y una D.S. de 5.59. TRANS-AMEU con un promedio de 83.8 y una D.S. de 7.35. POST-AMEU con un promedio de 75.3 y una D.S. de 4.8. para el Grupo II FC en PRE-AMEU con un promedio de 85.75 y una D.S. de 6.12, TRANS-AMEU con un promedio de 86.15 y una D.S. de 10.7, POST-AMEU con un promedio de 78.6 y una D.S. de 7.4 (ver gráfica 5).

Grupo I, tensión arterial sistólica: PRE-AMEU con un promedio de 108 y una D.S. de 6.78, TRANS-AMEU con un promedio de 110.5 y una D.S. de 9.73, POST-AMEU con un promedio de 103 y una D.S. de 8.42, para el Grupo II, tensión arterial sistólica: PRE-AMEU con un promedio de 113 y una D.S. de 12.28, TRANS-AMEU con un promedio de 115.5 y una D.S. de 14.99, POST-AMEU con un promedio de 110.5 y una D.S. de 12.03 (ver gráfica 6).

Grupo I tensión arterial diastólica: PRE-AMEU con un promedio de 70.5 y una D.S. de 4.97, TRANS-AMEU con un promedio de 69.5 y una D.S. de 6.68, POST-AMEU con un promedio de 66.5 y una D.S. de 7.26, para el Grupo II tensión arterial diastólica: PRE-AMEU con un promedio de 72.5 y una D.S. de 7.66, TRANS-AMEU con un promedio de 76 y una D.S. de 12.4, POST-AMEU con un promedio de 71.7 y una D.S. de 9.12 (ver gráfica 7).

Grupo I, TEMP. en PRE-AMEU con un promedio de 36.4 y una D.S. de 0.31, TRANS-AMEU con un promedio de 36.5 y una D.S. de 0.28, POST-AMEU con un promedio de 36.3 y una D.S. 0.4, para el Grupo II, TEMP. en PRE-AMEU con un promedio de 36.3 y una D.S. de 0.42, TRANS-AMEU con un promedio de 36.2 y una D.S. de 0.33 (ver gráfica 8).

Los resultados obtenidos con respecto al dolor valorados a través de la evaluación verbal clínica (14), se valoraron por método de Chi cuadrada, para ambos grupos, y se obtuvo un valor de $p = > 0.1$, (ver gráfica 9).

Con respecto al sangrado, para el Grupo I el promedio fué de 66 con una D.S. de 59.9., para el Grupo II el promedio fué de 46.5 con una D.S. de 32.3. para un valor de $p = 0.21$ (ver gráfica 10).

Los resultados obtenidos con respecto al tiempo de estancia hospitalaria, fueron para el Grupo I: tiempo promedio de 4.3 hrs, con una D.S. de 0.7, para el Grupo II: tiempo promedio de 4.4 hrs, con una D.S. de 0.8 , $p = 0.69$ (ver gráfica 11).

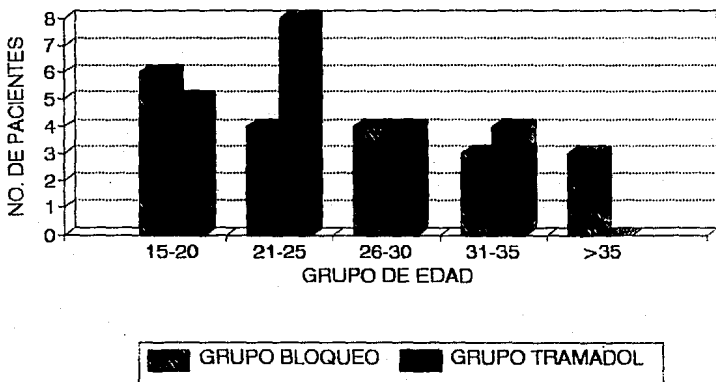
TABLA 1

EDAD	METODO	
	BLOQUEO	TRAMADOL
15-20	6	5
21-25	4	8
26-30	4	4
31-35	3	4
>35	3	0
PROMEDIO	26	24.9
D.S.	7.86	5.39
P=	0.62	

TABLA 2

GESTA	METODO	
	BLOQUEO	TRAMADOL
I	6	5
II	5	8
III	3	3
IV	5	3
V	1	1
PROMEDIO	2.5	2.3
D.S.	1.2845	1.1521
P=	0.71	

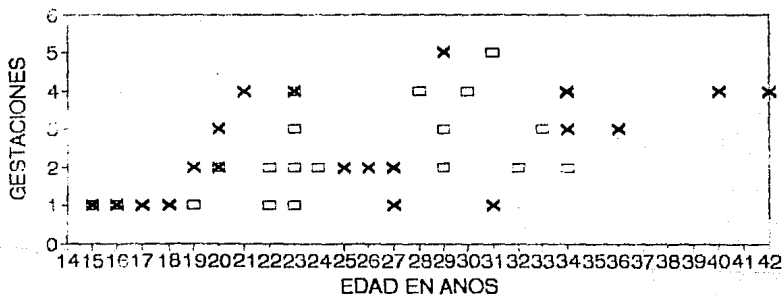
EDAD DE LA POBLACION DE ESTUDIO (ambos grupos)



GRAFICA 1

GESTACION POR EDADES

(ambos grupos)

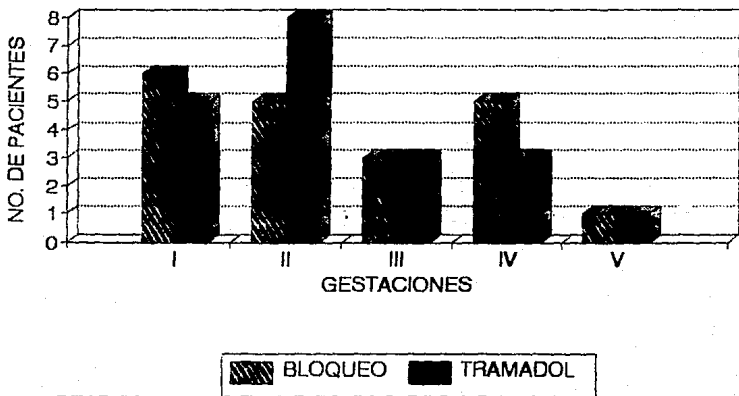


x BLOQUEO □ TRAMADOL

GRAFICA 2

GESTACIONES

(por grupos)

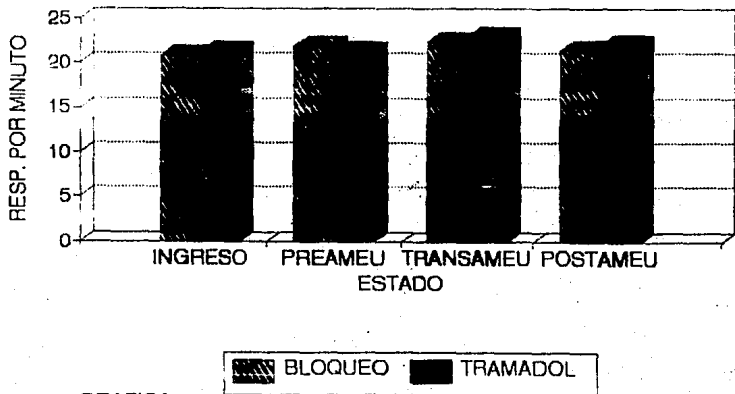


GRAFICA 3

FRECUENCIA RESPIRATORIA

ESTADO	BLOQUEO		TRAMA DOL		
	PROM.	D.S.	PROM.	D.S.	P
INGRESO	20.75	1.86	21.15	2.28	-
PREAMEU	21.75	2.15	21.2	3.14	0.55
TRANSAMEU	22.25	1.89	22.8	3.2	0.48
POSTAMEU	21.3	2.08	21.9	2.7	0.45

FRECUENCIAS RESPIRATORIAS POR METODO POR ESTADO

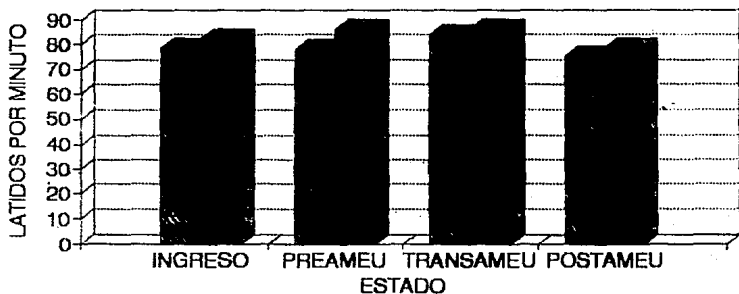


GRAFICA 4

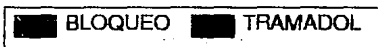
FRECUENCIA CARDIACA

ESTADO	BLOQUEO		TRAMA DOL		
	PROM.	D.S.	PROM.	D.S.	P
INGRESO	78.5	5.58	82	9.93	-
PREAMEU	78.2	5.59	85.75	6.12	0.11
TRANSAMEU	83.8	7.35	86.15	10.7	0.42
POSTAMEU	75.3	4.8	78.6	7.4	0.1

PROM. DE FRECUENCIA CARDIACA
POR METODO POR ESTADO



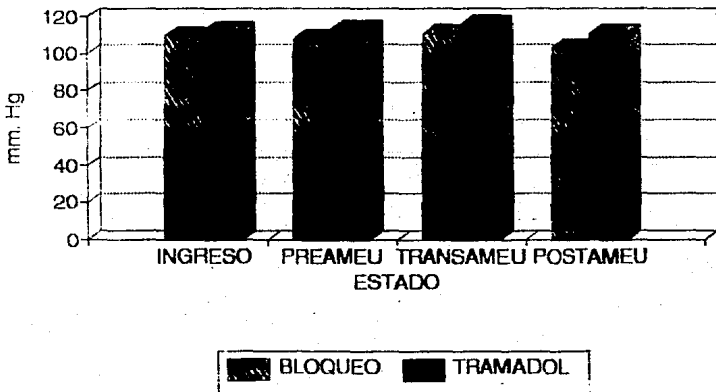
GRAFICA 5



T. A. SISTOLICA

ESTADO	BLOQUEO		TRAMA DOL		
	PROM	D.S.	PROM	D.S.	P
INGRESO	109.5	13.58	112.5	9.42	-
PREAMEU	108	6.78	113	12.28	0.13
TRANSAMEU	110.5	9.73	115.5	14.99	0.23
POSTAMEU	103	8.42	110.5	12.03	0.033

PROM. DE PRESION SISTOLICA POR METODO POR ESTADO

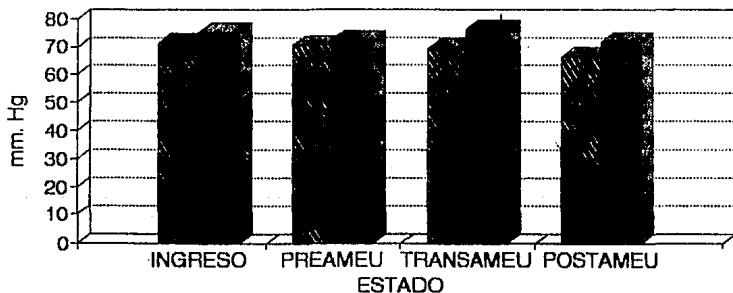


GRAFICA 6

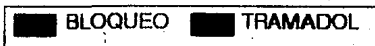
T. A. DIASTOLICA

ESTADO	BLOQUEO		TRAMA DOL		P
	PROM.	D.S.	PROM.	D.S.	
INGRESO	71.4	6.47	75.2	7.98	-
PREAMEU	70.5	4.97	72.5	7.66	0.35
TRANSAMEU	69.5	6.68	76	12.4	0.054
POSTAMEU	66.5	7.26	71.7	9.12	0.057

PROM. DE PRESION DIASTOLICA POR METODO POR ESTADO



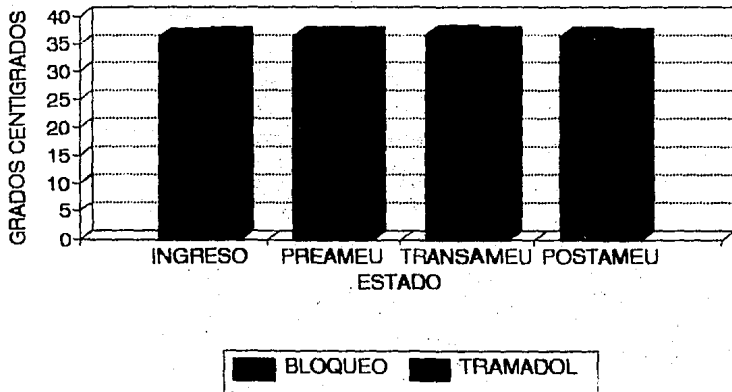
GRAFICA 7



TEMPERATURA

ESTADO	BLOQUEO		TRAMA DOL		
	PROM.	D.S.	PROM.	D.S.	P
INGRESO	36.2	0.24	36.4	0.41	-
PREAMEU	36.4	0.31	36.3	0.42	0.8
TRANSAMEU	36.5	0.28	36.3	0.45	0.24
POSTAMEU	36.3	0.4	36.2	0.33	0.63

PROM. DE TEMPERATURA POR METODO POR ESTADO

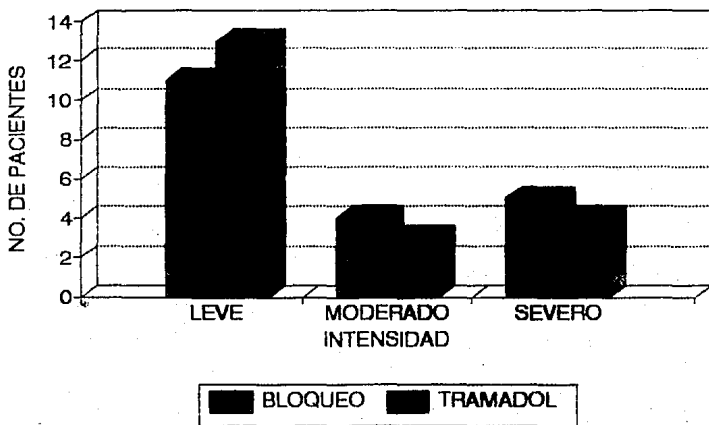


GRAFICA 8

INTENSIDAD DE DOLOR

GRADO	BLOQUEO	TRAMADOL
LEVE	11	13
MODERADO	4	3
SEVERO	5	4
P=	>0.1	

INTENSIDAD DE DOLOR POR METODO EN TRANSAMEU

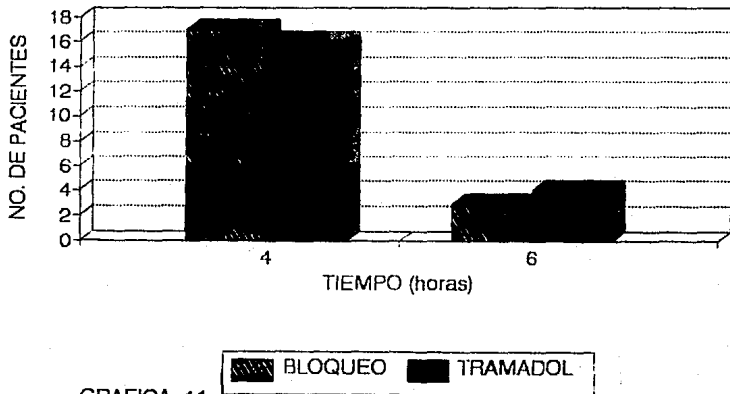


GRAFICA 9

TABLA 3

TIEMPO DE EGRESO		
HORAS	BLOQUEO	TRAMA DOL.
4	17	16
6	3	4
PROM. HORAS	4.3	4.4
D.S.	0.7	0.8
P=	0.69	

TIEMPO ESTANCIA HOSPITALARIA (ambos grupos)



GRAFICA 11

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS.

El presente estudio demuestra por un lado que los dos grupos tienen una distribución de edad y gestas similar, siendo por lo tanto motivo de comparación, se encontró en todas las pacientes evaluadas que los signos vitales al ingreso del servicio de obstetricia eran similares, de tal manera que los dos grupos tenían un estado clínico similar, siendo sometidas al procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU), observamos que no hay diferencia significativa en las constantes vitales; frecuencia respiratoria, cardiaca, presión sistólica, presión diastólica, y temperatura, no hay modificaciones en el tiempo de estancia hospitalaria, como se demuestra en la gráfica 11.

Por otro lado al realizar la evaluación verbal clínica del dolor (14), se observó que en los dos grupos, se distribuyeron en forma similar no habiendo diferencia significativa, lo que demuestra que tanto el Bloqueo Paracervical como el Clorhidrato de Tramadol, pueden ser utilizados en forma indistinta en las pacientes sometidas al procedimiento de aspiración manual endo-uterina (AMEU) por aborto.

Con respecto al sangrado durante el procedimiento, éste no fue significativo en ambos grupos (ver gráfica 10), No hubieron complicaciones inmediatas y mediatas en ambos grupos.

En relación al tiempo de estancia hospitalaria, no hay diferencia significativa en ambos grupos (ver gráfica 11).

DISCUSION.

Este es un estudio que evalua la utilidad de dos métodos para disminuir el dolor durante el tratamiento del aborto incompleto no complicado, con la técnica de aspiración manual endo-uterina (AMEU).

Es un estudio prospectivo en donde evaluamos un síntoma muy subjetivo con una serie de parámetros clínicos, en donde no encontramos diferencias significativas, en relación a las constantes vitales; frecuencia respiratoria, cardíaca, presión arterial sistólica, diastólica, y temperatura.

Con respecto al dolor no hay diferencia significativa en ambos grupos. (ver gráfica 9).

En este estudio no hay diferencia en el curso post-ameu de las pacientes en relación al sangrado y el tiempo de estancia hospitalaria (ver gráfica 11 y tabla 3).

El Clorhidrato de Tramadol es útil como alternativa de analgesia. Se abren expectativas en relación al manejo del dolor durante el procedimiento de aspiración manual endo-uterina (AMEU), pudiendo realizarse estudios con parámetros más objetivos para evaluar la utilidad del Bloqueo Paracervical más Psicoprofiláxis.

CONCLUSIONES.

- 1.- No hay diferencia significativa en la variables estudiadas; frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y temperatura, en ambos grupos de estudio.
- 2.- El tiempo de recuperación es similar en los dos grupos de estudio.
- 3.- La utilización del Clorhidrato de Tramadol como alternativa de analgesia es útil.
- 4.- No se presentaron complicaciones inmediatas y mediatas en ambos grupos.
- 5.- El sangrado durante el procedimiento de A.M.E.U. en ambos grupos fué similar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pritchard, Mac Donald, Gant, Williams. Obstetricia, 3era. Edición
Pags. 453-470. 1988.
- 2.- Manual de procedimientos para el empleo de la aspiración
manual endouterina en el tratamiento del Aborto Incompleto.
Pags. 2-3. International Projets Assistance Services. IPAS
1990.
- 3.- Ahued R. y cols. Experiencia clínica de un nuevo sistema de
succión para el legrado uterino. Revista Mexicana de
Ginecología y Obstetricia. Vol. 43. Año XXXIII. Num. 260,
Junio, 1978.
- 4.- Grimes, A. y cols. Local versus general anesthesia: Which is
safer for performing suction curettage abortions?
Am. J. Obstet. Gynecol. 135:1030-1035. 1979.
- 5.- Byrne Marshall y cols. Legrado por aspiración por aborto
incompleto en el servicio de urgencias. Journal of
Reproductive Medicine 6 (4): 61-62. Abril, 1971.
- 6.- G.M. Filshie y cols. Evacuation of retained products of
conception in treatment room and without general anesthesia.
British Journal of Obstetrics and Gynaecology. July, 1977. Vol.
84. pags. 514-516.

- 7.- Ray Mackenzie y cols. A safer method for paracervical block in therapeutic abortions. Am. J. Obstet. Gynecol. 130: 317-320, 1978.
- 8.- Urban and Schwarzenberg. Gynecologic Surgery Under Local Anesthesia. Chapter 2. Local Anesthetic Agents. pags.15-27 Baltimore-Munich. 1986.
- 9.- Warren, T. M. y cols. Complications of Paracervical Block. Managing Ob/Gyn. Emergencies. pags.266-267. N. J. Medical Economics Books, 1983.
- 10.-Urban and Schwarzenberg. Gynecologic Surgery Under Local Anesthetic Chapter 2. Local Anesthetic Agents. pags. 24 Baltimore-Munich. 1986.
- 11.-Naulty, M.D. y cols. Managing Ob/Gyn. Emergencies. pags 198-204. N. J. Medical Economics Books, 1983.
- 12.-Delgado-Coello B.A. y cols. La transmisión del dolor y el papel de la sustancia P+. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 14: 127-137. 1991.
- 13.-Rivera-Secchi A. y cols. Analgesia postoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol.15: 26-29.1992.
- 14.-Paeile J.Carlos, Saavedra C.Hernan. El dolor aspectos básicos y clínicos, capítulo 6 pag.88,(1990) Editorial Mediterraneo, México.

- 15.-Erlacin.S., Frankus.E. y cols. Metabolism of tramadol in man and animals. Arch. Pharmacol. 313, suppl. R51 (1980).
- 16.-Finch. J., Dekornfeld T. y cols. Clinical investigation of tramadol HCL. The Pharmacologist 12, 231. (1970).
- 17.-Frankus. E., Friderichs E., y cols. Phenylsubstituted aminomethylcyclohexanole derivates with potential analgesic action. Arch. Pharmacol. 313, suppl. R28(1980).
- 18.-Friderichs. E., Müller. G.. y cols. Pharmacological Characterisation of Tramadol—a new synthetic opioid analgesic. Arch. Pharmacol 313, suppl. R29 (1980).
- 19.-N. Ohba. S. Hatanaka. y cols. A method for evaluating analgesic agents in rats.J.Pharmacol.Methods,4, 251-259.(1980).
- 20.-Lintz, W. y cols. Pharmacokinetics of Tramadol in man and animals. Arch. Pharmacol. 313, suppl. R53. (1980).
- 21.-Richter, W. Flohe, L. y cols. Clinical evaluation of dependence-liability of Tramadol. Arch. Pharmacol. 313, suppl. R62 (1980).