

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

90
leg

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DIVISION DE ESEÑANZA E INVESTIGACION

ESTUDIO COMPARATIVO DE LEGRADO UTERINO
INSTRUMENTADO (LUI) V; ASPIRACION MANUAL
ENDOUTERINA (AMEU),
EN EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO
DEL PRIMER TRIMESTRE

[Handwritten signature]

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. EDUARDO ERNESTO MEJIA ISLAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

FEBRERO 1996

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

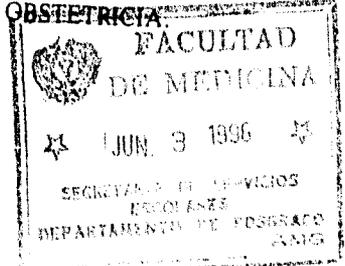
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

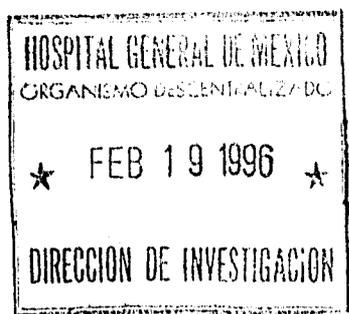
[Handwritten signature]
DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO,
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



[Handwritten signature]
DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ,
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO.

[Handwritten signature]
DR. ARMANDO ABRAHAM VALLE GAY,
TUTOR DE TESIS.

[Handwritten signature]
DRA. AMERICA GUADALUPE ARROYO VALERIO,
ASESOR DE TESIS.



DEDICATORIA

A MIS PADRES.
CON TODA ADMIRACION Y RESPETO.
A MIS MAESTROS
A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS.

ESTA TESIS QUEDO REGISTRADA EN LA SUBDIRECCION DE
INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE LA
SECRETARIA DE SALUD, CON LA CLAVE DIC/95/503/01/ / 178.
EL DIA 6 DE NOVIEMBRE DE 1995.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LEGRADO UTERINO
INSTRUMENTADO (LUI) Vs ASPIRACION MANUAL
ENDOUTERINA (AMEU),
EN EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO DEL
PRIMER TRIMESTRE

RESUMEN

El aborto como causa de morbilidad hospitalaria ocupa el quinto sitio en frecuencia en México (1993)(11). Las complicaciones con el tratamiento habitual (Legrado uterino instrumental) como són retención de restos de tejido, sepsis, perforación uterina y hemorragia, pueden incrementar la morbi-mortalidad materna, de lo que conduce a buscar un método terapéutico del aborto que reduzca éstos riesgos.

La aspiración manual endouterina (AMEU) y el legrado uterino instrumentado (LUI) són dos métodos quirúrgicos para el tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre.

En el presente análisis estudiamos a 100 pacientes con aborto incompleto de 12 semanas o menos tratadas en forma aleatoria, 50 con AMEU y 50 con LUI, con edades comprendidas entre 15-43 años y edad gestacional de 7-12 semanas. La AMEU se realizó con jeringa y cánula de Karman, y el LUI en la forma habitual con cucharillas de Sims.

Se realizó evaluación clínica a su egreso y una semana después, así como ultrasonográfica durante las primeras 24 hr con la finalidad de corroborar el vaciamiento uterino.

No se detectaron casos con restos óvulo-placentarios en las pacientes de ambos grupos que acudieron a su seguimiento clínico; de el ultrasonográfico efectuado solo en 7 pacientes por fallas técnicas, 5 se reportaron con material intrauterino probablemente hemático contra restos óvulo-placentarios.

La AMEU es una alternativa de manejo del aborto incompleto del primer trimestre tan efectivo como el LUI; por lo que se amplían los recursos de tratamiento y se constituye la base para investigar en estudios posteriores.

CONTENIDO

I.-	INTRODUCCION	1
	A.- ANTECEDENTES	2
	B.- SITUACION ACTUAL	3
	C.- HIPOTESIS	4
	D.- OBJETIVOS.	4
	E.- JUSTIFICACION	5
	F.- TIPO DE INVESTIGACION	5
II.-	MATERIAL Y METODOS	6
III.-	RESULTADOS	9
IV.-	DISCUSION	11
V.-	CONCLUSION	12
VI.-	ANEXOS	13
VII.-	BIBLIOGRAFIA	14

INTRODUCCION.

El aborto es la terminación del embarazo antes de que el producto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. La OMS ha establecido como abortos a los embarazos antes de la semana 20, y que el producto expulsado pese menos de 500gr..

No se conoce bien la incidencia verdadera del aborto, sin embargo se estima que es el resultado más común de la concepción humana (8). Tan solo se ha observado que la mortalidad embrionaria es de 40% para el momento en que debe producirse la menstruación. Según el Sistema Nacional de Salud en México en el año de 1993 el aborto ocupó el quinto sitio en las principales causas de morbilidad hospitalaria (más del doble de los casos de apendicitis), sitio irreal debido al subregistro existente, objetivizado por el reporte de 77 casos de aborto inducido ilegalmente en el mismo año.

Se puede clasificar como espontáneo e inducido, éste último a su vez como: inducido terapéutico y legal e inducido voluntario (ilegal)(8). El aborto espontáneo se presenta en distintas etapas clínicas: amenaza de aborto, aborto inminente, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto completo, aborto habitual, aborto séptico o infectado y aborto diferido.

Las causas del aborto espontáneo pueden ser debidas a factores del producto, maternos y paternos. Del 28-60% (8) de los abortos espontáneos tempranos se asocian a anomalías cromosómicas, las más frecuentes son Trisomía autosómica, Triploidía y Monosomía X (8). Los factores maternos incluyen enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, alteraciones endócrinas, deficiencias nutricionales, alcohol y tabaco, anomalías de los órganos reproductores, trauma físico-psíquico y factores inmunológicos. De los factores paternos las traslocaciones cromosómicas de los espermatozoides son más frecuentes.

El comportamiento clínico dependerá de las diferentes etapas del aborto espontáneo, haciendo diagnóstico diferencial con embarazo ectópico y molar.

Las complicaciones pueden ser inmediatas (hemorragia que puede llevar al shock, lesión del cuello uterino, hematómetra agudo y perforación uterina), mediatas (tejido óvulo-placentario retenido e infecciones igualmente con posibilidad de shock) y tardías (sensibilización Rh. esterilidad, infertilidad, procesos inflamatorios pélvicos crónicos)(8).

El principio básico del tratamiento es que el útero debe ser evacuado. Las diferencias en el manejo dependerán de la urgencia de cada situación, la que es directamente proporcional a la magnitud de la hemorragia.

Las técnicas de aborto són quirúrgicas y médicas, las primeras comprenden el legrado uterino instrumental (LUI) y el legrado uterino por aspiración ya sea por bomba eléctrica o bien con aspiración manual endouterina (AMEU) con jeringa y cánula de Karman . Ambos procedimientos con niveles de efectividad equivalentes .Las técnicas són por infusión de oxitocina, líquidos hiperosmóticos intraamnióticos, prostaglandinas E2-F2 alfa, sus derivados y análogos.

El manejo del aborto incompleto en nuestro país se realiza básicamente mediante LUI, a diferencia de Estados Unidos donde el método más frecuente es el legrado uterino por aspiración (LUxA): con bomba eléctrica, o AMEU.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El LUxA inicialmente fué empleado por Bykov en 1927 utilizándose como método terapéutico a partir de 1958, fecha en que Wu y Ts ai describieron la aspiración con aparato eléctrico. Pronto tuvo una amplia aceptación en Japón, Rusia, Inglaterra y otros países europeos. Agüero (1967) introdujo este procedimiento en Sudamérica). En nuestro país quien primero lo divulgó fué Bonilla (1965). En 1973 con el propósito de que la aspiración estuviera disponible a nivel mundial, el gobierno de los Estados Unidos patrocinó el desarrollo de la tecnología del AMEU.

SITUACION ACTUAL

El LUxA con bomba eléctrica o de forma manual con jeringa y cánula de Karman es el método de vaciamiento del contenido uterino que se utiliza como tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre (13). Según la literatura el AMEU se antepone al LUI por ser más inócuo, más rápido y menos costoso (26,27), principalmente al disminuir el período de hospitalización y no utilizar anestesia general, lo que permite que incluso el procedimiento pueda efectuarse en forma ambulatoria.

La menor morbilidad del AMEU se traduce por un índice de perforación uterina del 0-0.4%, comparado con el LUI:0.5-1% (8,9,25); desarrollo de sépsis de < de 1-7.2% incluyendo casos leves, moderados y severos comparado con el LUI:6-9% incluyendo casos moderados y severos)(8,9,30). Tejido retenido de 0-2.3% comparado con el LUI:0.7-3.5% (8,9,25,28,30) , con un reporte de Venezuela (1992) de 19% con AMEU y de 57% con LUI (16) . Además respecto a la pérdida hemática con LUxA en el 4% se ha observado que es mayor de 150cc y con LUI el 7% presenta hemorragia mayor de 500cc (9).

Finalmente se ha observado que con LUI aumenta la frecuencia de productos con bajo peso al nacer en los primeros nacimientos consecutivos al procedimiento, en comparación con las primeras gestaciones. Este efecto no se observa con LUxA (29).

HIPOTESIS

El procedimiento de AMEU tiene menor o igual incidencia en la complicación de restos de tejido óvulo-placentarios en útero que el LUI en el tratamiento de pacientes con aborto incompleto del primer trimestre.

OBJETIVOS

1. - Establecer la frecuencia de tejido retenido óvulo-placentario posterior a AMEU y LUI.
2. - Corroborar el vaciamiento uterino mediante seguimiento clínico a su egreso y una semana después.
3. - Objetivizar el vaciamiento uterino mediante control ultrasonográfico de las pacientes en las 24 hr proximas al procedimiento.

JUSTIFICACION

Las causas de muerte materna más frecuentes son toxemia, hemorragia y sepsis. Según reporte del Sistema Nacional de Salud en México éstas causas constituyen aproximadamente el 70% de los casos, y en Estados Unidos continúan siendo causa de la mitad de las muertes maternas. Las tasas de mortalidad asociadas al aborto son 100 000 a 200 000 muertes al año, el 99% de éstas muertes se producen en los países en vías de desarrollo (OMS, 1992) (12).

El aborto es una de las causas de hemorragia, y también de las muertes causadas por sepsis. Si consideramos que los restos de tejido óvulo-placentarios incrementan la hemorragia y el riesgo de sepsis, éstos tenderían a mantener ó incrementar la morbi-mortalidad materna; por lo que buscar una técnica para reducir los índices de éstas complicaciones del aborto incompleto del primer trimestre es de primordial interés y trascendencia para abatir la morbi-mortalidad materna en México y el mundo.

Partiendo del conocimiento de que el tratamiento de urgencia para el aborto incompleto consume gran parte de los recursos destinados para la atención médica en aquellos países donde éstos recursos son muy limitados, gran número de estudios indican que con la AMEU se reduce el costo del tratamiento, principalmente al disminuir el período de internamiento y no utilizar anestesia general.

También debemos considerar que el índice de pérdida hemática o de perforación uterina como complicaciones inmediatas del tratamiento del aborto incompleto son más bajas con AMEU que con LUI de forma significativa.

TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio comparativo, observacional, prospectivo y logitudinal.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a 100 pacientes que ingresaron a la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, con diagnóstico de aborto incompleto del primer trimestre en el período comprendido del 28 de noviembre de 1995 al 31 de enero de 1996 con los siguientes criterios:

INCLUSION:

- Pacientes con falta de período menstrual de menos ó igual a 12 semanas.
- Pacientes con hemorragia transvaginal, ó historia de expulsión de restos óvulo-placentarios por vagina.
- Pacientes con dilatación cervical y borraniento.
- Utero clinicamente que corresponda a edad gestacional por amenorrea.
- Embarazo con o sin sintomatología agregada como neurovegetativa ó dolor abdominal cólico en hipogastrio con o sin irradiación lumbar.
- Pacientes con cuadro sugestivo de aborto incompleto del primer trimestre con estudios de gabinete complementarios como estudio ultrasonográfico compatible con el diagnóstico ó prueba inmunológica de embarazo (PIE) positiva ya sea determinación de hormona gonadotropina coriónica (HGC) en orina ó sangre.

EXCLUSION:

- Pacientes embarazadas que no llenen los requisitos estipulados en los criterios de inclusión.

ELIMINACION:

- Embarazadas con cuadro febril ó sintomatología de cuadro infeccioso.
- Embarazadas con datos de shock hipovolémico o séptico, en el primer trimestre.
- Embarazadas del primer trimestre con patología sistémica agregada.
- Embarazadas en el primer trimestre con historia de maniobras abortivas.
- Embarazadas del primer trimestre con datos de irritación peritoneal ó abdomen agudo.

METODOLOGIA

Se estudiaron a 100 pacientes que llegaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México con aborto incompleto del primer trimestre (menos ó igual a 12 semanas) que cumplieron con los criterios de inclusión. A 50 pacientes se les trató su problema con la AMEU y a otro grupo del mismo número con el LUI que fué el control.

A las pacientes incluídas en el estudio de AMEU se les realizó tricatomía de genitales, toma de signos vitales e instalación de venoclisis; se les colocó en posición de litotomía, y bajo anestesia general endovenosa, sondeo vesical, antisepsia de región vulvoperineal y colocación de campos estériles se realiza exploración bimanual del útero, se aplica espejo vaginal, se toma labio anterior del cérvix con pinza de Pozzi, se aplica cánula de Karman al interior del útero con la que también se hace histerometría inicial, se conecta a ésta la jeringa de Karman con válvulas cerradas, y a presión negativa se realiza curetaje en sentido horario para extraer material intrauterino hasta dejar vacío el útero, acto seguido de histerometría final, retiro de cánula, pinza de Pozzi y espejo vaginal. El procedimiento del LUI fué realizado de la forma convencional.

A ninguna paciente se aplicó dispositivo intrauterino (DIU) para evitar sesgo.

El método anestésico empleado fue anestesia general endovenosa administrada por el anesthesiólogo en servicio.

Posterior a ambos procedimientos las pacientes pasaron a la sala de recuperación con manejo a base 500 cc de solución mixta con 15 UI de oxitocina para 4 hr, y analgésico en caso necesario.

Las pacientes fueron dadas de alta posterior a las 12 hr del legrado.

El seguimiento fue clínico y ultrasonográfico. El clínico fue a su egreso del Hospital y una semana después, realizado este último en la consulta externa donde se cita a la consulta de Planificación Familiar para ofrecer un método de control de la natalidad. El ultrasonográfico requirió el auxilio de el servicio de Radiología e Imagen quienes efectuaron rastreo uterino con transductor vaginal en las primeras 24 hr de efectuado el procedimiento, con la finalidad de corroborar el vaciamiento uterino. Se consideró como buena evolución clínica por ausencia de restos óvulo-placentarios en el útero a la presencia de loquios normales es decir ausencia de hemorragia transvaginal anormal, ausencia de dolor abdominal cólico, ausencia de fiebre, disminución del volumen uterino con cuello cerrado, en el período de seguimiento estipulado. Ultrasonográficamente la buena evolución se estableció por ausencia de restos óvulo-placentarios en útero y ausencia de flujo vascular en el endometrio, valorando también el grosor endometrial y la presencia de colección intrauterina.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 50 de ellas sometidas a AMEU y 50 a LUI como tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre. Las pacientes sometidas a AMEU con edades comprendidas entre los 15 y 43 años, con un promedio de edad de 25.5 años (cuadro I).

La edad gestacional fué entre la 7-12 semanas, con edad promedio de 10.2 semanas (cuadro II).

El número de embarazos, osciló entre 1 y 6 gestas, 23 pacientes (46%) fueron primigrávidas (cuadro III, gráfica II).

Los hallazgos anteriores fueron similares en ambos grupos.

El cuadro de aborto incompleto se manifestó en las 100 pacientes por dolor abdominal en hipogastrio de tipo cólico localizado ó irradiado a región lumbar y sangrado transvaginal, con rango de inicio de 1 a 9 días previos a su ingreso. En 50 pacientes (50%) el cuadro inició 2 días previos.

De los grupos, 57 pacientes (57%) refirieron haber sufrido sintomatología neurovegetativa, 87 (87%) ingresaron al servicio con PIE positiva, 31 (31%) con reporte ultrasonográfico compatible con el diagnóstico y 12 pacientes (12%) conocían su grupo sanguíneo y Rh, ninguna de las cuales fué Rh negativo.

Respecto al método de planificación familiar utilizado previo al aborto, 75 pacientes (75%) negaron su utilización, 13 (13%) usaron dispositivo intrauterino (DIU), 6 (6%) preservativo y 6 (6%) hormonales orales.

Referente a la cantidad de material de restos óvulo-placentarios extraídos, en 31 pacientes (62%) tratadas con AMEU se obtuvo abundante material así como en 34 pacientes (68%) del grupo de LUI (cuadro IV, y gráfica I).

Las pacientes fueron egresadas posterior a las 12 hr del procedimiento; ninguna de la ellas tuvo hemorragia uterina anormal ni dolor abdominal. El seguimiento clínico se

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

efectuó a los 7 días de su egreso en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia . Hubo inasistencia de 9 pacientes (9%) del grupo de AMEU y 13 (13%) del los LUI a su cita de seguimiento clínico a la semana después. En ninguna de las que acudieron se evidenció restos óvulo-placentarios en el lapso estudiado. A las pacientes revisadas en la consulta externa se les dió cita a Planificación Familiar.

El control ultrasonográfico fué efectuado en 7 pacientes a quienes se les realizó AMEU, 5 de los reportes con material intrauterino, probablemente colección hemática ó restos óvulo-placentarios. Los demás estudios ultrasonográficos no fue posible realizarlos por fallas técnicas.

DISCUSION

Del total de 100 pacientes estudiadas, el grupo de edad que mayor número de abortos sufrió fué el de 20-24 años coincidiendo con lo reportado en la literatura (8). La edad de gestación más frecuentemente afectada fué a las 10 semanas, los reportes disponibles indican que ocurren más frecuentemente entre la 4-11 semanas (8). Y respecto al número de embarazos existe concordancia en lo reportado y nuestros hallazgos de ser las primigrávidas quienes más frecuentemente sufren de aborto incompleto, la literatura reporta un 58% (8).

El estudio nos permitió evaluar el método de tratamiento de AMEU con LUI que es el procedimiento habitual ante esta patología, encontrando índices de efectividad iguales, con ninguna paciente complicada con restos óvulo-placentarios en el seguimiento clínico.

Según la literatura revisada ésta complicación ocurre en el 0-2.3% para AMEU y de 0.7-3.5% con LUI (8,9,25,28,30).

No fué posible establecer una correlación ultrasonográfica-clínica por fallas técnicas, sin embargo los reportes de la literatura reportan que en el rastreo ultrasonográfico existe vacuidad uterina en el 81% en grupos de AMEU y 67% de LUI a las 24 hr del procedimiento (16) y otros para AMEU de 97.3% (21). En éste trabajo esto no es valorable, ya que de sólo 7 pacientes a las que se les realizó el rastreo antes de las 24 hr, en 5 se reportó con útero ocupado por coágulos ó restos, sin poderse definir adecuadamente.

CONCLUSIONES

En el estudio se ofrecen dos alternativas de manejo a las pacientes con aborto incompleto del primer trimestre, el LUI y AMEU, ambos grupos de 50 pacientes cada uno, sin encontrar evidencia clínica de retención de restos óvulo-placentarios; con seguimiento ultrasonográfico de 7 de ellas de AMEU ,5 de ellos con material intrauterino posiblemente hemático ó restos óvulo-placentarios.

Es una serie pequeña que nos ha permitido evaluar éstos dos métodos de tratamiento, que debe continuarse y en lo sucesivo servir de base para nuevos estudios, estableciendo que el vaciamiento por AMEU es una alternativa al manejo habitual, para ampliar nuestros recursos terapéuticos.

ANEXOS

CUADRO I

EDAD DE PACIENTES TRATADAS CON AMEU-LUI. UNIDAD 503 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

28 DE NOVIEMBRE DE 1995-31 ENERO DE 1996

GRUPO DE EDAD	AMEU NO. DE PACIENTES	AMEU %	LUI NO. DE PACIENTES	LUI %
15 - 19	10	20	10	20
20 - 24	22	44	24	48
25 - 29	3	6	4	8
30 - 34	5	10	6	12
35 - 39	9	18	5	10
40 - 44	1	2	1	2
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: HOJA DE REPORTE DE CASO. UNIDAD 503 G-O. TESIS.

CUADRO II

EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO DEL PRIMER TRIMESTRE TRATADAS CON AMEU-LUI. UNIDAD 503 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.
28 NOVIEMBRE DE 1995- 31 ENERO DE 1996.

SEMANAS DE GESTACION	AMEU NUMERO DE PACIENTES.	AMEU %	LUI NUMERO DE PACIENTES.	LUI %
7	2	4	3	6
8	9	18	9	18
9	5	10	7	14
10	10	20	8	16
11	7	14	8	16
12	17	34	15	30
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: HOJA DE REPORTE DE CASO, UNIDAD 503,G-O.TESIS.

CUADRO III

NUMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES TRATADAS CON AMEU-
LUI.UNIDAD 503 GIECOLOGIA Y OBSTETRICIA.HOSPITAL GENERAL DE
MEXICO.

28 NOVIEMBRE DE 1995-31 ENERO DE 1996.

GESTA	AMEU NUMERO DE PACIENTES.	AMEU %	LUI NUMERO DE PACIETES .	LUI %
I	23	46	27	54
II	15	30	14	28
III	6	12	4	8
IV	4	8	2	4
V	1	2	2	4
VI	1	2	1	2
TOTAL	50	100	50	100

FUETE: HOJA DE REPORTE DE CASO,UNIDAD 503 G-O.TESIS.

CUADRO IV

CANTIDAD DE RESTOS OVULO-PLACENTARIOS EXTRAIDOS EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO DEL PRIMER TRIMESTRE, TRATADAS CON AMEU-LUI. UNIDAD 503 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

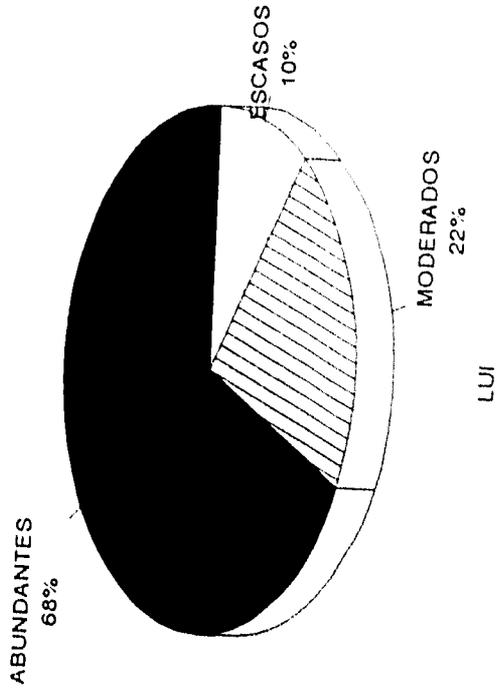
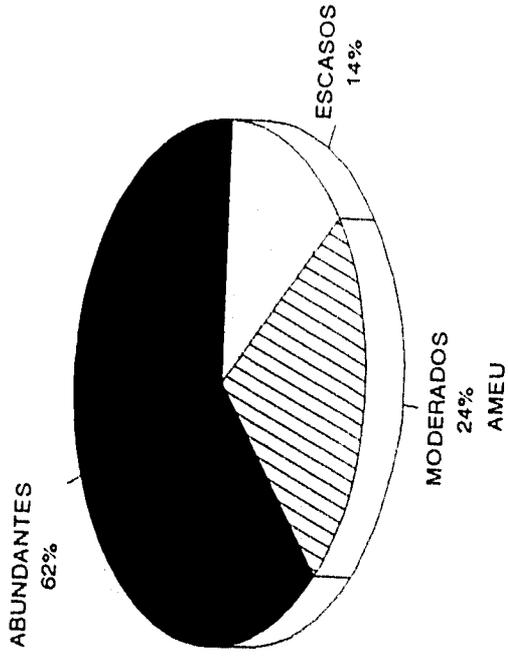
28 DE NOVIEMBRE DE 1995-31 DE ENERO DE 1996.

CANTIDAD DE RESTOS	AMEU NUMERO DE PACIENTES	AMEU %	LUI NUMERO DE PACIENTES.	LUI %
ESCASOS	7	14	5	10
MODERADOS	12	24	11	22
ABUNDANTES	31	62	34	68
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: HOJA DE REPORTE DE CASO, UNIDAD 503 G-O. TESIS.

GRAFICA I

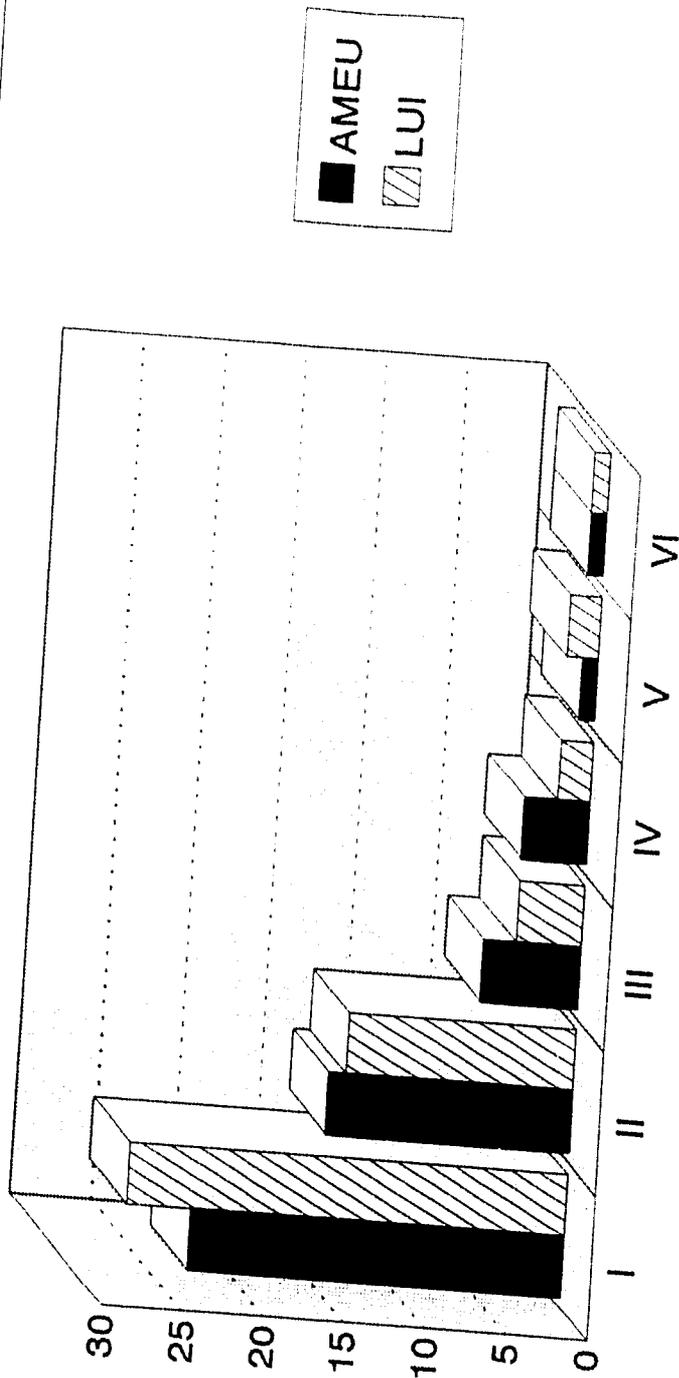
ESTOS OVULO PLACENTARIOS EXTRAIDOS DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO DEL PRIMER TRIMESTRE. TRATADAS CON AMEU-LUI



HOJA DE REPORTE DE CASO, UNIDAD 503 DE G-O, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
28 DE NOVIEMBRE 1995-25 DE ENERO 1996

GRAFICA II

NUMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO DEL PRIMER TRIMESTRE TRATADAS CON AMEU-LUI.



GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 28 DE NOVIEMBRE 1995- 31 DE ENERO 1996.
HOJA DE REPORTE DE CASO UNIDAD 503. G-O.TESIS

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- JACK A. PRITCHARD Y COLS. WILLIAMS OBSTETRICIA, EDIT.SALVAT 3RA. EDICION, PAG.453-477.
- 2.- EDUARDO NUÑEZ MACIEL, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,EDIT.MEDEZ OTEO,A.M.H.G.O. NO.3, IMSS.3RA. EDICION, PAG.239-254.
- 3.- H.W. JONES Y COLS. TRATADO DE GONECOLOGIA DE NOVAK,11A EDICION .EDIT. INTERAMERICANA MC. GRAW-HILL, PAG. 289-306.
- 4.- R.RAMON DE ALVAREZ. TEXTO DE GINECOLOGIA EDIT. PRENSA MEDICA MEXICANA S.A. 1984, PAG.257-259.
- 5.- W.B. SAUDERS. MANUAL OF GYECOLOGIC AD OBSTETRIC EMERGENCIAS, TABER 1979,PAG: 90-103.
- 6.- DAVID N. DANFORT. TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 4A. EDIC., EDIT. INTERAMERICANA, SA DE CV.1987, PAG. 379-380.
- 7.- BESON PERNOLL. MAUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 9A.EDICION EDIT. ITERAMERICANA MC. GRAW HILL,PAG. 774-776.
- 8.- RICHARD F. MATTLINGLY Y COLS.GINECOLOGIA OPERATORIA TE LIDE,6 EDICION EDIT. EL ATENEO,PAG. 447-471.

- 9.- JOSE M. CARRERA MACIA. TRATADO Y ATLAS DE OPERATORIA OBSTETRICA, DEXEUS, VOL. II Y III 2DA. EDICION, PAG. 45-60 Y 46-49 RESPECTIVAMENTE.
- 10.- K.R. NISHANDER. MANUAL DE OBSTETRICIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 3 EDICION, EDIT. SALVAT. PAG. 22-25.
- 11.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA VOL. 2, AÑO 1993 NO. 13 DAÑOS A LA SALUD, SNS.
- 12.- COMITE NACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. ACCIONES PARA SU REDUCCION, CIFRAS Y HECHOS 1989-1994, MAYO 1994 MEX.
- 13.- MARWICK-D Y COLS. BR-J-FAM-PLANN. 20/1(8-10) 1994.
- 14.- NAUERT-GM; FREEMA-TB. CELL-TRANSPLAT. 3/2(147-151) 1994.
- 15.- CHO-JY. INT-J-GYNECOL-OBSTET. 42/3(273-274) 1993.
- 16.- MAGNELLI, ALESSANDRO; TELLEZ Y COLS. REV. OBSTET. GINECOL. VENEZUELA; 52(1):43-8, 1992. TAB.
- 17.- MACKENZIE-IZ; JACKSON-C Y COLS. J-OBSTET-GYECOL. 10/6(513-517) 1990.

- 18.- ITZKOWIC-DJ;LAVERTY-CR. AUST-NEW-ZEALAD-J-OBSTET-GYNAECOL. 30/2(150-153)1990.
- 19.- NYHOLM-HCJ Y COLS. J-OBSTET-GYECOL. 8/3(210-213)1988.
- 20.- HENSHAW-R Y COLS.ACTA-OBSTET-GYNECOL-SCAND.73/10(812-818)1994.
- 21.- MIKKELSEN-AL YCOLS.CLIN-EXP-OBSTET-GYECOL.21/3(150-152)1994.
- 22.- HENSHAW-RC Y COLS. BR-MED-J. 307/6906(714-717)1993.
- 23.- STUBBLEFIELD-PG.CLIN-OBSTET-GYNAECOL.1986 MAR;13(1):53-70.
- 24.- KIZZA-AP; ROGO-KO.EAST-AF-MED-J.1990 NOV.;67(11):812-22.
- 25.- LEGARTH-J Y COLS. EUR-J-OBSTET-GYECOL REPRODBIOL.1991SEP.13;41(2): 91-6.
- 26.- JOHNSON-BR Y COLS. SOC-SCI-MED.1993 JUN ;36(11): 1443-53.
- 27.- BLUMETHAL-PD; REMSBURG-RE.IT-J-GYNAECOL-OBSTET.1994 JUN; 45(3):261-7.
- 28.- MAHOMED-K;Y COLS. INT-GINAECOL-OBSTET.1994 JUL;46(1):27-32.

29.- HOGUE-C.J.CLIN-OBSTET-GYNAECOL. 1986 MAR; 13 (1): 95-103.

30.- HILL-NCW; MACKENZIE-IZ.INT-J-GYNECOL-OBSTET. 32/3 (269-274) 1990.