



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**"SERIE DE CASOS SOBRE EVACUACIÓN Y ASPIRACIÓN ENDOUTERINA
(AMEU), EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO"**

PRESENTA: DRA. DAISY YADIRA FIERROS CÁRDENAS

ASESORES DE TESIS:

DR. MARIANO MANZANAREZ CHÁVEZ

DR. JOSÉ ANGEL GARCIA MORENO

**ACAPULCO,
GUERRERO. AGOSTO 2011**



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.

TESIS

**"SERIE DE CASOS SOBRE EVACUACIÓN Y ASPIRACIÓN
ENDOUTERINA (AMEU), EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO"**

DR. LAZARO MAZON ALONSO
SECRETARIO DE SALUD DE GUERRERO

DRA. MAGDA LUZ ATRIAN SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA SECRETARIA DE SALUD

DR. RICARDO GARIN ALVARADO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

TESIS

**"SERIE DE CASOS SOBRE EVACUACIÓN Y ASPIRACIÓN
ENDOUTERINA (AMEU), EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO"**

DRA. MARA IVETH BAZAN GUTIERREZ

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO

DR. MANUEL SÁENZ CABRERA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. MARIANO MANZANAREZ CHÁVEZ DR. JOSE ANGEL GARCÍA MORENO

ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por el don de la vida, por ser siempre mi guía espiritual, porque junto a él todas las cosas con posibles.

A mis Padres Yolis y Héctor:

Que representan mi gran orgullo de lucha, superación, amor y bondad. Siempre dándole a la vida el "toque mágico", sin duda mi ejemplo a seguir. Gracias a su hermoso ejemplo de unión, hemos aprendido a superar obstáculos y enfermedades, y a disfrutar hasta los mínimos detalles de la vida, los amo papitos.

A mis hermanos Dalía y Vladimir:

Guerreros incansables de lucha, que dan a mi vida fuerza, alegría y orgullo. Los amo.

A mi Sobrina:

Sofía Azeneth, la pollita más inteligente y encantadora de todo el Mundo, una bendición que ha llenado de felicidad nuestras vidas.

A Luis Alfredo:

El destino se encargó de unirnos en este puerto, hemos compartido un sin fin de vivencias tanto personales como laborales, que han hecho crecer un amor, un respeto, amistad y un deseo por estar juntos por siempre. ¡Te amo mi cielo ! Gracias a tu familia que tanto nos ha apoyado en cada momento.

A los Maestros que contribuyeron en mi formación, Mil Gracias!

-Dr. José Luis Guzmán

-Dr. Arturo Sandoval

-Dra. Guadalupe Salgado

-Dr. Martín Aguirre Caro

-Dra. Rebeca Moreno

-Dra. Magda Juárez

-Dra. Leonor Valdez

-Dr. Bruno Jiménez

¡Un Homenaje especial a todos ustedes!

- ***Dr. Manuel Sáenz Cabrera***, Titular incansable al que debo gran parte de mi formación. ¡Todo un orgullo para nosotros los residentes!. Gracias por su apoyo incondicional durante todo este tiempo y por los momentos inolvidables que dedicó para nosotros.
- ***Dr. Salvador Cintora Zamudio*** que aunque ya no está presente físicamente, vivirá por siempre en mi corazón, gracias por sus valiosas enseñanzas y convivencias con nosotros.
- ***Dr. Mariano Manzanarez Chávez y Esposa***, gracias por sus enseñanzas (quirúrgica y teórica), además de brindarme un cariño paterno siempre. ¡Los quiero mucho y recordaré por siempre!
- ***Dr. José Angel García Moreno*** que desde el primer año de residencia se preocupó por nuestro aprendizaje y que me apoyo incondicionalmente en mi Tesis, mil gracias. Recordaré las interesantes pláticas y consejos.
- ***Dra. Silvia Ortega Barrios***, gracias por la enseñanza brindada y los detalles inolvidables durante todo este tiempo, que Dios la Bendiga
- ***Dr. Alejandro Monroy Flores***, gracias por compartir sus conocimientos hacia nosotros en cada guardia y por su agradable forma de ser.
- ***Dr. José Alejandro Barrón***, por brindarnos la enseñanza y confianza en todo momento, y por ser un gran ser humano.
- A todos mis compañeros ***Residentes***, "Dios los bendiga siempre" y les deseo el mejor de los éxitos.

Enfra. Maria Isabel Helguera Sánchez, gran colaboradora en este proyecto.

Hospitales:

Al Hospital General Acapulco, Al Servicio de Displasias del Hospital General de Renacimiento "Donato Alarcón", al IMSS "Vicente Guerrero" y Centro Estatal de Cancerología, del Estado de Guerrero y al Hospital Civil Nuevo "Ignacio Menchaca" de Guadalajara, Jal.

INDICE GENERAL

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Agradecimientos | II |
| Índice general | III |
| Índice de Figuras y Tablas | V |
| Índice de anexos | VI |
| Abreviaturas | VII |
| | |
| Capítulo I. Introducción | 1 |
| Planteamiento del problema | 3 |
| Justificación | 4 |
| Antecedentes | 5 |
| Objetivo general | 11 |
| Capítulo II. Metodología | 12 |
| Definiciones Operacionales | |
| Tipo y diseño general de estudio | |
| Lugar y duración | 13 |
| Características del lugar | |
| Características de los casos | 14 |
| Criterios de inclusión | |
| Criterios de Exclusión | 15 |
| Tamaño de la muestra | |
| Técnica AMEU | |
| Análisis estadístico | 22 |
| Consideraciones éticas | 23 |

| | |
|--|----|
| Capítulo III. Resultados y análisis. | 24 |
| Discusión | 33 |
| Conclusiones | 35 |
| Capítulo IV. Referencias Bibliográficas | 36 |
| Cronograma | 40 |
| Presupuesto | 41 |
| Anexos | 42 |

Índice de Figuras y Tablas

| Figura / Tabla | Página |
|---|--------|
| F1. Distribución de las Pacientes por Estado Civil, Hospital General Acapulco SS, Guerrero, 2011 | 24 |
| F2. Aceptación de algún M.P.F. antes y después del AMEU Hospital General Acapulco SS, Guerrero, 2011. | 25 |
| F3. Grupo Sanguíneo y Rh de las Pacientes, Hospital General Acapulco SS, Guerrero, 2011. | 27 |
| F4. Manejo para el dolor en las Pacientes, Hospital General Acapulco SS, Guerrero, 2011. | 29 |
| F5. Técnica de evacuación uterina empleada en las pacientes. Hospital General Acapulco, SS, Guerrero, 2011. | 30 |
| F6. Pacientes en condiciones de egreso a las 4 horas post evento, Hospital General Acapulco SS, Guerrero, 2011. | 31 |

Índice de Anexos

| Anexo | Página |
|---|--------|
| 1. Tabla para selección de diámetro cánula Ipas Easy Grip | 42 |
| 2. Formato de recolección de datos | 43 |
| 3. Carta de consentimiento informado | 44 |

Abreviaturas Utilizadas

AMEU: Aspiración manual endouterina

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

ICM: Confederación Internacional de Matronas

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia del país

SS: Secretaria de Salud

APA: Atención postaborto

CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo

DyC: Dilatación y curetaje

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

BHC: Biometría hemática completa

TP: Tiempo de protombina

TPT: Tiempo parcial de tromboplastina

AOC: Anticoncepción oral combinada

AE: Anticoncepción de emergencia

OTB: Oclusión tubaria bilateral

DIU: Dispositivo intrauterino

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La evacuación endouterina es la extracción del contenido del útero. Existen varios métodos para efectuarla en el primer trimestre, tales como: aspiración endouterina, los métodos quirúrgicos y los farmacológicos. Se utilizan según las habilidades y la formación del personal de salud, así como el equipo y agentes médicos disponibles. El estado clínico de la paciente, la altura uterina, la edad gestacional y las preferencias personales de la mujer. 1

La evacuación manual endouterina está respaldada por la FIGO y la ICM, la OMS, UNFPA, UNICEF, SS y el Banco Mundial, considerada como primera opción para el tratamiento de aborto incompleto, para la interrupción legal del embarazo en fases tempranas de la gestación, para tratar otras formas de aborto y, en general, para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas. Fue diseñado por Ipas, en colaboración con otras instituciones, siendo una organización internacional no gubernamental. 1 2 3

A partir de los años 90, la atención postaborto (APA), estrategia utilizada en todo

el mundo, consistió en 3 elementos clave: tratamiento de complicaciones del aborto, servicios de planificación familiar y vínculos con otros servicios de salud reproductiva. Después este modelo se expandió, cuyo objetivo es organizar los servicios de salud de manera que se atienda oportunamente a las mujeres que se presentan en situación de aborto y así reducir la morbilidad y mortalidad materna relacionada con esta causa. 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe literatura mundial y nacional donde se mencionan los beneficios de la evacuación manual Endouterina (AMEU), frente a otras opciones de manejo de los diversos tipos de aborto, interrupción del embarazo en fases tempranas y para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas. Se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como la perforación uterina, el sangrado excesivo, la infección pélvica y las lesiones cervicales.

Sin embargo en nuestro medio no ha logrado superar a el legrado uterino instrumentado (DyC), ni existen estadísticas previas.

Apoyándonos en la evidencia científica y tratando de demostrar en nuestro medio su efectividad, nosotros justificamos la evaluación de esta intervención.

JUSTIFICACION

La AMEU es una tecnología eficaz, rápida, segura, costo-efectiva y aceptable para mujeres con menor pérdida de sangre, menos dolorosa que el legrado uterino instrumental y menores complicaciones como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y lesiones cervicales.

Esencial para el tratamiento de aborto incompleto, interrupción del embarazo en fases tempranas de la gestación, para tratar otras formas clínicas de aborto y, en general, para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas.

Fabricado con altos estándares de calidad, alto nivel de eficacia, seguridad y aceptabilidad. Puede ser usado con anestesia local, epidural o general. De gran aplicación en cirugía ambulatoria y hospital. Portátil, no requiere electricidad para ser utilizado y funciona con una presión negativa constante de 26 pulgadas de mercurio. De bajo costo y con posibilidad de reutilización. Estas características son importantes en lugares donde no se cuenta con instalaciones de alto nivel.

Su efectividad ha mostrado ser mayor al 98 por ciento. Respaldada por más de 25 años de investigaciones clínicas en más de 100 países. 9

ANTECEDENTES

La OMS estima que se interrumpen 42 millones de embarazos por año debido a abortos inducidos, de los cuales se 20 millones son abortos de riesgo. Siendo un problema grave de salud pública. En el mundo, el 13% de las muertes maternas se produce por abortos de riesgo y probablemente alcanzan la cifra de 67.000 anuales, de los cuales el 99% se realizan en los países en desarrollo. Afectando no sólo a las mujeres, sino también hombres, niños y comunidades enteras. 4

La mortalidad materna es considerada con una muerte evitable, que nos habla de un problema de acceso o un problema de calidad.

El Consorcio Atención Postaborto fue establecido en el año 1993 por AVSC International (ahora EngenderHealth), la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Ipas, la Corporación JHPIEGO y Pathfinder International con el objetivo de informar, acerca de temas relacionados con aborto de alto riesgo. Consta de 5 elementos: Tratamiento, consejería, anticoncepción y planificación familiar, servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud y por último

alianzas entre la comunidad y prestadores de servicios de salud. 5

En 1994, en la CIPD, celebrada en El Cairo, se subrayó la necesidad de proporcionar un tratamiento oportuno y seguro, además de el empleo de un método de planificación familiar para evitar embarazos no deseados. Se reforzó este consenso en tres Conferencias Mundiales posteriores (CIPD, 1995 – 2000). 6

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, 189 gobiernos acordaron sobre la urgencia global de reducir la pobreza, desigualdad y mejorar la salud materna siendo una de las metas claves, con el objetivo de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. 7

En casi todos los países, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer.

En más de tres quintos de los países, para preservar la salud física y mental y, alrededor del 40%, en caso de violación, incesto o daño fetal. Un tercio de países lo permite sobre bases económicas o sociales y al menos un cuarto, lo permite a petición. Por ende, todos los países deberían tener servicios seguros y accesibles

para realizar un aborto seguro, donde la ley lo permita.

La esperanza de vida en mujeres zonas rurales de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, es 10 años menor que la esperanza de vida de las zonas urbanas de Nuevo León o el Distrito Federal. En caso de poblaciones indígenas apenas supera los 65 años. Las causas relacionadas con las muertes maternas en áreas urbanas predominan las hipertensivas del embarazo mientras que en áreas rurales son hemorragias del embarazo, parto y puerperio. 5

Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63, aunque está todavía muy lejos de la Meta del Milenio 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015. El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor comparado con Nuevo León. Guerrero junto con Chiapas, Chihuahua, Nayarit y Oaxaca tienen problemas de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000

nacidos vivos. 5

En 2005 se presentaron en México 1,278 muertes maternas. De este total 1,242 correspondieron a muertes obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, y 36 a muertes tardías o por secuelas.

Durante más de tres décadas, la organización Ipas, ha trabajado en África, Asia, Europa, América Latina y América del Norte. Siendo una organización no gubernamental. Desarrolló la Aspiración manual endouterina (AMEU), punto de referencia para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas en un marco de calidad y atención basada en los derechos humanos. 6

La atención integral incluye la orientación y consejería sobre planificación familiar y anticoncepción, de preferencia en pareja, ya que el Estado de Guerrero forma parte de los cuatro estados junto con Oaxaca, Chiapas y Puebla que están por debajo del Promedio Nacional en cuanto a cobertura, con cifras similares a las de hace quince años. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, afecta

principalmente a los grupos de adolescentes, jóvenes, indígenas y zonas rurales.

8

El número de muertes maternas en México descendió de 2,469 defunciones en 1979 a 1,258 en 2009 y a 326 para el 2010. Para este último año el 67.2% (219 muertes) se debieron a causas obstétricas directas , 21.5% (70) a causas indirectas excepto respiratorias y 11.3% (37) por neumonía e influenza. La mortalidad por aborto (4.5%) para el 2009 ocupó el quinto lugar a nivel nacional, superado por Preeclampsia-Eclampsia, Neumonía, Hemorragia postparto y septicemia. 9

El 86% de las muertes ocurren en unidades hospitalarias y hasta el 82% están asociadas a mala calidad de atención médica. Las defunciones maternas por grupo de edad prevalece mujeres mayores de 35 años (2009).

El porcentaje de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) para el 2009 fue 52.1, en la Secretaria de Salud. 9

La población femenina en México para el 2009 era de 54.6 millones, con una

proporción de mujeres adolescente de 40%.

En Guerrero residen 3 152 533 personas, de las cuales 1 625 412 (52%) son mujeres. De éstas, 715 466 (44% de todas las mujeres) están en edad reproductiva de los 15 a 44 años. El número promedio de hijos es de 2.6 niños por cada mujer, mayor al promedio nacional de 2.2 hijos. El 26.3% de los partos atendidos por hospitales de la Secretaria de Salud son mujeres menores de 20 años, similar a la cifra nacional de 26.6%. La población con derechohabiencia en Guerrero es del 23.7%; mientras que el promedio nacional es de 46.9%.

La razón de mortalidad materna en adolescentes en este Estado en el 2008 correspondió a 84.6. 8 9

OBJETIVO

Objetivo General

❖ Implementar la aspiración y/o evacuación endouterina como primera opción para el manejo de aborto incompleto, interrupción del embarazo en fases tempranas, para tratar otras formas clínicas de aborto y, en general, para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas. Tomando referencia mundial y nacional, de los beneficios como son: técnica eficaz, rápida, segura, costo-efectiva y con menor pérdida de sangre, menos dolorosa que el legrado uterino instrumental y con menores complicaciones como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y lesiones cervicales.

CAPITULO II. METODOLOGIA

Definiciones Operacionales

| VARIABLE | CONCEPTUAL | OPERACIONAL |
|--------------------------------------|--|--|
| BLOQUEO PARACERVICAL | Tipo de anestesia local, con lidocaína al 0.5% ó 1.0%. | Tipo de manejo local para el dolor. |
| ANSIOLITICO Midazolam | Benzodiacepina ansiolítico, anestésico, hipnótico, anticonvulsivante, relajante esquelotomuscular y sedante. | Tipo de tratamiento para atenuar la ansiedad según presenta la paciente. |
| ANESTESIA GENERAL | Variedad de anestesia que requiere medicamentos, monitorización y manejo de la vía aérea. | Variedad anestésica para el manejo de dolor. |
| AMEU | Procedimiento que consiste en el retiro de la cavidad uterina los tejidos residuales o retenidos, por medio de aspiración suave, a través de cánulas y jeringa de vacío, bajo anestesia local, sedación y/o general. | Técnica de evacuación endouterina por aspiración. |
| LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO | Procedimiento que consiste en el retiro de la cavidad uterina los tejidos residuales o retenidos, por medio de curetaje o legrado, bajo anestesia general. | Técnica de evacuación endouterina a través de curetaje. |
| VARIABLE | CONCEPTUAL | OPERACIONAL |

Diseño del Estudio

El presente trabajo es un estudio de casos.

Lugar y duración

Se incluyeron solamente pacientes sometidas a aspiración manual endouterina en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SSA, sin importar su domicilio o lugar de procedencia. Durante el tiempo de 01 de Abril al 31 Julio del año 2011.

Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:

Hospital de segundo nivel de atención, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. Cuenta con 120 camas censables. Tiene en el sótano la unidad de tococirugía, la cual cuenta con una sala de quirófano donde se llevan a cabo la mayoría de los procedimientos del servicio, además con dos mesas de expulsión; el área de hospitalización y recuperación post evento de esta unidad se adapta a las necesidades del servicio, por lo que no se cuenta con un número establecido de camas. El tercer piso del Hospital corresponde en parte al área de hospitalización de ginecología y obstetricia, el resto lo comparte con los servicios de pediatría (UCIN y cuneros patológicos) y Epidemiología.

Características de los casos:

Las pacientes que fueron sometidas a evacuación uterina programada o de urgencia relativa con técnica de aspiración manual endouterina (AMEU), sin importar la edad y bajo consentimiento informado. Las pacientes contaban con signos vitales estables y paraclínicos dentro de parámetros normales.

Selección de la población de estudio.

Criterios de inclusión

1. Variedades de aborto (incompleto, completo, en evolución, inevitable, séptico y diferido) por altura uterina de hasta 12 semanas desde la fecha de última menstruación (FUM).
2. Pacientes para biopsia de endometrio en sus diferentes aplicaciones como casos de fertilidad, sangrado uterino anormal, amenorrea, detección de cáncer endometrial e infecciones endometriales.
3. Pacientes con Mola hidatiforme, ya protocolizadas.
4. Pacientes programadas o de urgencia relativa.
5. Que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no aceptaron participar.
2. Inestable hemodinámicamente.
3. Historial de alergia a lidocaína.
4. Altura uterina mayor de 12 sem por FUM, (excepto en Mola Hidatiforme).
5. Dilatación cervical mayor de 12mm.
6. Sospecha de embarazo en biopsia de endometrio

Tamaño de muestra:

Aquellas que cumplieron los criterios de selección dentro del periodo de tiempo establecido.

Técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

1.- El investigador revisó la historia clínica y seleccionó a las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, hospitalizadas en el servicio de tococirugia.

2.- Las pacientes fueron canalizadas con soluciones parenterales y se les

tomaron muestras para paraclínicos (BHC, TP, TPT, Gpo. sanguíneo y Rh). Se hizo evaluación clínica completa con su historia médica general, un examen pélvico, ubicación y altura del uterino y una evaluación psicosocial. Se prescribieron antibióticos del tipo de clindamicina 600mg IV DU y analgésico como ketorolaco 60mg IV DU. En caso de alergia a algún componente se hará cambio pertinente.

3.- Las pacientes fueron informadas a cerca del protocolo de estudio por el investigador principal y se les solicitó consentimiento voluntario informado mediante firma de una carta de aceptación. Y se brinda consejería sobre planificación familiar.

4.- Las pacientes con signos vitales estables, paraclínicos dentro de rango normales y con vejiga vacía por micción voluntaria, fueron colocadas en alguna de las camillas de expulsión disponible y/o en la de quirófano, en posición de litotomía dorsal y se verificó la permeabilidad de la venoclisis .

5.- Se conectó una solución glucosada al 5% 1000mL + 20U de oxitocina y se mantuvo con goteo constante.

6.- El investigador principal realizó asepsia y antisepsia en el área vulvar y vaginal, con jabón quirúrgico. Se cubrieron sus piernas y abdomen con ropa estéril en caso de haber disponible.

7.- Se colocó espejo vaginal, se localiza cérvix, se hace asepsia local y se pinza labio anterior (anteversión) ó labio posterior (retroversión) con pinza de Pozzi (tenáculo), se tracciona suavemente para rectificar útero, se procede a colocar bloqueo paracervical con anestésico local (lidocaína al 1 ó 2% sin epinefrina), en una jeringa de 10cc con un Punzocat 16Gx2'' (catéter I.V.). Se mantuvo la comunicación con la paciente, ante cualquier molestia.

8.- Se da tiempo de latencia al anestésico local, entre uno y dos minutos; mientras que se prepara el equipo: jeringa de AMEU con válvula doble (con una capacidad de 60cc) y cánulas Ipas Easy Grip de plástico flexible de diversos diámetros (4 a

12mm) para evitar la necesidad de dilatación cervical; Todas tienen la punta redondeada y un diámetro uniforme en toda su extensión que disminuyen el riesgo de perforación uterina y lesión cervical.

9.- Se arman las piezas de la jeringa, se le colocan 2 gotas de lubricante, se inspecciona émbolo, se cierran las válvulas de seguridad , se prepara el vacío, el cual debe ser hermético.

10.- El investigador principal toma el tenáculo con la mano izquierda, haciendo una suave tracción y con la mano derecha con técnica de no tocar introduce la cánula al canal cervical, con un movimiento de rotación, empújela hasta que toque el fondo, valore la histerometría, por los puntos visibles en cada cánula y después retírela aproximadamente 1 cm. Se toma el extremo externo de la cánula y conecta a la jeringa con vacío.

11.- El investigador suelta las válvulas de seguridad y el vacío se transfiere al útero a través de la cánula, que por medio de sus orificios permiten la aspiración

del tejido retenido, con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento de adentro hacia afuera hasta obtener signos de que esta la cavidad virtualmente limpia.

12.- En caso de perderse el vacío o llenarse la jeringa, el investigador principal desconectará los botones de seguridad y el extremo de la cánula sin que salga del útero, se vacía el tejido retenido, en un recipiente, y después se vuelve armar la jeringa activando el vacío y conectándola nuevamente a la cánula.

13.- Los signos de que la cavidad uterina está limpia son: espuma de color rosado en la cánula, no se observa salida de tejido, se percibe y escucha una sensación de aspereza, cuando el útero presione la cánula y se dificulte su desplazamiento y/o cuando la paciente manifieste dolor en hipogastrio.

14.- Se valora el estado general de la paciente en todo momento, manteniendo comunicación directa con el investigador principal.

15.- Después se retira la pinza de Pozzy o tenáculo, se liberan válvulas de seguridad, retirando suavemente la jeringa junto con la cánula, se vacía el contenido restante de tejido, se visualiza que no exista hemorragia activa de la cavidad uterina o cérvix.

16.- En caso de que la paciente haya aceptado dispositivo intrauterino y no exista contraindicación es el momento en que el investigador lo realiza.

a) Si solicitó la paciente como método de planificación familiar un hormonal inyectable mensual o bimensual, y no existe contraindicación, se aplicarán en el post evento inmediato.

17.- Por último el investigador retira es espejo vaginal, haciendo un aseo local.

18.- Para finalizar se pasa a la paciente al área de recuperación.

a) Se continua vena permeable

b) Continuar con analgésico por razón necesaria via oral y el antibiótico hasta completar 7 días.

19. El investigador valora a la paciente a las 4 horas post evento, recolectando los siguientes datos : estado general de la paciente, signos vitales, tolerancia a la vía oral, dolor en hipogastrio, micción voluntaria, sangrado vaginal y posibilidad de deambulacion. El hospital por cuestión administrativa no permite el egreso de estas pacientes aún cuando este en condiciones de hacerlo.

20.- El investigador citó a las pacientes a los 10 días post evento, en el consultorio de urgencias de ginecología y obstetricia ubicado en el sótano del Hospital, para seguimiento o antes en caso de presentar algún signo de alarma como: fiebre, sangrado vaginal en exceso y dolor abdominal intenso.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se capturó la información obtenida en Epi-Data versión 3.1. Se describen los datos obtenidos con frecuencias y porcentajes, así como cálculo de medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (varianza y desviación estándar) de acuerdo con el tipo de variables analizadas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

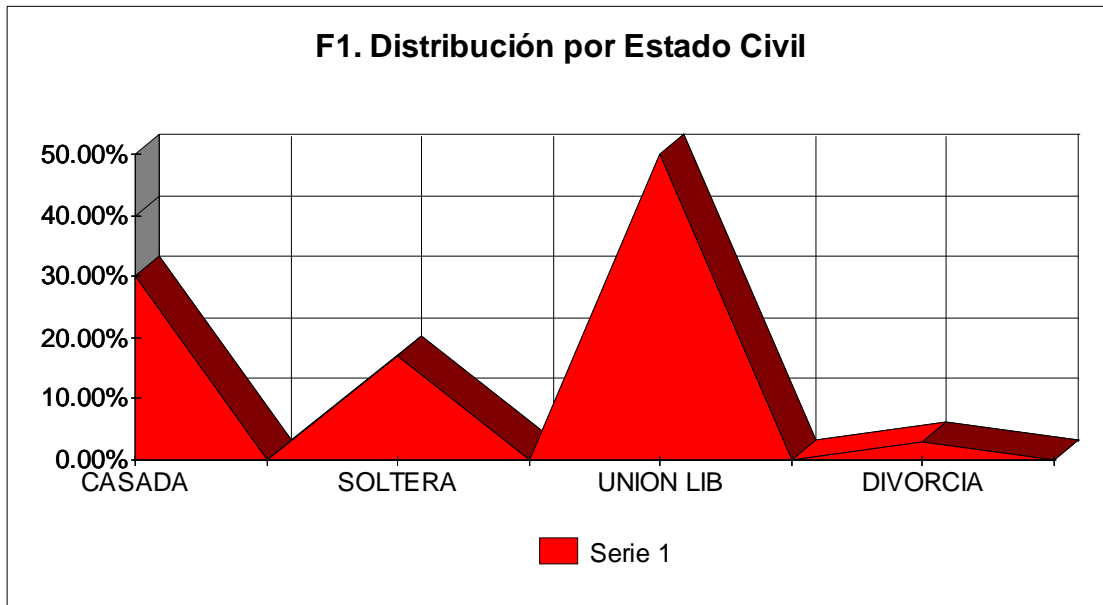
Se cumplieron con las recomendaciones de la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia en 1964 y la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón en 1975. Se respetaron en todo momento los principios de la bioética: principio de beneficencia, principio de no maleficencia, principio de autonomía y principio de justicia.

El investigador principal solicitó firmar el consentimiento voluntario informado a cada paciente, explicando el plan de tratamiento propuesto, incluidos sus beneficios, riesgos y otras alternativas.

CAPITULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

En el estudio participaron un total de 70 pacientes. La edad varió de 16 años a 40 años, con una media de 23 años y mediana de 24.6.

El 50% (35/70) de las pacientes tuvo un estado civil de unión libre, mientras que 30% (21/70) fueron casadas, 17.1% (12/70) solteras y el 2.9% (2/70) fueron divorciadas (Figura 1).



Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

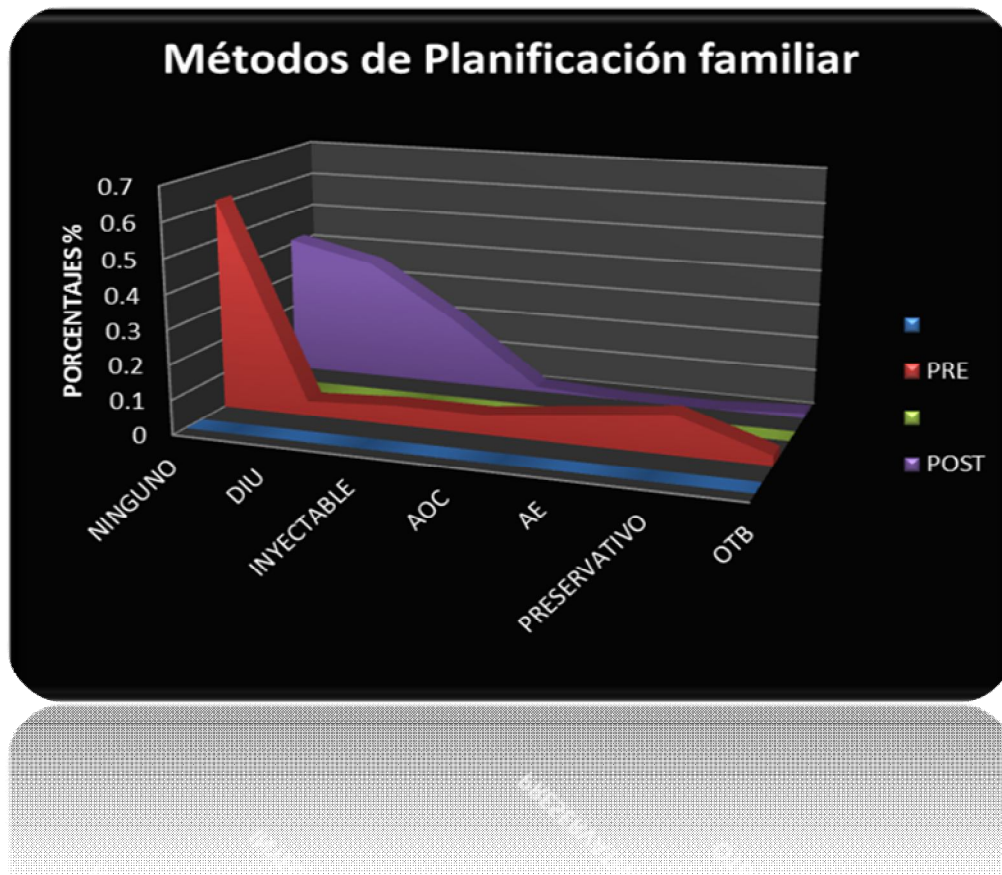
El grado escolar de las pacientes fue de 65.7% (46/70) en secundaria, 18.6% (13/70) en primaria, 12.9% (9/70) en preparatoria y 2.9% (2/70) analfabetas.

Con relación al método de planificación familiar utilizado previamente el 54.3% (38/70) nunca había usado alguno y 44.3% (31/70) si lo había hecho (Figura 2).

F2. Aceptación de algún M.P.F. antes y después del AMEU 25

| MÉTODO DE PLANIFICACION | PRE | | POST | |
|--------------------------|-----|--------|------|-------|
| | N | % | N | % |
| NINGUNO | 43 | 61.4% | 29 | 41.4% |
| DIU | 3 | 4.3% | 25 | 35.7% |
| INYECTABLE | 4 | 5.7% | 14 | 20.1% |
| AOC | 4 | 5.7% | 1 | 1.4% |
| AE | 6 | 8.6% | 0 | 0 |
| PRESERVATIVO MASC | 8 | 11.4% | 0 | 0 |
| OTB | 2 | 2.9% | 1 | 1.4% |
| TOTAL | 70 | 100.0% | 70 | 100% |

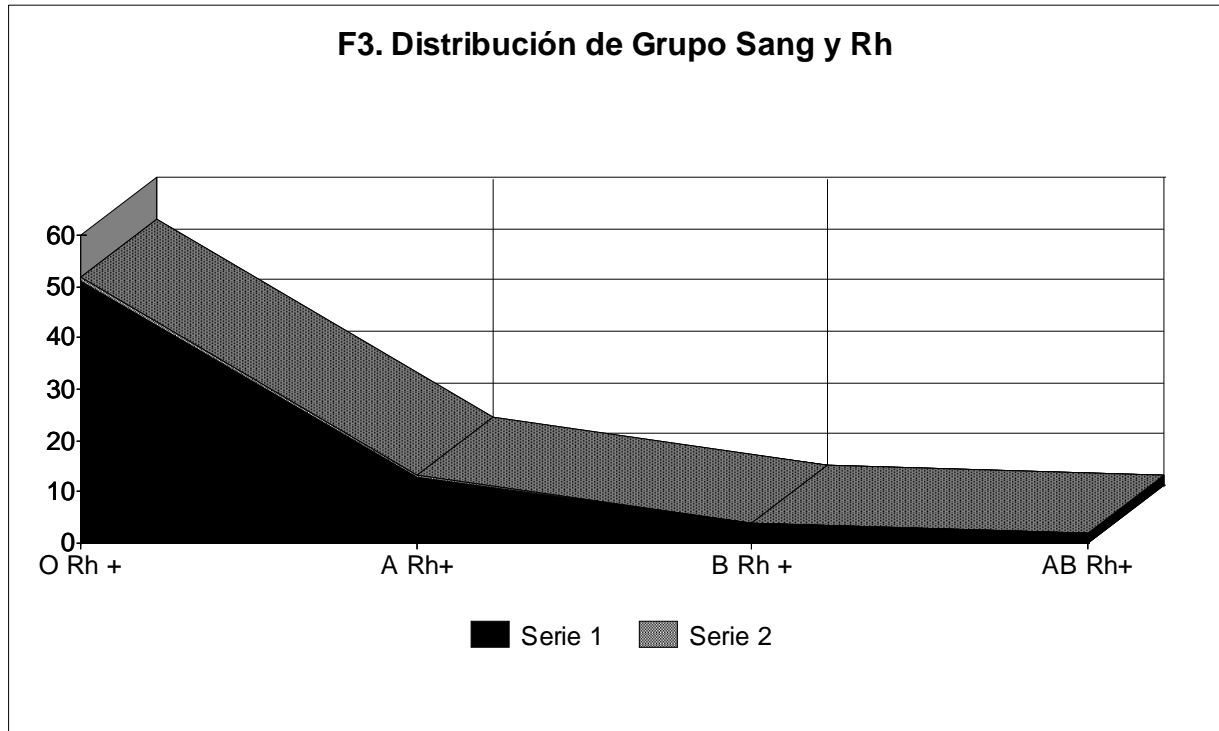
Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.



Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

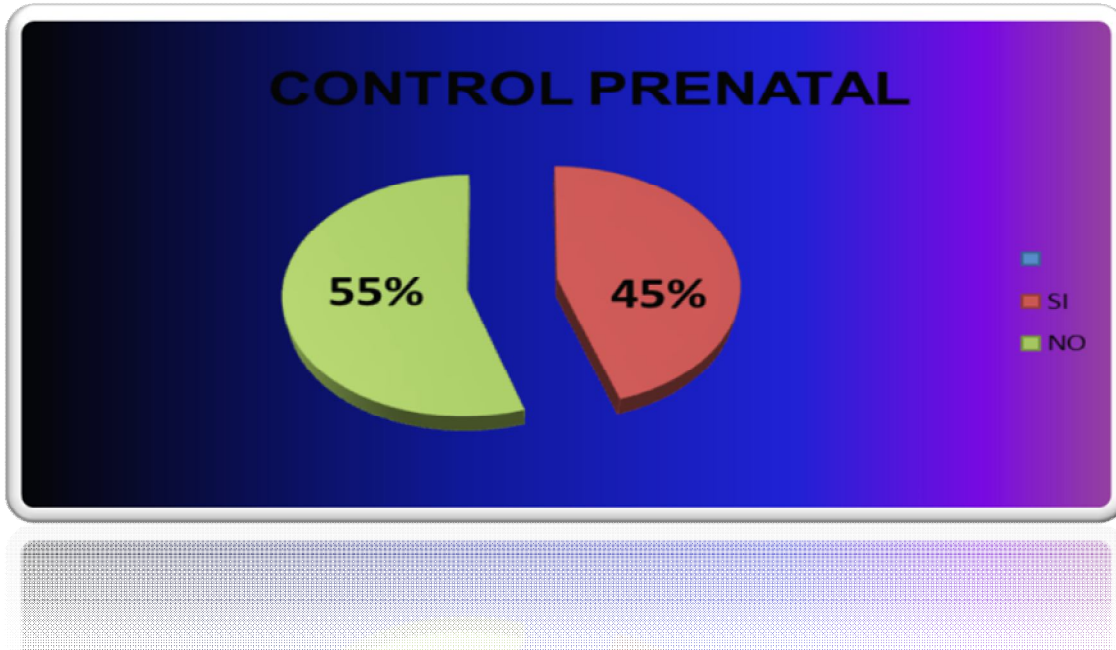
La distribución de las pacientes según su diagnóstico fue: 58.6% (41/70) Aborto incompleto, 21.4% (15/70) Aborto diferido, 7.1% (5/70) Aborto de repetición, 5.7% (4/70) Aborto inevitable, 2.9% (2/70) Aborto en Evolución y con 1.4% (1/70) lo fue Biopsia de endometrio, Embarazo molar y sangrado uterino anormal.

El grupo sanguíneo y Rh de las pacientes tuvo la siguiente distribución: (Figura 3).



Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

De las pacientes incluidas, el 54.3% (38/70) desconocían estar embarazadas y el 44.3% (31/70) si llevaban control prenatal.



Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

Las pacientes fueron manejadas para el dolor con Bloqueo Paracervical en un 70.0% (49/70), bloqueo paracervical y ansiolítico del tipo de Midazolam en un 20.0% (14/70) por presentar ansiedad e irritabilidad durante el procedimiento, 4.3% (3/70) Anestesia general endovenosa, una por presentar anemia moderada, alteración en coagulación sanguínea y varicela y otras por la cantidad de sangrado excesivo y 2.9% (2/70) Bloqueo peridural, una porque además aceptó oclusión tubaria bilateral y otra por tener como diagnóstico embarazo molar y por

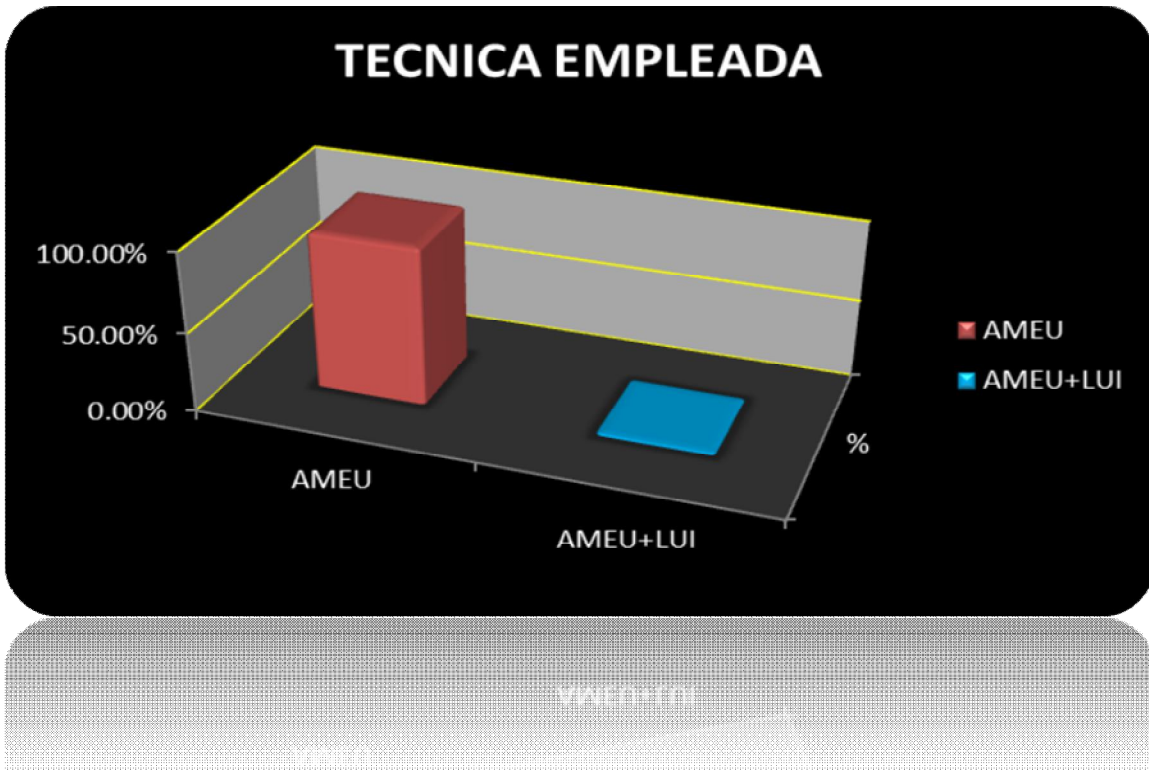
último 2.9% (2/70) ninguno por ser biopsias de endometrio. (Figura 4).

F4. Manejo del dolor en las Pacientes.

| Técnica | Freq | % |
|---|-------------|----------|
| Bloqueo paracervical | 49 | 70% |
| Bloqueo paracervical + Ansiolítico | 14 | 20% |
| Anestesia General Endovenosa | 3 | 4.3% |
| Bloqueo Peridural | 2 | 2.9% |
| Ninguno | 2 | 2.9% |
| Total | 70 | 100% |

Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

La técnica de evacuación empleada en las pacientes fue de 98.6% (69/70) AMEU y 1.4% (1/70) AMEU complementado con Legrado uterino instrumentado (LUI), este último fue en la paciente con diagnóstico de Embarazo Molar. No se reportan en ningún caso complicaciones.



Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

El método de Planificación Familiar post evento aceptado, se distribuyó de la siguiente manera: 41.4% (29/70) no aceptaron ningún método, 35.7% (25/70) Dispositivo Intrauterino (DIU), 17.1% (12/70) Hormonal Bimensual, 2.9% (2/70) Hormonal Mensual y 1.4% (1/70) aceptaron una Anticoncepción oral combinado y otra Oclusión Tubaria Bilateral. Siendo las pacientes entre 16 y 25 años quienes más aceptaron alguno de ellos.

Todas fueron valoradas a las 4 horas post evento, para ver condiciones de egresar; si bien por cuestión administrativa deben cumplir más tiempo nos ayudo para apoyar un futuro manejo ambulatorio. Se valoró estado general y signos vitales, cantidad de sangrado transvaginal, capacidad de micción voluntaria, tolerancia a líquidos y/o alimentos, umbral de dolor, tolerancia a deambulación y descartar datos de abdomen agudo que hiciera pensar en una posible perforación uterina. Se descartaron aquellas con alguna alteración en paraclínicos y que hayan requerido otro manejo anestésico del tipo de Bloqueo Paracervical y ninguno. (Figura 5).



Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

Las pacientes se citaron a los diez días post evento (AMEU), en el consultorio de urgencias ubicado en el sótano del hospital, para valorar si es que existen alguno de los siguientes datos: sangrado excesivo, fiebre y dolor abdominal intenso. El 51.4% (36/70) acudió sin presentar complicaciones, el 44.3% (31/70) no acudieron y 4.3% acudieron con reporte histopatológico de la Biopsia endometrial que diagnóstico Hiperplasia endometrial simple.

DISCUSIÓN.

Este fue un estudio de casos, diseñado para implementar en pacientes del Hospital General Acapulco el manejo de aborto incompleto, interrupción del embarazo en fases tempranas, para tratar otras formas clínicas de aborto y, en general, para el tratamiento de hemorragias obstétricas y ginecológicas como primera opción utilizando la técnica de aspiración manual endouterina. No se observó ningún caso de toxicidad clínica secundaria a la Lidocaína, durante el bloqueo paracervical, sin embargo algunas pacientes por su tipo de personalidad presentaron irritabilidad y ansiedad, incluso en el momento de colocar el espejo vaginal, por lo que fue necesario complementarlo con un ansiolítico. Se observó que al tener una adecuada relación médico – paciente, desde su ingreso al servicio ayudo en gran parte a dar seguridad a las pacientes y a tener más tranquilidad durante el procedimiento. Existe en la literatura información que avala la técnica para que pueda ser considerada como manejo ambulatorio, y de esta manera contribuir a disminuir la estancia hospitalaria innecesaria, en nuestro estudio el 70.0% (49/70) estuvieron en condiciones de egreso a las 4 horas post evento siendo todavía 2 horas más de lo que contemplan varios estudios. Debido a que varias pacientes eran foráneas no acudieron a su valoración al 10mo día pos evento, y el 100% de que lo hicieron no presentaron ninguna complicación.

También hubo dificultad para recabar todos los reportes histopatológicos, debido a

que varias pacientes, no lo llevaron a patología, lo extraviaron, o por cuestión económica o aún no se los entregaban.

CONCLUSIONES.

- Se comprobó que es una técnica segura y eficaz para la evacuación endouterina cuyo bajo costo, sencillez y portabilidad la hacen una excelente opción de tecnología de salud reproductiva.
- Se comprueba junto con la literatura su índice de eficacia mayor a 98%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas.
- Sólo una paciente requirió complementar la evacuación uterina con legrado uterino instrumentado debido a su diagnóstico de base y no por deberse a mala técnica.
- Se logró aumentar la aceptación de un método de planificación familiar, por medio de la consejería, siendo el de mayor aceptación el dispositivo uterino . Sin embargo se requiere aumentar la cobertura aún más.

Referencias

1. Jeannine H, Katherine T, Teresa M, Laura C. La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas 2004; 1- 237.
2. Gustavo Q, Deborah L, Nadine G. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Gaceta Médica de México 2003; 139 (1): 1-9.
3. Secretaria de Salud. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Lineamiento técnico, México, D.F. 2009.
4. ©2010 Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, Revisión 2010 para informe de trabajo. Capítulo siete; 145 – 154.
5. Organización Mundial de la Salud, 2003. Aborto Sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 1-110.
6. Postabortion Care PAC Consortium... in action. ©Consortio Atención Postaborto. Boletín Número 1, Marzo 2002; 1-12.
7. Secretaria de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012 por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Primera Edición, 2007, Impreso y hecho en México. ISBN 978-970-721-414-9; pag 1-188.
8. Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Lineamiento Técnico. 2009. Derechos Reservados; 1-78.
9. Secretaria de Salud, PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción, Primera edición, 2008. Impreso y hecho en México. ISBN: 978-607-460-060-5; 1-62.
10. Raffaella S, Gerardo P, Erika T. Morbilidad y mortalidad materna en Guerrero: Un enfoque en el aborto incompleto. Agosto 2007. IPAS; 1-7.

11. Yeimi A. C , Paloma V. Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009, CONAPO, La situación demográfica de México 2010; 1-18.
12. Laura Yordy, Ann Hogan Leonard, Judith Winkler. Guía Práctica para la Aspiración Manual Endouterina. Copyright 1995 IPAS; 1 – 70. <1<
13. Pedro Mascaro-Sánchez. Atención Integral postaborto en el Instituto Especializado Materno Perinatal 1995 – 2004. Rev Per Ginecol Obstet 2007; 53: 187- 192.<4<
14. Dr. Rubén Rodríguez, Dr. Carlos M. Mujica, Dra. Lilián Clara. Bloqueo paracervical vs anestesia general intravenosa en la aspiración y legrado endouterino. Trinidad 2006. Gac Méd Espt 2008; 10 (1-7).<5<
15. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. ©World Health Organization 2010; 4-55.
16. ©Organización Mundial de la Salud, 2000. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para Obstetras y médicos. Departamento Salud Reproductiva e investigaciones Conexas, OMS, Ginebra; 4 -438. <10<
17. ©Organización Mundial de la Salud, 2009, PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana (HRP). Sentar las bases de la salud sexual y reproductiva UNA HISTORIA DE LOGROS. Departamento Salud Reproductiva e investigaciones Conexas, OMS, Ginebra; 1-24.<11<
18. Forna F, Gülmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage (Review), 2001. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley Sons, Ltd; 2-16. <12<
19. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy (Review), 2001. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley Sons, Ltd; 1-28. <13<
20. Nina Frankel, Mariana Abernathy, Joan Healy, Guía práctica para la aspiración manual endouterina. 1993. Chapel Hill, NC, Ipas; 1-29.<16<

21. José Arias, María E. Lozano, David P. Bulnes, Evaluación de la hemorragia uterina posmenopáusica mediante biopsia de endometrio por histeroscopia en consultorio vs biopsia de endometrio con aspiración manual endouterina en el consultorio. Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):504-7<17<
22. Tratamiento de aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente, ISBN en trámite, Guía de referencia rápida, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS O88-08, Gobierno Federal; 1-10. <18<
23. DR © Instituto Nacional de Estadística y Geografía; México de un vistazo 2010 / Impreso en México ISBN 978-607-494-134-0; 1-53.<19<
24. DR © Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Mujeres y Hombre en México 2010. Impreso en México ISBN 978-607-494-097-8; 1-141. <20<
25. DR © Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Perspectiva estadística Guerrero, Diciembre 2010. INEGI; 1 – 95.<21<
26. © 2009 IPAS. Guía de Trabajo: Plan para un abastecimiento continuo del instrumental AMEU. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. ISBN: 1-933095-41-5; 1-32.<22<
27. Roger P. Smith. Netter: Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. ED. MASSON, S.A.; 1 – 615.<23<
28. La Alianza para la salud de la Madre, Recién nacido y el Niño. Relatorio del 5to Taller Regional: El Rol de los profesionales al cuidado de la salud en el alcance de los objetivos de desarrollo del Milenio 4 y 5; pag: 1-38. <24<
29. ©DR Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva, Primera edición 2001,<25<ISBN 970-721047-8; 1-54.
30. Diario Oficial, Secretaria de Salud; Norma oficial mexicana, **NOM-007-SSA2-1993**, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Viernes 6 de enero de 1995; 1 -24. <26<
31. Doroteo Mendoza, Miguel Sánchez, María F. Hernández. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. CONAPO, La situación geográfica de México 2010; 1- 12. <27<

32. Ma Eulalia Mendoza, Graciela Tapia. Situación Demográfica de México 1910-2010, CONAPO; 1-14.<29<

33. © DR. Secretaría de Salud, Salud Reproductiva, Primera Edición 2001, impreso y hecho en México, ISBN 970-721047-8; 1-54.<32<

CRONOGRAMA

| ACTIVIDAD | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGS | SEPT |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA | X | X | | | | | | |
| ELABORACION DEL PROTOCOLO | X | X | | | | | | |
| REGISTRO DEL PROTOCOLO | | | X | | | | | |
| PRESENTACION AL COMITÉ LOCAL DE ACEPTACION | | | X | | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | | | X | X | X | X | | |
| ANALISIS DE RESULTADOS | | | | | | X | X | |
| CONCLUSION DE LA INVESTIGACION | | | | | | | X | |
| REPORTE DE LA INVESTIGACION | | | | | | | | X |

PRESUPUESTO

| RECURSOS | |
|--------------------|---|
| HUMANOS | <ol style="list-style-type: none">1. Investigador de le tesis2. Asesor Conceptual3. Asesor Metodológico4. Colaboradores |
| MATERIALES | <ul style="list-style-type: none">-Expedientes clínicos del archivo hospitalario.-Formato de recolección de datos (ANEXO 1).-Fotocopias de artículos de referencia bibliográfica.-Computadora para la creación del archivo de protocolo de investigación.-Impresora, tinta y hojas blancas. |
| FINANCIEROS | <ul style="list-style-type: none">-Compra de un equipo de aspiración/evacuación manual endouterina, AMEU, Ipas. |

ANEXOS

ANEXO 1. PARA SELECCIÓN DE DIÁMETRO CÁNULA IPAS EASYGRIP

| ALTURA UTERINA | TAMAÑO DE LA CANULA |
|------------------------------|----------------------------|
| 4 a 6 sem | Cánulas de 4 a 7 mm |
| 7 a 9 sem | Cánula de 5 a 10 mm |
| 9 a 12 sem | Cánula de 8 a 12 mm |
| Biopsia de Endometrio | Cánula de 3 o 4 mm |

Fuente: Serie de casos sobre AMEU, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Acapulco SS.

ANEXO 2. FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES:

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-------------|-----|--------------|-------------|-----|--|
| EXPEDIENTE: | | FECHA: | | | EDAD: | | |
| ESCOLARIDAD | EDO.CIVIL | C. PRENATAL | | MPF ANTERIOR | | | |
| | | SI | NO | | | | |
| Gesta | | P | | A | | C | |
| DIAGNOSTICO | | | | | | | |
| ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA | | HB | HTC | PLT | TP | TPT | |
| SANGRADO | + | ++ | +++ | FUR: | GRUPO Y RH: | | |

* Especificar en antecedentes de importancia si tiene: alergias, enfermedades asociadas (DM2, HASC, LES, etc).

| | | | | |
|---|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|---|
| ANESTESIA TA: FC: FR: TEMP: | BLOQUEO PARACERVICAL | ANSIOLITICO (Midazolam) | GENERAL ENDOVENOSA | PREMEDICACION Ketorolaco/Antibiótico |
| PO2: | | | | |
| CONSEJERIA SOBRE M.P.F. | ACEPTO | NO ACEPTO | Especificar el x q no acepta: | |
| TECNICA HORA INICIO: | AMEU | AMEU + OTRO | TEJIDO: | |
| USG A SU INGRESO | | | | |
| CANULA (s) | | | HISTEROMETRIA: | |
| MISOPROSTOL | SI | NO | | |
| | Cantidad: | | | |

* Marque con SI o NO, en el espacio correspondiente.

** En caso de contar con USG, especifique el reporte completo.

T E C N I C A:

| | | | | | |
|---------------------------------|----|-----------------------------|----|-------------------------|--------|
| EQUIPO EMPLEADO: | | ROPA ESTERIL | SI | NO | CITAS: |
| COMPLICACIONES U OBSERVACIONES: | | | | | |
| RECETA: | | REVISION POST AMEU: 10 DIAS | | OBSERVACIONES POST AMEU | |
| VALORACION 4HRS | SI | NO | | | |
| | | | | | |

ANEXO 3 .- CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO DE CASOS SOBRE ASPIRACION Y /O EVACUACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU), EN PACIENTES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO, GUERRERO, SECRETARIA DE SALUD.

Usted ha sido invitada para participar en un estudio que busca comprobar los beneficios de la aspiración y/o evacuación manual endouterina en pacientes de Ginecología y Obstetricia.

Usted fue seleccionado para participar en el estudio porque el diagnóstico que tiene, cumple con los criterios de inclusión para ser manejado con esta técnica de evacuación.

Los riesgos que usted corre secundarios a la técnica son los siguientes en orden de frecuencia: 1) Perforación uterina, 2) lesión cervical, 3) Alergia a medicamentos para manejo de dolor local, antibióticos y analgésicos, 4) Endometritis , 5) Necesidad de reintervenir por evacuación incompleta, entre otros.

Al ser usted un paciente sano, o con una enfermedad controlada, se informan índices de eficacia de 98%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas.

Se le dará a usted un trato digno en caso de que participe. Su participación en el estudio es completamente voluntaria y si así lo decide, puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna manera en su atención médica. Nunca se realizaran tratamientos o intervenciones que pongan en riesgo innecesario su salud.

SU FIRMA INDICA QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACION QUE SE LE HA SEÑALADO ANTERIORMENTE.

.....

Firma y nombre de la paciente

Fecha

Firma y nombre del testigo