

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Estudios de Postgrado
Ginecología y Obstetricia



CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA,
PACIENTES SOMETIDAS A LEGRADO
INSTRUMENTAL Y/O ASPIRACIÓN MANUAL
ENDOUTERINA HOSPITAL REGIONAL DE
OCCIDENTE 2009

GUILLERMO ROBERTO VILLAGRAN ANZUETO

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ginecología y Obstetricia
Febrero 2012



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Guillermo Roberto Villagran Anzueto

Carné Universitario No.: 100016330

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **“Correlación clínico patológica, pacientes sometidas a legrado instrumental y/o aspiración manual endouterina Hospital Regional de Occidente 2009”**.

Que fue asesorado: Cándido Cifuentes

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 17 de enero de 2012

Escuela de Estudios de Postgrado
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS USAC
DIRECTOR

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - USAC
COORDINADOR GENERAL

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//amo

Quetzaltenango, 31 de agosto del 2011

Doctor:

Jesen Hernández

Docente Responsable

De la Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

Por este medio informo que revisé el Informe Final de Tesis "CORRELACION CLINICO PATOLOGICA, PACIENTES SOMETIDAS A LEGRADO INSTRUMENTAL Y/O ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO 2009", perteneciente al Dr. Guillermo Roberto Villagrán Anzueto, cané 100016330, el cual ha sido APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594

JEFATURA DE MEDICOS
DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA
Hospital General de Occidente

Quetzaltenango, 31 de agosto del 2011

Doctor:

Jesen Hernández

Docente Responsable

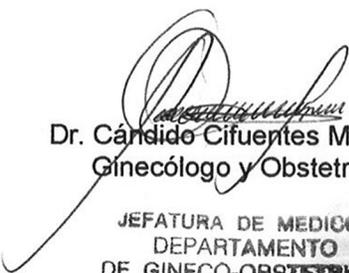
De la Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

Por este medio informo que asesoré el Informe Final de Tesis "CORRELACION CLINICO PATOLOGICA, PACIENTES SOMETIDAS A LEGRADO INSTRUMENTAL Y/O ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO 2009", perteneciente al Dr. Guillermo Roberto Villagrán Anzueto, cané 100016330, el cual ha sido APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Cándido Cifuentes Muñoz
Ginecólogo y Obstetra

Dr. CANDIDO CIFUENTES MUÑOZ
MEDICO Y CIRUJANO
GINECO OBSTETRA
COL. 10.459

JEFATURA DE MEDICOS
DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA
Hospital General de Occidente

Quetzaltenango, 31 de agosto del 2011

Doctor:

Jesen Hernández

Docente Responsable

De la Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

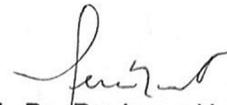
Por este medio informo que como docente de la maestría en Ginecología y Obstetricia revisé el Informe Final de Tesis "CORRELACION CLINICO PATOLOGICA, PACIENTES SOMETIDAS A LEGRADO INSTRUMENTAL Y/O ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE QUETZALTENANGO 2009", perteneciente al Dr. Guillermo Roberto Villagrán Anzueto, cané 100016330, el cual ha sido APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra
Docente Responsable G y O

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594


Vo.Bo. Dr. Jesen Hernández
Ginecólogo y Obstetra
Coordinador específico

Dr. Jesen A. Hernández
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 9594

JEFATURA DE MEDICOS
DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA
Hospital General de Occidente

Quetzaltenango 18 de noviembre de 2,011

Doctor
LUIS ALFREDO RUIZ CRUZ
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

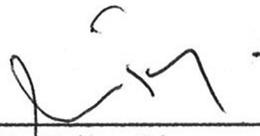
Estimado Dr. Ruiz:

Por medio de la presente le envié el trabajo de Tesis del Dr. Guillermo Roberto Villagrán Anzueto, titulado "Correlación Clínico Patológica, Pacientes Sometidas a Legrado Instrumental y / o Aspiración Manual Endouterina, Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango", el cual fue aprobado por la terna examinadora en examen privado de defensa de Tesis, y que envié para el trámite y para iniciar el proceso que conlleva la graduación.

Sin otro particular me suscribo atentamente,


Dr. Jesen A. Hernández
Coordinador del programa
De Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente

VoBo. (f)


Dr. Bolívar Pérez
Coordinador Específico

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Todo Poderoso, por la vida, la salud, por guiarme y porque hasta aquí me ha guardado. A El sea la Honra y la Gloria.

A MIS PADRES Guillermo Raúl Villagrán Arriaga y Liria Anzueto Montenegro de Villagrán (†) por su amor y consejos brindados incondicionalmente. A mi madre le dedico con todo mi corazón este nuevo triunfo en memoria de Ella.

A MI ESPOSA Susana Castillo de Villagrán por ser la mujer de mi vida y por su continuo apoyo.

A MI PRINCESA Pamelita, y mi bebe por ser quienes me incentivan a continuar con mi formación profesional.

A MI HERMANO Juan Luis Villagrán Anzueto y su ESPOSA Lorena Pereira de Villagrán por su cariño.

A MIS SOBRINOS Luis Guillermo, Mayerli y Kevin cariño especial

A MIS SUEGROS Carlos Castillo y Otty Angel de Castillo por todo su apoyo y cariño.

A MIS PROFESORES, JEFES DE SERVICIO Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Por sus sabias enseñanzas, consejos, paciencia que me brindaron

A MI ASESOR Y REVISOR DE TESIS

Dr. Cándido Cifuentes y Dr. Jesen Hernández por el tiempo dedicado para asesorarme para la elaboración de la investigación.

AL COORDINADOR DEL PROGRAMA DE POSTGRADO Y DOCENTE RESPONSABLE DE INVESTIGACION

Dr. Edgar Bolívar y Dr. Julio Fuentes por la asesoría brindada.

AL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

Por facilitarme su infraestructura, los servicios y sus pacientes ya que gracias a ellos está mi formación.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE PROMOCION

Por todos esos momentos inolvidables que compartimos

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Antecedentes.....	3
Objetivos.....	30
Material y Métodos.....	31
Resultados.....	34
Discusión	38
Referencias	41
Anexos.....	43
Permiso del Autor.....	49

INDICE DE TABLAS

TABLAS	Página
Diagnóstico de Ingreso.....	34
Procedimiento Realizado.....	35
Hallazgos Transoperatorios.....	35
Diagnóstico de patología.....	36
Correlación clínico patológica.....	36
Visitas Realizadas.....	37

RESUMEN

En el Hospital Regional de Occidente se realizó un estudio Descriptivo de Correlación clínico patológica, en pacientes sometidas a legrado uterino instrumental y aspiración manual endouterina durante el año 2009, con el objetivo principal de establecer la correlación clínico – patológica de los procedimientos realizados de Legrado Uterino Instrumental y Aspiración Manual Endouterina, para continuar brindando la mejor atención y el mejor manejo a cada una de las pacientes que consultan en dicho hospital, ya que es un centro de referencia para pacientes del Suroccidente del país.

Se aplicó este estudio a 83 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, donde se concluyó que existe correlación entre el diagnóstico clínico de ingreso con el de histopatología, de las pacientes que fueron sometidas a legrado uterino instrumental o aspiración manual endouterina, a la vez se determinó que el procedimiento que con mayor frecuencia se realiza es la aspiración manual endouterina en comparación con legrado uterino instrumental siendo la indicación más frecuente para realizar dicho procedimiento aborto incompleto.

Se recomienda crear la Maestría de Patología en el Hospital Regional de Occidente, ya que el tiempo que tardan los resultados de muestras que se mandan para su estudio no es el óptimo por falta de recurso humano.

Dentro de los hallazgos incidentales encontramos que el 25% de las pacientes que se les realizó el procedimiento de legrado instrumental o aspiración manual endouterina no asistió a su reconsulta para el resultado de patología; por lo que se recomienda a los médicos del Departamento hacer conciencia a las pacientes de la importancia que tienen estos resultados y a la vez poder tener apoyo con trabajo social, para localizar a las pacientes que no asistan a la obtención de sus resultados.

En base al Diagnóstico tomar medidas educativas para la prevención de la patología que presentaron en ese momento las pacientes, medidas como educación en salud reproductiva destacando los métodos de planificación familiar, ya que el diagnóstico más frecuente fue aborto incompleto.

En la bibliografía no encontramos datos para poder comparar con mis resultados.

INTRODUCCION

Legrado uterino instrumental (LUI) que consiste en el raspado de la mucosa o membrana interior del útero (endometrio). Es el procedimiento ginecológico más común y se realiza sobre todo para tratar o diagnosticar las causas de hemorragias uterinas anormales. El legrado consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero con un instrumento en forma de cuchara, tras haber provocado la dilatación de la abertura del útero. (2,16, 19)

Existe también otro procedimiento utilizado para la evacuación endouterina que es la aspiración manual endouterina (AMEU) que es una técnica que se utiliza cuando la mujer ha perdido su gestación; se trata de un procedimiento aceptado desde hace tiempo por las instituciones de salud de nuestro medio como método para tratar el aborto incompleto, entre otras patologías. (15)

Es importante conocer las características de las pacientes sometidas a dichos procedimientos y realizar su concordancia con el diagnóstico histopatológico obtenido a través de legrado uterino por aspiración o por legrado uterino instrumental, porque de esta forma se puede establecer el Diagnóstico definitivo y así no se obviarían patologías que no fueran determinadas en el diagnóstico inicial a la evaluación clínica, como por ejemplo: Mola Hidatidiforme, CA de Cérvix entre otras, por lo que se realizó una investigación sobre la Correlación clínico patológica, de las pacientes sometidas a legrado instrumental y aspiración manual endouterina, con el fin de determinar si existe correlación entre el diagnóstico clínico con el de histopatología de las pacientes incluidas en dicho estudio.

El mismo se realizó en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango que se ubica en el nivel tres de atención, según la Clasificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social donde su misión es facilitar los servicios médicos y que sobrepasen las expectativas de toda persona que los necesite, a través de una atención eficiente y personalizada, provista por el talento humano altamente calificado, se estudiaron a 83 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, donde se pudo concluir que si existe correlación clínico patológica en el 100% de las mismas, siendo el grupo etáreo que con mayor frecuencia consultó el comprendido entre los 25-30 años. A la vez se determinó que el Diagnóstico de Ingreso más frecuente fue aborto; y la Aspiración Manual Endouterina fue el procedimiento Quirúrgico más utilizado para el tratamiento de estas pacientes.

ANTECEDENTES

Legrado uterino instrumental (LUI) que consiste en el raspado de la mucosa o membrana interior del útero (endometrio). Es el procedimiento ginecológico más común y se realiza sobre todo para tratar o diagnosticar las causas de hemorragias uterinas anormales. El legrado consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero con un instrumento en forma de cuchara, tras haber provocado la dilatación de la abertura del útero. (2,16, 19)

Existe también otro procedimiento utilizado para la evacuación endouterina que es la aspiración manual endouterina (AMEU) que es una técnica que se utiliza cuando la mujer ha perdido su gestación; se trata de un procedimiento aceptado desde hace tiempo por las instituciones de salud de nuestro medio como método para tratar el aborto incompleto, entre otras patologías. (15)

Desde hace muchos años, los sistemas de salud habían atendido las urgencias clínicas de las mujeres que llegaban a sus unidades con un aborto incompleto o complicado mediante el legrado uterino instrumental (LUI); sin embargo, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, Cairo, 1994), numerosas organizaciones internacionales propugnaron porque se brindara a las mujeres un paquete integral de servicios de atención posaborto (APA), que incluyera información para ayudar a la mujer a atender sus necesidades de salud, servicios complementarios de anticoncepción y, cuando fuera posible, el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) como técnica de evacuación endouterina.(11)

Guatemala es uno de los países más pobres y, pequeños del continente y además, tiene un gobierno de derecha. Sin embargo, a pesar de ese contexto desfavorable, ha logrado desarrollar un programa modelo que “humaniza” la atención de las mujeres que llegan a los hospitales con abortos en curso, muchas veces provocados ante un embarazo no deseado. Su impulsor, el obstetra y ginecólogo Edgar Kestler, director del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva describió los alcances de la iniciativa, las resistencias que encontraron para implementarlo y cómo consiguieron superarlas. La experiencia podría replicarse aquí, donde ingresan alrededor de 80 mil pacientes al año en el sector público con abortos incompletos, y en muchos casos deben

soportar una atención cargada de prejuicios, comentarios sexistas y hasta malos tratos.(11)

Kestler participó días atrás de la XX Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, que tuvo lugar en Buenos Aires. En ese marco, presentó el programa de atención posaborto (APA) que ya lleva cuatro años en Guatemala. APA es, como se conoce en el ámbito médico la asistencia que se les debe brindar a las mujeres que llegan a hospitales tras la interrupción de un embarazo, muchas veces voluntaria, provocada con objetos (como agujas o tallos de perejil) o a través de medicación.(11)

La experiencia guatemalteca empezó en 22 hospitales públicos: hoy ya funciona en los 36 hospitales que existen en todo el país centroamericano. Kestler dirige un centro de investigaciones que está dentro de la órbita del Ministerio de Salud de Guatemala.(11)

Desde hace 30 años, en países desarrollados, la AMEU viene siendo la principal técnica que se utiliza para el vaciado del útero y hay evidencias totalmente comprobadas de su alta eficacia y seguridad, a diferencia de lo que el Legrado Uterino Instrumental (LUI) puede ofrecer¹⁵. Estudios comparativos señalan que las tasas de complicaciones severas más comúnmente asociadas con la evacuación uterina corresponden a pérdida excesiva de sangre, infección pélvica, lesión cervical y perforación uterina. Este tipo de complicaciones se reduce a la mitad cuando se hace uso de la AMEU. Sin embargo no existe ningún estudio en el cual se determine si existe correlación entre el diagnóstico clínico con el de histopatología y así determinar si se dio un manejo y tratamiento adecuado.

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA Y LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL

Aspiración Manual Endouterina (AMEU), un método de aspiración endouterina que se puede utilizar en forma eficaz en todo el mundo en desarrollo, donde el problema del aborto practicado en condiciones de riesgo es muy crítico y el acceso a una atención de calidad es muy limitado.

La relación entre el uso de la aspiración manual endouterina y la disminución de los problemas asociados con el aborto practicado en condiciones de riesgo es muy conocida entre la comunidad mundial de salud. La iniciativa del Programa Maternidad Sin Riesgos

ha declarado que el uso de AMEU para el tratamiento del aborto incompleto ha “aumentado la seguridad y la calidad” y ha reconocido que este tratamiento para las complicaciones del aborto puede reducir la mortalidad materna. (1,15)

Clases de Aspiración Endouterina.

Aspiración Endouterina Eléctrica (bomba)	Aspiración endouterina manual (AMEU)
Una bomba eléctrica es la fuente de succión	Una jeringa manual es la fuente de succión
La cánula se conecta a la bomba	La cánula se conecta a la jeringa
Succión continua	Succión no continua
26 pulgadas de mercurio (capacidad de succión)	26 pulgadas de mercurio (capacidad de succión)
Capacidad de recolección de 350 a 1200cc	Capacidad de recolección de 60 cc
Cánulas de metal, plástico rígido o plástico flexible	Cánulas de plástico flexible
Tamaños de las cánulas de 4 a 16 mm	Tamaños de las cánulas de 4 a 12 mm

(1)

INDICACIONES GENERALES

- ABORTO INCOMPLETO
- HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL
- BIOPSIA DE ENDOMETRIO
- OTRAS

ABORTO

- Aborto en evolución o inminente
- Aborto inevitable.
- Aborto .
- Completo Aborto séptico.
- Aborto diferido (huevo muerto y retenido)
- BIOPSIA DE ENDOMETRIO.
- Sangrados uterinos anormales.
- Detección de cáncer de endometrio.
- Monitoreo en terapia de reposición hormonal.
- Hiperplasia endometrial.
- Esterilidad primaria o secundaria.
- Amenorrea.
- Infecciones crónicas de endometrio
- Neoplasias endouterinas (15)

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

- Legrado hemostático(13)

OTRAS.

- EMBARAZO ANEMBRIÓNICO.
- MOLA HIDATIDIFORME.
- RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS POSTPARTO
- RETIRO DE DIU TRANSLOCADOS

VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

- VENTAJAS DE LA AMEU
- Procedimiento ambulatorio
- Pronta recuperación y alta eficacia 99 % de evacuación de restos
- SEGURIDAD (menos complicaciones):
- Perforación uterina
- Incompetencia ístmico-cervical
- S. Asherman (1)

Ventajas de la AMEU en el tratamiento del aborto incompleto

- Reducción del riesgo de complicaciones
- Incremento en el acceso a los servicios
- Reducción de los costos de los servicios postaborto
- Reducción de los recursos utilizados
- Reducción del tiempo de hospitalización
- Cánula flexible con punta redondeada y diámetro uniforme:—se requiere poca dilatación—legra suavemente
- Doble mecanismo de acción: Aspiración y legrado
- Procedimiento ambulatorio.

Mejor manejo del dolor:

- Manejo conductual + consejería + bloqueoparacervical-
- Manejo conductual + bloqueoparacervical+ sedación/analgesia de corta duración
- - Anestesia general o sedación profunda
- (pocas veces es necesaria) (15)

PASOS PRELIMINARES:

- Elaborar la historia clínica del paciente.

- Realizar los exámenes físico y pélvico.
- Tomar acciones adecuadas si surge cualquier complicación.
- Solicitar a la paciente que vacíe su vejiga.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica y cubrirla.
- Tomar medidas para la prevención de infecciones.
- Hablar con la paciente sobre planificación familiar.
- Determinar el tipo de manejo para evitar el dolor.(1)

- **Tamaño uterino mayor a 12 semanas FUM**
- **Dilatación cervical mayor a 12 mm.**
- **No conocer la técnica(3)**

PRECAUCIONES:

- Ansiedad excesiva de la paciente.
- Antecedentes de trastornos de la coagulación.
- Cirugía uterina previa reciente.
- Sospecha de perforación uterina.
- Anemia severa.
- Imposibilidad para determinar el tamaño del útero(fibroma(s)uterino(s)).
- Anomalía uterina.(3)

INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

- Cardiopatía.
- Shock hipovolémico.
- Shock séptico.(1,3,7)

ENFERMEDADES TRANSMITIBLES SEXUALMENTE

- Sífilis
- Gonorrea.
- VIH

En caso de infección, es necesario cubrir con antibióticos antes de iniciar el procedimiento.

POSIBLES COMPLICACIONES

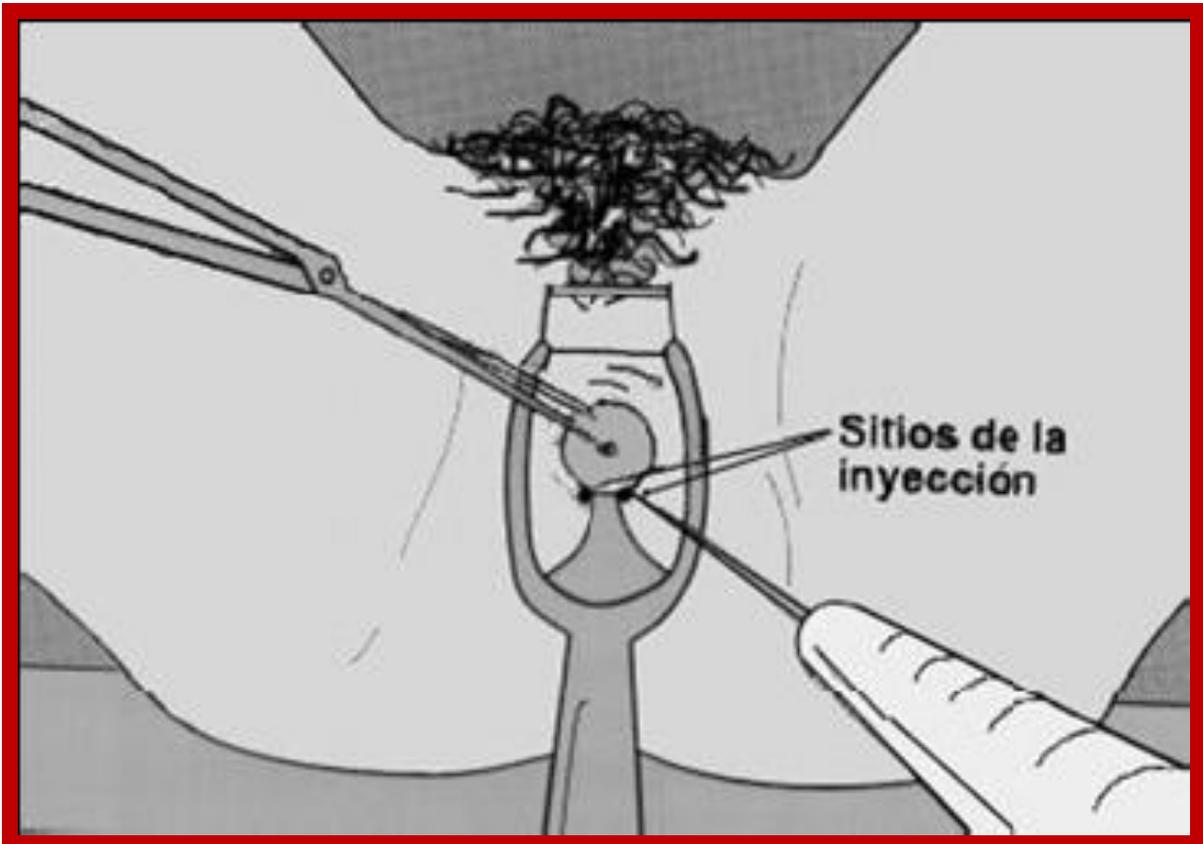
- Laceración cervical.
- Perforación uterina.
- Reacción vagal.
- Sangrado persistente.
- Hipotensión arterial.
- Evacuación incompleta.
- Infección pélvica.
- Hematómetra agudo.
- Embolia de aire.

PREPARACION DEL INSTRUMENTAL

- Inspeccione la jeringa.
- Conecte el adaptador.
- Inspeccione el émbolo y los botones de la válvula.
- Cierre la válvula de seguridad.
- Prepare el vacío en la jeringa.
- Antes de usar la jeringa, cerciórese de que el vacío sea hermético.
- Verifique que el instrumental, materiales y medicamentos estén en la bandeja.(15)

EVALUACION Y PREPARACION DE LA PACIENTE.

- Coloque el espéculo.
- Frote el cérvix y la vagina con un antiséptico.
- Fije el cérvix con el tenáculo.
- Aplique el bloqueo paracervical, si el caso lo requiere.



- Introduzca suavemente la cánula seleccionada a través del cérvix con un movimiento de rotación.
- Tome el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgar e índice y la jeringa con la otra mano.
- Conecte la cánula con la jeringa.
- Asegúrese de no empujar la cánula hacia delante en el útero.
- Cuando se suelta la válvula de seguridad, el vacío se transfiere al útero a través de la cánula.
- Se inicia el paso de tejido, sangre y líquido de la cánula a la jeringa.

EXTRACCION DEL CONTENIDO UTERINO

- Sostenga la cánula con los dedos pulgar e índice y la jeringa con los dedos anular y meñique.
- Mueva la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando al mismo tiempo la cánula y la jeringa.
- No retire los orificios de la cánula más allá del orificio cervical externo.(7,16)

SIGNOS DE QUE EL PROCEDIMIENTO A CONCLUIDO

1. Se observa espuma de color rosado en la cánula.
2. No se observa salida de tejido
3. Se percibe y escucha una sensación de aspereza
4. El útero presiona la cánula y se dificulta desplazarla.
5. La paciente refiere dolor en hipogastrio

EGRESO DE LA PACIENTE

- Paciente está estable (se haya resuelto cualquier complicación y haya pasado el efecto anestésico)
- Haya recibido información sobre su seguimiento y recuperación.
- Haya recibido información sobre el método anticonceptivo
- seleccionado o en dónde obtenerlo.(16)

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL:

Es el procedimiento ginecológico más común y se realiza sobre todo para tratar o diagnosticar las causas de hemorragias uterinas anormales. El legrado consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero con un instrumento en forma de cuchara, tras haber provocado la dilatación de la abertura del útero. (2,16,18)

Indicaciones del LUI

- Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina equivalente a igual o menor a 22 cm de altura uterina.
- Aborto séptico 6-8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido hasta las 22 semanas de gestación.
- Mola Hidatidiforme
- Legrado por restos placentarios durante el puerperio
- Legrado Diagnóstico entre otras.

Contraindicaciones del LUI

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo (17)

Condiciones:

1. Cuello suficientemente dilatado o dilatable
2. Accesibilidad de toda la cavidad, va a determinar el tipo de legrado que debe practicarse
3. Debe evitarse cuando existen procesos sépticos genitales agudos, es preferible tratar primero la infección y luego el legrado, en el caso de aborto séptico el problema es distinto
4. Preparación adecuada y técnica correcta(3)

Instrumental:

El instrumental mínimo necesario para realizar el legrado quirúrgico incluye:

- a) 4 cucharillas de legrado
- b) 5 dilatadores de hegar
- c) 2 pinzas de foerster
- d) 2 valvas de sims
- e) 1 pinza de garfios
- f) 1 pinza de disección

- g) 1 pinza de curación
- h) 1 histerómetro
- i) 1 sonda uretral(3)

Técnica:

Aún cuando el legrado evacuador suele ser una intervención fácil e inocua, en el mismo pueden surgir complicaciones importantes si no se cumplen unos tiempos y requisitos básicos(3)

1. Preparación de la paciente
2. Anestesiada la paciente se realiza una exploración ginecológica minuciosa
3. Exposición del cuello uterino se hace mediante dos valvas, una anterior y otra posterior. Presión del lado anterior del cuello con pinza de garfios u ovals. Después de pinzado y exteriorizado el cuello puede retirarse la valva anterior. Si el útero está en retroflexión, puede intentarse su paso a anteflexión, mediante el sencillo procedimiento de traccionar el labio anterior.
4. Exploración mediante el histerómetro, que permite reconocer la longitud del útero y el grado de permeabilidad del canal cervical.
5. La dilatación del conducto cervical no suele ser necesaria si gran parte del huevo ya ha sido expulsada, especialmente si la gestación superaba los 3 meses.

La dilatación rápida del cuello puede efectuarse mediante la introducción progresiva no traumática de tallos de Hegar de numeración creciente.

Es importante que la dilatación se realice sin violencia orientando la pequeña curvatura del eje del tallo según la del útero. Debe traccionarse del cuello para que el ángulo entre el cuello y vagina se conviertan en línea recta. Procediendo con paciencia para evitar la perforación del istmo o del fondo uterino es preciso tantear con prudencia las distintas direcciones que puede seguir la punta del instrumento hasta dar con la adecuada.

La dilatación puede obtenerse con el dilatador mecánico de goodall de dos ramas o el de frommel, de 6. Se trata de instrumentos bastante peligrosos que desaconsejamos.

6. Evacuación de la cavidad uterina que puede ser, mediante un simple legrado digital o el legrado con cucharilla
7. Comprobación de la vacuidad del órgano. Es fácil cuando pueden introducirse los dedos en la cavidad, pero más o menos difícil cuando la sensación de vacuidad es proporcionada a través de la cuchara. La seguridad de dejar limpia la cavidad del órgano no debe deducirse nunca "del grito uterino". La pretensión de obtenerle implica la penetración del instrumento más allá de la capa basal. Ciertas superinvoluciones uterinas, amenorreas prolongadas y esterilidades definitivas pueden derivar de un legrado demasiado insistente y porfeado. Se origina en estos casos el síndrome de Asherman que consiste en la presencia de sinequias uterinas, parciales o totales, que incluyen funcionalmente el endometrio. (3)

DIFERENCIA LUI – AMEU

VARIABLE	LUI	AMEU
Tasa de complicación/riesgo	Alta	Baja
Costo	Alto	Bajo (25% del costo del LUI)
Instrumental	Cureta metálica	Cánula de plástico semirígida
Dilatación cervical	Mayor	Mínima
Tipo de sedación	Anestesia general	Bloqueo paracervical
Personal mínimo requerido	Equipo médico con anestesista	Equipo médico
Estancia hospitalaria	Más prolongada	Menos prolongada
Ausencia del hogar	Probable	No

(17)

DEFINICIONES DE LAS PATOLOGIAS MAS COMUNES TRATADAS CON ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA O LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL:

Definición y concepto de aborto

Concepto Etimológico

Aborto, del latín "abortus" significa lo siguiente "ab", que implica privación o partícula privativa y "ortus", que significa nacimiento. Es decir que significa "sin nacimiento".

Aborto espontáneo e inducido

El aborto es sin más, la interrupción del embarazo. Sin embargo es preciso distinguir entre dos tipos básicos: el aborto espontáneo, que sucede cuando el cuerpo de la mujer expulsa el producto sin que nadie haga algo para provocarlo y el aborto inducido, es decir, el que se provoca voluntariamente empleando algún recurso o método con ese fin.(16)

Las causas del Aborto espontáneo pueden ser divididas en dos grupos fundamentales:

- causas ovulares y
- causas maternas.

En las causas ovulares, el aborto se produce por degeneración y muerte del embrión y su trofoblasto. El 50% de los abortos tempranos son producidos por esta afección.

En las causas maternas, el organismo de la madre impide la nutrición y desarrollo del huevo, siendo causa de su expulsión.

La destrucción del embrión y/o muerte fetal puede ser debido a anomalías del óvulo-cigoto o por enfermedad sistémica de la madre y más rara vez del padre.(1)

FACTORES FETALES.- El hallazgo morfológico más frecuente en abortos precoces espontáneos es una anomalía del desarrollo del cigoto, el embrión el feto temprano y a veces la placenta.(5)

En el año 2002 en la Maternidad Isidro Ayora se encuentra 128 huevos anembrionados o huevos que corresponde al 7.8% en los que; el embrión había degenerado o se encontraba ausente en la mitad de los casos. El 60% de los embriones en los que se practicó cultivo de tejido y análisis cromosómicos presentaba anomalías cromosómicas es decir un número anormal de cromosomas (aneuploidía) y el que presenta un componente cromosómico normal (euploidía).(5)

ANOMALÍAS CROMOSOMICAS ADQUIRIDAS

Ha podido comprobarse que un creciente número de agentes, entre los que se incluyen virus, radiaciones y sustancias químicas inducen anomalías estructurales en los cromosomas tales como roturas, fragmentos decéntricos y anillos se han encontrado

alteraciones similares en varias enfermedades genéticas, así como en la leucemia y en otras entidades malignas.(20)

Factores Maternos

Las enfermedades maternas suelen asociarse con abortos euploides. Podemos clasificar éstas causas maternas en:

- Alteraciones del aparato genital femenino.
- Afecciones generales de la madre.
- Alteraciones endocrinas extra ovulares.
- Alteraciones nutritivas.
- Infecciones ovulares.

ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL FEMENINO: Las alteraciones incluidas en este aparato son todas aquellas causas uterinas. Todas tienen un mecanismo común de obrar, que es la incapacidad de la decidua para nutrir al huevo, o la falta de adecuada vascularización uterina. Las alteraciones más comúnmente halladas son las siguientes:
(12)

- **Insuficiencia luteínica.-** Una insuficiencia del cuerpo lúteo gravídico, por lo común no conduce a aborto, pero en cambio una insuficiencia del cuerpo lúteo cíclico determina una falta de implantación o una implantación incorrecta de la que puede seguirse un aborto precoz.

Así pues, la insuficiencia del cuerpo amarillo menstrual es una causa probable y frecuente de aborto.

- **Endometritis decidual.-**Las alteraciones inflamatorias y degenerativas de ésta, pueden determinar mala nutrición ovular y aborto.

Se puede generar enfermedades crónicas consuntivas, citamos enfermedades caquetizantes como la tuberculosis o carcinomatosis no controladas son causa de aborto

y en otras ocasiones la paciente muere a menudo sin haber dado a luz. Un gran número de los productos de aborto tienen deciduitis y amniositis crónica.

- **Duplicaciones uterinas entre ellas.-** principalmente, el útero “introrsum arcuatus”, el útero septo y el útero “unicollis-bicornis”, úteros completamente dobles “bicornis” no producen esta tendencia al aborto, sin embargo en tiempos recientes se ha demostrado que lo que produce el aborto es la coexistencia de estas anomalías del desarrollo con mucosas mal desarrolladas, mucosas hipoplásicas y con úteros mal vascularizados, en los que la muerte embrionaria se produce, no por falta de espacio sino por bloqueo en su nutrición.
- **Útero hipoplásico.-** Es decir un útero simplemente hipoplásico como causa frecuente de aborto.
- **Aborto por incompetencia del orificio interno del cuello uterino.-** Se trata sobre todo de un síndrome de abortos repetidos en muchas ocasiones a continuación de un parto más o menos normal o quirúrgico. (12)
- **AFECCIONES GENERALES DE LA MADRE:** Podemos clasificar en inespecíficas y específicas: Entre las primeras tenemos que contar con aquellas enfermedades que comprometen el estado nutritivo de la madre y que produciendo un insuficiente aporte nutritivo al embrión, pueden ser causa de su muerte así ocurre en los estados de hambre, carencias alimentarias de distinta naturaleza, enfermedades consuntivas y muy particularmente en las caquexias. También en infecciones crónicas, tales como tuberculosis pulmonar avanzada o fiebre tifoidea.

En estos casos la acción letal sobre el feto probablemente no se debe sólo a la debilidad que estos estados producen, sino también al efecto de las toxinas. Se discute si la enfermedad hemolítica perinatal es causa de aborto, o solo de parto prematuro.

- **ALTERACIONES ENDOCRINAS EXTRA OVULARES:** Un hipotiroidismo se ha invocado con frecuencia como causa de aborto. Parece que las hipotiroideas dan una elevada proporción de esterilidad y de abortos. Se debe a que la hormona tiroidea es necesaria para el metabolismo del embrión en alto grado y que su ausencia produce la muerte y el aborto subsiguiente. (12,13)

La diabetes es también a veces causa de aborto (paciente no controlada), aunque, por lo general, causa más bien muerte fetal en partos a término.

- **ALTERACIONES NUTRITIVAS:** La carencia de ácido fólico tiene mucha importancia como causa de aborto, la desnutrición muy intensa, la avitaminosis predispone a un aumento de la probabilidad de aborto.
- **INFECCIONES OVULARES:** Antes hemos hablado de las infecciones de la decidua como causa de aborto, la mayoría de las cuales son también abortivas por extenderse al huevo. Entre ellas, además del *Mycoplasma*, de la *listeria monocytogenes*, y del *toxoplasma gondii* ya citados, hay que mencionar el *Cytomegalovirus*, la *pseudomona aeruginosa* y por supuesto el *treponema pallidum*.(13)

Algunas de estas infecciones pueden llegar desde la vagina por un cuello entreabierto, por lo que el síndrome de insuficiencia o incompetencia cervical no obra sólo por acción mecánica, sino también franquean de la cavidad uterina a ciertas infecciones.

DROGAS Y FACTORES AMBIENTALES

TABACO, se ha asociado con un alto riesgo de aborto euploide con independencia de la edad materna y de la ingestión de alcohol. El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de aborto a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos que secretan elastasa.

EL ALCOHOL, la cafeína parece aumentar el riesgo de aborto aún en dosis moderada.

RADIACIÓN, La dosis humana no se conoce con precisión, pero se cree que la dosis letal mínima en el día de implantación es unos 5 Rad.

TOXINAS AMBIENTALES, Los gases anestésicos se han implicado como causas de aborto espontáneo. Además del plomo, arsénico, formaldehído, benceno y óxido de etileno pueden ser causa de aborto. Las terminales con pantallas de video y la exposición campos electromagnéticos concomitantes no aumentan el riesgo de aborto.

FACTORES INMUNOLÓGICOS, Los mecanismos auto inmunes son aquellos mediante los cuales la respuesta celular o humoral se dirige contra un blanco específico dentro del

huésped. Los trastornos del tejido conectivo como el lupuseritomatoso se asocian con un aumento de abortos y fetos muertos.(13)

Es conveniente diferenciar los aspectos clínicos del aborto espontáneo en cinco sub-grupos:

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto diferido
- Aborto habitual

El Tratamiento se expone en cada categoría.

Amenaza de aborto: Es importante encontrar la causa desencadenante de amenaza, para su tratamiento. Para ello es necesaria una Historia clínica completa, exámenes de laboratorio, especuloscopia, reposo físico y sexual, corregir el balance de líquidos y electrolitos.(7)

Aborto inevitable: Queda demostrado por la rotura de las membranas o cuando el cuello está dilatado. En estas condiciones es seguro que se producirá el aborto. El tratamiento es quirúrgico (legrado instrumental o digital) previo exámenes y anestesia general.(7)

Aborto incompleto: El feto y la placenta son susceptibles de ser expulsados juntos, en los abortos que tienen lugar antes de la décima semana y por separado después es la dilatación del cuello uterino seguido del tratamiento, (legrado instrumental) bajo anestesia general y exámenes de laboratorio.(7)

Aborto diferido: Se define como un huevo muerto y retenido por 6ó más semanas de gestación el tratamiento es quirúrgico previo exámenes de laboratorio incluidos tiempos de coagulación.

Aborto habitual: Se ha definido el aborto espontáneo habitual cuando se produce tres o más abortos espontáneos consecutivos. El tratamiento es quirúrgico y recomendación para conocer el cariotipo de la pareja(7)

Embarazo anembrionario o huevo anembrionado

El embarazo anembrionado o huevo anembrionado es un problema muy frecuente. El 50% de las pérdidas del embarazo durante el primer trimestre están asociadas a esta causa. El embarazo anembrionado o anembrionario es un óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior. En palabras más simples es como si fuera un embarazo sin bebé.

Se produce por problemas cromosómicos asociados a un óvulo o espermatozoide de baja calidad que generan un error de información o de codificación en las células que conforman el huevo primitivo, por el cual se origina un huevo vacío. Las células que deberían formar el embrión no responden y se origina sólo la cubierta que está destinada a formar la futura placenta.(8)

Se diagnostica por la ecografía que se realiza a partir de las 7 semanas de embarazo en la cual no se detecta el embrión, es decir, se visualiza un huevo vacío. Este huevo produce la hormona de embarazo y por esta razón los análisis son positivos. También se puede sospechar de un embarazo anembrionado cuando no se detectan los latidos del corazón del pequeño, embrión.

La naturaleza que es muy sabia y generalmente antes del mes posterior al diagnóstico, se inicia espontáneamente el mecanismo de expulsión en la mayoría de los casos. En aquellos casos en donde no se ha expulsado en forma espontánea y completa es necesario un legrado uterino.(8)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

En un ciclo menstrual promedio de 28 días, encontramos dos fases: durante las dos primeras semanas hay un incremento de hormonas llamadas estrógenos que estimulan el crecimiento y el número de las células endometriales constituyendo la fase proliferativa.

Luego de producida la ovulación (alrededor del día 14) los estrógenos descienden y la hormona predominante es la progesterona que estimula la maduración de las células, para que en caso de fecundación haya una correcta implantación del embrión (fase secretoria).

De no producirse la fecundación, los ovarios cesan la producción de progesterona alrededor de dos semanas después, dando como resultado la contracción de los vasos sanguíneos locales, y disminuyendo así el aporte de oxígeno al endometrio que se desintegra en sus capas superficiales y, que mezclado con la sangre, da origen a la menstruación.

Sin embargo, si la fase estrogénica no es seguida por la progestacional, las células del endometrio crecen y se multiplican, fenómeno llamado hiperplasia, estadio fundamental que merece nuestra detección y tratamiento ya que puede ser la precursora del cáncer endometrial.(14)

- Procesos que cursan con alto tenor estrogénico sin ser contrarrestados por suficiente progesterona.
- Irregularidad menstrual crónica, debida a anovulación.
- Obesidad.
- Diabetes.
- Tumores productores de estrógenos.
- Disfunciones tiroideas.
- Enfermedades hepáticas.
- Me interesa profundizar en la mujer que tiene acceso a una fuente externa de estrógenos sin la adición de progesterona
- Terapia de reemplazo estrogénica (parches, comprimidos, gel)
- Ciertas hierbas que contienen ginseng
- Aves de corral alimentadas con estrógenos para estimular su crecimiento (pollo, gallina, pavo, etc)
- Cremas para la cara y el cuerpo

- Cosméticos en general

Hiperplasia de endometrio. Diferentes tipos.

Según lo explicado anteriormente, los estrógenos estimulan el crecimiento y la multiplicación de las células del endometrio, proceso totalmente revertido con la adición de progesterona.

En diversas situaciones descritas previamente, la fase progestacional está ausente, por lo tanto la acción estimuladora y multiplicadora estrogénica, no tiene freno, dando lugar a un fenómeno denominado hiperplasia.

Cuando las células crecen y se multiplican activamente se denomina hiperplasia simple. Si esta situación continúa, se forman nuevas células y nuevas glándulas, proceso llamada hiperplasia compleja. Estas dos entidades tienen células y glándulas normales aumentadas en número y tamaño.

Se denomina atipía celular a ciertos cambios en la célula que no son normales, tales como: núcleos grandes de variable tamaño y forma, aumento de la relación núcleo-citoplasmática, nucléolos prominentes y cromatina agrupada irregularmente.

Cuando en las hiperplasias se hallan estos cambios, ya hablamos de hiperplasia simple o compleja atípicas o de hiperplasia atípica, proceso que engloba a las dos anteriores.

Según datos estadísticos, cada proceso tiene un porcentaje diferente de progresar a la malignidad (18).

HIPERPLASIA	PROGRESION A CA. ENDOMETRIO
SIMPLE	1%
COMPLEJA	3%
SIMPLE CON ATIPIA	8%
COMPLEJA CON ATIPIA	29%

(18)

La hiperplasia compleja atípica puede estar asociada a un cáncer de endometrio en un 25%.

Sintomatología

La hiperplasia se manifiesta de diversas maneras:

- Asintomática
- Metrorragia o Spotting
- Sangrado irregular en pacientes premenopáusicas
- Papanicolaou con un trofismo que no corresponde a la edad de la paciente (tenor estrogénico alto en una mujer de 60 años)(6)

Diagnóstico

Toda mujer que presente dichas alteraciones, debe ser sometida a un estudio biopsico del endometrio.

La ecografía transvaginal, si bien es un elemento muy valioso que nos da información acerca del grosor endometrial, a mi juicio no es confiable para establecer un diagnóstico de certeza, que se logra solamente con el estudio anatomopatológico del tejido.

En determinadas pacientes, la concreción de los métodos de diagnóstico puede resultar irrealizable por diferentes razones, en este amplio grupo se impone el raspado biopsico fraccionado.(6)

Tratamiento

Tanto la hiperplasia simple como la compleja se tratan con progesterona. Esta neutraliza el efecto hiperplasiante de los estrógenos, convirtiendo al endometrio hiperplásico en atrófico en un 97% de los casos.

Con respecto a la hiperplasia atípica, si bien hay diferentes criterios, siempre se debe realizar un raspado biopsico para descartar un cáncer de endometrio asociado cuyo tratamiento es meramente quirúrgico.

El resto dependerá de la particularidad de cada paciente, pues habiéndose ya descartado una neoplasia conjunta, si la mujer está aún en edad fértil y desea la concepción, se recomienda comenzar con terapia progestacional. Si la lesión retrograda, hay que seguir a la paciente con muestras de endometrio cada tres meses en el primer año y luego 1 por año para detectar posibles recidivas.

Si la hiperplasia atípica se halla en mujeres postmenopáusicas, hay dos caminos: realizar una histerectomía dado el riesgo de progresar a la malignidad o intentar contrarrestar la mucosa endometrial con dilatación y curetaje seguido de tratamiento intensivo con progesterona. Si el proceso persiste, se indica la histerectomía.(6)

En un embarazo molar, la placenta inicial se convierte en una masa de quistes denominada “masa hidatidiforme” que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no llega a formarse en absoluto, o lo hace de manera deforme y no puede sobrevivir.

Aproximadamente uno de cada 1.000 embarazos es molar. Las mujeres de más de 40 años de edad o que han tenido dos o más abortos espontáneos corren mayor riesgo de tener un embarazo molar.(10)

TIPOS DE EMBARAZO MOLAR

En realidad, existen dos tipos de embarazo molar: completo y parcial. En el caso de embarazos molares completos, no hay embrión alguno ni tampoco tejido normal de placenta. En los embarazos molares parciales puede haber una porción de placenta normal y el embrión, que es anormal, comienza a desarrollarse.

Ambos tipos de embarazo molar son el resultado de un óvulo fertilizado de manera anormal. En un embarazo molar completo, todos los cromosomas del óvulo fertilizado (las estructuras ínfimas que acarrean nuestros genes) provienen del padre. Lo normal es que la mitad de los cromosomas provengan del padre y la otra mitad de la madre.

Poco tiempo después de la fertilización, los cromosomas del óvulo de la madre se pierden o desactivan y los del padre se duplican. En la mayoría de los casos de embarazo molar parcial, los 23 cromosomas de la madre están presentes, pero existen dos grupos de cromosomas del padre (por lo que el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de los 46 normales). Una de las maneras en que esto sucede es cuando un óvulo es fecundado por dos espermatozoides. (5,10)

El embarazo molar supone un riesgo para la mujer embarazada cuando la masa penetra profundamente en la pared uterina, lo que puede provocar una hemorragia importante.

Ocasionalmente, la masa puede convertirse en un coriocarcinoma, una forma de cáncer poco frecuente que se relaciona con el embarazo.

SIGNOS Y SINTOMAS

Un embarazo molar puede iniciarse de igual manera que un embarazo normal. Luego, alrededor de la semana 10 de embarazo, aparece un sangrado vaginal, generalmente de color marrón oscuro. Entre otros síntomas comunes se encuentran fuertes náuseas y vómitos, dolores abdominales (debido a un útero demasiado grande debido a la creciente cantidad de quistes) y la hipertensión (5)

DIAGNÓSTICO

Se puede diagnosticar un embarazo molar mediante un examen con ultrasonido y medición de los niveles de HCG (gonadotropina coriónica), que a menudo son más elevados que lo normal en el caso de un embarazo molar completo, y más bajos que lo normal cuando se trata de un embarazo molar parcial.

Después de vaciar el útero, alrededor del 20 por ciento de las masas de quistes de embarazos molares completos y el 2 por ciento de los de embarazos molares parciales persisten y el tejido anormal remanente puede continuar creciendo. Esto se llama enfermedad trofoblástica gestacional persistente (GTD—Gestational Trophoblastic Disease). En casi el 100 por ciento de los casos, el tratamiento del GTD con una o más drogas contra el cáncer lo cura completamente. En raras ocasiones, se desarrolla una forma cancerosa de GTD llamada coriocarcinoma, que se dispersa a otros órganos. El tratamiento de este cáncer con múltiples drogas contra el cáncer también es muy eficaz para curar este cáncer.(5)

En el examen histológico las molas parciales demuestran hidropesía de las vellosidades y trastornos arquitectónicos en solo una proporción de las vellosidades. La proliferación trofoblástica es mínima y está limitada al sincitiotrofoblasto. En contraste, las molas completas muestran hinchazón hidrópica en la mayoría de las vellosidades coriales y una ausencia virtual o desarrollo inadecuado de vascularización de las vellosidades. El grado histológico no predice el desenlace, por consiguiente, todas las molas deben observarse cuidadosamente por medio de la monitorización de las concentraciones de la gonadotropina coriónica humana.(4)

Entre los diagnósticos histopatológicos más frecuentemente reportados de las muestras obtenidas al realizar la aspiración manual endouterina o legrado uterino instrumental son: vellosidades coriales, vellosidades coriales con cambios hidrópicos, decidua, endometrio secretor, hiperplasia simple con y sin atipias, hiperplasia compleja con y sin atipias entre otros.

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

Historia

En 1840, un grupo de vecinos quezaltecos y religiosos inició las gestiones para su fundación, en 1843 se le dio el nombre de Hospital General “San Juan de Dios”. Se ubicaba donde hoy se encuentra la sede de la Policía y el Hogar San Vicente de Paul, en la 14 avenida y calle Rodolfo Robles, de la zona 1. Fue absorbido por el Estado en 1945.

Al crecer su prestigio y número de pacientes se hizo necesaria la construcción de un nuevo edificio. Éste se finalizó en 1978, en la Labor San Isidro, zona 8 de Xela; sin embargo, quedaría abandonado por casi dos décadas. Se realizó el 12 de marzo en 1996 por problemas técnicos y falta de equipo en las antiguas instalaciones, ya con el nombre de Hospital Regional de Occidente. Actualmente sus servicios son requeridos por nacionales y extranjeros. Se convirtió en hospital escuela que incluye postgrados

Fundación 1840

Lugar 0 Calle 36-40 zona 8, Labor San Isidro, -Quetzaltenango, Guatemala

Visión

Ser el mejor Hospital del país, con equipo humano altamente comprometido, capaz de garantizar un excelente servicio integral en materia de salud.

Misión

Somos una Institución de Salud, que facilita servicios médicos que sobrepasen las expectativas de toda persona que nos necesite, a través de una atención eficiente y personalizada, proveída por el talento humano altamente calificado.

Perfil de la Empresa

El Hospital Regional de Occidente se ubica en el nivel tres de atención, según la Clasificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es uno de los 43 hospitales que existen a nivel nacional. Es uno de los 13 hospitales que tienen la categoría de Regional en Guatemala. Atiende diversas especialidades médicas, en Emergencia, Consulta Externa y Encamamiento. En el año 2009 fue declarado Hospital Solidario, uno de los 9 que existen a nivel nacional. El Hospital Regional de Occidente, es un centro de referencia para pacientes del

Suroccidente del país, solicitan sus servicios también personas procedentes de México, El Salvador y Honduras.

Cartera de servicios de Ginecología y Obstetricia

Da a conocer a la población que brinda los siguientes servicios:

- Control prenatal.
- Control Postnatal.
- Planificación Familiar.
- Atención de Parto Eutócico (normal).
- Atención de Parto Distócico (Cesárea).
- Legrado Intrauterino.
- Aspiración Manual Endouterina.
- Histerectomía Abdominal.
- Histerectomía Vaginal.
- Recanalización Tubárica.
- Ultrasonidos (Pélvico, Obstétrico, Endovaginal)
- Colposcopía.
- Clínica de VIH / SIDA.

OBJETIVO GENERAL

1. Establecer la correlación clínico – patológica de los procedimientos realizados de Legrado Uterino Instrumental y Aspiración Manual Endouterina.

OBJETIVO ESPECIFICOS

2. Identificar cual fue la indicación por la que se realizo el procedimiento de Legrado Uterino Instrumental o Aspiración Manual Endouterina.
3. Determinar los resultados de las muestras enviadas para estudio Histopatológico

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de Estudio:

Prospectivo – Descriptivo

Población:

Expedientes y resultados de histopatología de las pacientes que consulten al servicio de emergencia de Ginecología del Hospital Regional de Occidente durante el período comprendido del 1 de enero 2009 a 31 de diciembre 2009 que sean sometidas a los procedimientos de AMEU o LUI

Muestra:

Total de pacientes que consulten al servicio de Emergencia de Ginecología del Hospital Regional de Occidente durante el período comprendido del 1 de enero 2009 a 31 de diciembre 2009 que sean sometidas a los procedimientos de AMEU o LUI

Criterios de Inclusión:

Pacientes que consulten al servicio de Emergencia de Ginecología del Hospital Regional de Occidente durante el período comprendido del 1 de enero 2009 a 31 de diciembre 2009 que sean sometidas a los procedimientos de AMEU o LUI

Expedientes de pacientes en donde ya se encuentre el resultado de patología o que se tenga conocimiento que este se encuentra en proceso de evaluación por patólogo.

Consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

Expedientes de las pacientes que fueron sometidas a AMEU o LUI que asisten a la consulta externa de ginecología y que se determine la ausencia de este resultado por no haber obtenido muestra al realizar el procedimiento, no llevar la muestra para estudio patológico o por extraviarse la misma.

Variables:

- a) Diagnóstico de ingreso
- b) Procedimiento Realizado
- c) Diagnóstico de Patología
- d) Correlación de Diagnóstico

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Diagnóstico de ingreso	Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.	Diagnóstico que el médico da al ingreso de la paciente	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Embarazo Anembriónico • Hiperplasia endometrial • Hemorragia uterina anormal • Embarazo molar • Otros Dxs.
Procedimiento realizado	Técnica para efectuar lo que se desea realizar	Técnica realizada para el Diagnóstico y/o tratamiento de la paciente	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • AMEU • LIU
Diagnóstico de patología	Calificación que da el médico a la enfermedad según hallazgos histopatológicos	Diagnóstico histopatológico o dado por Patólogo	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Vellosidades coriales • Vellosidades coriales con cambios Hidrópicos • Decidua • Endometrio secretor • Hiperplasia Simple <ul style="list-style-type: none"> ➤ Con atipias ➤ Sin atipias • Hiperplasia Compleja <ul style="list-style-type: none"> ➤ Con atipias ➤ Sin atipias • Otros Diagnósticos
Correlación de Diagnóstico	Relación que se establece entre los diagnósticos	Correlación clínico patológica	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Desarrollo de la investigación:

- Previa revisión bibliográfica y de las necesidades del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente se selecciona el Tema de Estudio Titulado “Correlación Clínico Patológica LIU Y/O AMEU”, en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango, en el período comprendido del 1 de enero 2009 a 31 de diciembre 2009.
- Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre lo referente a LUI y AMEU como procedimientos utilizados como tratamiento y diagnóstico.
- Se elaboró el Anteproyecto el cual será presentado al Asesor, Jefe de Departamento, Docente de Especialidad y Docente de Investigación para su aprobación.
- Al aprobarse el anteproyecto, se realizó la elaboración del protocolo y se presentara al Asesor, Jefe de Departamento, Docente de Especialidad y Docente de Investigación para su aprobación.
- Se solicitó autorización al Comité de Docencia del Hospital Regional de Occidente, para la realización y ejecución de la investigación.
- Se solicitó la autorización a la oficina de Estadística del Hospital Regional de Occidente para la revisión de Expedientes Clínicos.
- Se revisaron los Expedientes Clínicos en base a la boleta de recolección de datos.
- Se tuvo comunicación con el Dr. Juan Quijivix, patólogo del Hospital Regional de Occidente, con el propósito de verificar sobre los resultados de patología de las muestras obtenidas en los procedimientos de AMEU y LUI.
- Con la información obtenida se aplicó los procedimientos estadísticos correspondientes: tabulación de datos, elaboración de cuadros y distribuciones de frecuencias.
- Posteriormente se discutieron y se analizaron los resultados. Obteniéndose las conclusiones correspondientes y se formularan las recomendaciones pertinentes.
- Se elaboró y presentó el informe final para su aprobación, posteriormente se publicaran los resultados a donde corresponda

RESULTADOS

TABLA No. 1

Diagnostico de Ingreso

Diagnóstico	Enero- febrero	
	Frecuencia	%
Aborto	71	85.54
Embarazo anembrionico	1	1.20
Hiperplasia endometrial	6	7.23
Embarazo molar	5	6.02
TOTAL	83	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

TABLA No. 2

Procedimiento Realizado

	Enero- febrero	
	Frecuencia	%
AMEU	68	81.93
LIU	15	18.07
TOTAL	83	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

TABLA No. 3

Hallazgos Transoperatorios

Diagnóstico	Enero a Diciembre	
	Frecuencia	%
Restos apariencia gestacional	73	87.96
Tejido endometrial	5	6.02
Restos de apariencia vesicular	5	6.02
TOTAL	83	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

TABLA No. 4

Diagnostico de Patologia

Diagnóstico	Enero- febrero	
	Frecuencia	%
Vellosidades coriales	69	83.13
Vellosidades coriales con cambios hidrópicos	5	6.02
Decidua	4	4.82
Endometrio secretor	5	6.02
TOTAL	83	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

TABLA No. 5

Correlación Clínico-patologica

Correlación	Enero- Diciembre	
	Frecuencia	%
SI	83	100
TOTAL	83	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

TABLA No. 6

Número de visitas realizadas por la paciente a Consulta Externa Ginecología

Correlación	Enero- febrero	
	Frecuencia	%
1	80	96.39
2	3	3.61
TOTAL	83	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

DISCUSION

A continuación se presenta un análisis de este estudio de carácter descriptivo, realizado en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios” durante el periodo de Enero-Diciembre 2009.

De las 83 pacientes documentadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para la elaboración de este estudio, el 87 % del total de las pacientes estudiadas el diagnóstico de ingreso fue por abortos incompletos, un 7% por hiperplasia endometrial, 6% por embarazo molar y 1% embarazo anembrionico siendo estas las causas más frecuentes de morbilidad en las mujeres en edad fértil atendidas en la emergencia de Ginecología de este centro asistencial.

Para el manejo de estas pacientes el procedimiento terapéutico brindado fue en su mayoría la Aspiración Manual Endouterina en el 82% de las pacientes estudiadas, considerando que este procedimiento es utilizado en uteros menores a 12 semanas y dilatación menor a 12 milímetros. estas pacientes cumplían con estos criterios.

En el 100% de ellas se estableció una correlación entre el diagnóstico de ingreso, el cual es clínico; con el resultado de histopatología, a la vez existiendo correlación con los hallazgos evidenciados durante la realización de los procedimientos tanto Legrado Uterino Instrumental como Aspiración Manual Endouterina. Por lo que considero que los Médicos del Departamento de Ginecoobstetricia que han realizado las evaluaciones de estas pacientes ha sido adecuada, ya que el Diagnóstico que dieron al ingreso correlacionó con el reporte obtenido por histopatología.

En la bibliografía no encontramos datos para poder comparar con mis resultados.

CONCLUSIONES

1. Aborto fue el Diagnóstico de Ingreso más frecuente
2. Aspiración Manual Endouterina fue el procedimiento Quirúrgico más utilizado para el tratamiento de estas pacientes.
3. Existe correlación clínico patológica de las pacientes sometidas a Legrado Instrumental Uterino o Aspiración Manual Endouterina
4. La evaluación realizada por los Médicos fue adecuada.

RECOMENDACIONES

1. Crear la Maestría de Patología en el Hospital Regional de Occidente, ya que el tiempo que tardan los resultados de muestras que se mandan para su estudio no es el óptimo por falta de recurso humano.
2. Dentro de los hallazgos incidentales encontramos que el 25% de las pacientes que se les realizó el procedimiento de legrado instrumental o aspiración manual endouterina no asistió a su reconsulta para el resultado de patología; por lo que se recomienda a los médicos del Departamento hacer conciencia a las pacientes de la importancia que tienen estos resultados y a la vez poder tener apoyo con trabajo social, para localizar a las pacientes que no asistan a la obtención de sus resultados.
3. En base al Diagnóstico tomar medidas educativas para la prevención de la patología que presentaron en ese momento las pacientes, medidas como educación en salud reproductiva destacando los métodos de planificación familiar, ya que el diagnóstico más frecuente fue aborto incompleto.

REFERENCIAS

1. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto
Gac Med Mex 2003; 139 (Supl 1): 65-72
2. Cabrero Roura Luis, Et Al, TRATADO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y MEDICINA DE LA REPRODUCCION SEGO, 1ª. Edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid España 2003, Vol. 1 Pags. 825-831
3. DEXEUS José M. Carrera Macia TRATADO Y ATLAS DE OPERATORIA OBSTETRICA 2ª Edición Salvat Editores. Barcelona Vol. 3 Pags.46-56.
4. ROBBINS Y CONTRAN Patología Estructural y Funcional, 7º Edición. Elseiver, Madrid España. Pags: 1114 – 1115.
5. Snidjers R, Nicolaides K. Ultrasound markers for fetal chromosomal defects. In Nicolaides, K (ed.) Frontiers in fetal medicine series. The Parthenon Publishing Group. London, 1996.
6. U.S. Department of Health & Human Services. Enfermedades comunes del útero (en español). Consultado el 21 de enero, 2008
7. www.anael.org/aborto/ - 35k
8. http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_anembrion.php
9. www.clinicadam.com/Salud/5/000909.html - 19k
10. www.contusalud.com/sepa_embarazo_molar.htm - 51k
11. COMO FUNCIONA EN GUATEMALA UN INEDITO PROGRAMA DE ATENCION POSABORTO 13 MAYO 2007
<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-84895-2007-0513.html#inicio>
12. espanol.geocities.com/ginecobstetricia2000/hemorrag_ute_disf.html - 50k
13. es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_uterina_disfuncional - 44k
14. es.wikipedia.org/wiki/Hiperplasia_endometrial - 27k
15. AMEU
<http://www.google.com.gt/search?hl=es&q=indicaciones+de+AMEU&lr=>

16. LEGRADO UTERINO

http://www.ipas.org/Spanish/Library/FAQs/Legrado_uterino_instrumental_preguntas_frecuentes.aspx

17. Ministerio de salud y ambiente salud publica resolución 989/2005 apruébase la guía para el mejoramiento de la atención post aborto e incorpórase la misma al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica bs. as., 9/8/2005 visto el expediente nº 2002-6252-05-4 del registro de este ministerio,

<http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/guia%20atencion%20post-aborto9-05.doc>

18. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002912

19. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002914.htm>

20. www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1595 - 21k

ANEXOS

Instrumento Utilizado para la recolección de la Información

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

Correlación clínico patológica, pacientes sometidas a legrado instrumental y aspiración manual endouterina Hospital Regional de Occidente 2,009.

Boleta No. _____

Fecha de llenado de boleta-----

Edad-----

Estado Civil-----

Diagnóstico de ingreso-----

Procedimiento realizado

AMEU

LUI

Fecha en que se realizó el procedimiento-----

Diagnóstico de Patología-----

Fecha en que se entregó resultado patología -----

Número de Visitas que realizó la paciente hasta obtener el resultado de patología -----

Correlación Clínico-Patológica

SI

NO

Si no hubo correlación clínico-patológica se le dio otro seguimiento y cuál?

BOLETA	AÑOS	No. REG	EDO. CIVIL	FECHA LLENADO B.	DX. INGRESO	PROC. REALIZADO	HALLAZ. TRANSOP	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	DX. PATOLOGIA	FECHA		CORRELACION	
										RESULTADO PATOLOGIA	No. VISITAS	CLINICO PATOLOGICA	OTRO TX.
1	27	301210	Unida	07/01/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	04/12/2008	Vellosidades Coriales	05/01/2009	1	Si	No
2	35	406020	Casada	12/01/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	06/12/2008	Vellosidades Coriales	07/01/2009	1	Si	No
3	21	431030	Casada	12/01/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	05/12/2008	Decidua	08/01/2009	1	Si	No
4	31	471118	Casada	19/01/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	21/12/2008	Decidua	16/01/2009	1	Si	No
5	37	531220	Casada	22/01/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	17/12/2008	Vellosidades Coriales	16/01/2009	1	Si	No
6	46	401008	Casada	24/02/2009	Hiperplasia endomet	AMEU	Tejido endomet	09/01/2009	Tejido endomet secretor	20/02/2009	1	Si	No
7	34	541239	Casada	24/02/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	03/01/2009	Vellosidades Coriales	20/02/2009	1	Si	No
8	21	103650	Unida	26/02/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	12/01/2009	Vellosidades Coriales	23/02/2009	1	Si	No
9	32	363936	Soltera	27/02/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	20/01/2009	Vellosidades Coriales	23/02/2009	1	Si	No
10	19	384950	Unida	05/03/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	02/02/2009	Vellosidades Coriales	03/03/2009	1	Si	No
11	30	203046	Casada	05/03/2009	AB RETENIDO	AMEU	Restos A Gest	02/02/2009	Vellosidades Coriales	03/03/2009	1	Si	No
12	27	364779	Unida	11/03/2009	EMB ANEMB	AMEU	Restos A Gest	06/02/2009	Vellosidades Coriales	09/03/2009	1	Si	No
13	40	475311	Unida	19/03/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Placen	12/02/2009	Fragmentos Placentarios	16/03/2009	1	Si	No
14	41	483712	Unida	20/03/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	14/02/2009	Vellosidades Coriales	16/03/2009	1	Si	No
15	16	405020	Soltera	24/03/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	16/02/2009	Vellosidades Coriales	20/03/2009	1	Si	No
16	26	562016	Casada	24/03/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	21/02/2009	Vellosidades Coriales	16/03/2009	1	Si	No
17	19	511210	Casada	25/03/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	19/02/2009	Vellosidades Coriales	20/03/2009	1	Si	No
18	38	541807	Casada	31/03/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Placen	26/02/2009	Fragmentos Placentarios	23/03/2009	1	Si	No
19	26	273040	Soltera	31/03/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	27/02/2009	Vellosidades Coriales	27/03/2009	1	Si	No
20	19	467981	Casada	02/04/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	26/02/2009	Vellosidades Coriales	26/03/2009	1	Si	No
21	19	487818	Casada	02/04/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	26/02/2009	Vellosidades Coriales	27/03/2009	1	Si	No
22	28	531250	Unida	06/04/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	28/02/2009	Vellosidades Coriales	31/03/2009	1	Si	No

23	23	472025	Soltera	08/05/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	RestosA Gest	07/04/2009	Vellosidades coriales	08/05/2009	1	Si	No
24	17	510868	Soltera	26/05/2009	EMB MOLAR	AMEU	Tejido Vesic	18/04/2009	Vellosidades Coriales con Cambios hid	22/05/2009	1	Si	No
25	28	441223	Soltera	29/05/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	23/04/2009	Vellosidades Coriales	27/05/2009	1	Si	No
26	30	272424	Casada	11/06/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	24/04/2009	Restos placentarios	05/06/2009	1	Si	No
27	35	505431	casada	17/06/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	26/04/2008	Vellosidades Coriales	08/06/2009	1	Si	No
28	30	441286	Unida	18/06/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	30/04/2009	Vellosidades Coriales	08/06/2009	1	Si	No
29	35	505431	Casada	26/06/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	28/05/2009	Decidua	23/06/2009	2	Si	No
30	34	511736	Casada	29/06/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	30/05/2009	Decidua	25/06/2009	2	Si	No
31	30	365498	Casada	29/06/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	31/05/2009	Vellosidades Coriales	25/06/2009	2	Si	No
32	34	743981	Casada	06/07/2009	Hiperplasia endomet	AMEU	Tejido endomet	02/06/2009	Tejido endomet secretor	03/07/2009	1	Si	No
33	30	749862	Casada	08/07/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	06/06/2009	Vellosidades Coriales	06/07/2009	1	Si	No
34	23	598365	Unida	08/07/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	09/06/2009	Vellosidades Coriales	06/07/2009	1	Si	No
35	32	484587	Soltera	13/07/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	11/06/2009	Vellosidades Coriales	09/07/2009	1	Si	No
36	20	276534	Unida	17/07/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	14/06/2009	Vellosidades Coriales	13/007/2009	1	Si	No
37	39	598235	Casada	20/07/2009	AB RETENIDO	AMEU	Restos A Gest	17/06/2009	Vellosidades Coriales	17/07/2009	1	Si	No
38	27	497653	Unida	31/07/2009	Embarazo molar	AMEU	Tejido Vesic	21/06/2009	Vellosidades Coriales con Cambios hid	24/07/2009	1	Si	No
39	41	653981	Unida	04/08/2009	Hiperplasia endomet	AMEU	Tejido Endomet	30/06/2009	Endometrio secretor	31/07/2009	1	Si	No
40	30	289560	Unida	07/08/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	03/07/2009	Vellosidades Coriales	03/08/2009	1	Si	No
41	31	450345	Soltera	10/08/2009	Embarazo molar	AMEU	Tejido Vesic	06/07/2009	Vellosidades Coriales con Cambios hid	05/08/2009	1	Si	No
42	26	203420	Soltera	14/08/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	10/07/2009	Vellosidades Coriales	07/08/2009	1	Si	No
43	19	345432	Casada	20/08/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	16/07/2009	Vellosidades Coriales	17/08/2009	1	Si	No
44	21	546543	Casada	31/08/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	25/07/2009	Vellosidades Coriales	27/08/2009	1	Si	No
45	25	356434	Casada	02/09/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	01/08/2009	Vellosidades Coriales	31/08/2009	1	Si	No

46	24	786543	Casada	07/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	04/08/2009	Vellosidades Coriales	03/09/2009	1	Si	No
47	30	264345	Unida	09/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	07/08/2009	Vellosidades Coriales	07/09/2009	1	Si	No
48	44	432567	Soltera	11/09/2009	Hiperplasia endomet	AMEU	Tejido endomet	12/08/2009	Tejido endomet secretor	09/09/2009	1	Si	No
49	39	674324	Casada	17/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	15/08/2009	Vellosidades Coriales	09/09/2009	1	Si	No
50	36	654367	Unida	17/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	15/08/2009	Vellosidades Coriales	11/09/2009	1	Si	No
51	33	568842	Soltera	21/09/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	18/08/2009	Vellosidades Coriales	18/09/2009	1	Si	No
52	31	443673	Casada	24/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	21/08/2009	Vellosidades Coriales	21/09/2009	1	Si	No
53	24	694245	Unida	25/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	22/08/2009	Vellosidades Coriales	21/09/2009	1	Si	No
54	40	435678	Casada	28/09/2009	Embarazo molar	AMEU	Tejido vesicula	26/08/2009	Vellosidades coriales con Cambios hid	25/09/2009	1	Si	No
55	27	436585	Unida	30/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	27/08/2009	Vellosidades Coriales	25/09/2009	1	Si	No
56	29	259864	Casada	01/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	29/08/2009	Vellosidades Coriales	30/09/2009	1	Si	No
57	30	265789	Unida	05/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	31/08/2009	Vellosidades Coriales	01/10/2009	1	Si	No
58	28	339845	Soltera	06/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	01/09/2009	Vellosidades Coriales	02/10/2009	1	Si	No
59	30	473646	Casada	06/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	04/09/2009	Vellosidades Coriales	02/10/2009	1	Si	No
60	26	296656	Unida	09/10/2009	ABORTO INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	06/09/2009	Vellosidades Coriales	05/10/2009	1	Si	No
61	28	441221	Casada	15/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	12/09/2009	Vellosidades Coriales	13/10/2009	1	Si	No
62	44	441200	soltera	15/10/2009	Hiperplasia endometrial	AMEU	Tejido endomet	12/09/2009	Tejido endomet secretor	13/10/2009	1	Si	No
63	30	412133	Casada	21/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	20/09/2009	Vellosidades Coriales	20/10/2009	1	Si	No
64	31	301255	Casada	23/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	21/09/2009	Vellosidades Coriales	21/10/2009	1	Si	No
65	21	415127	Casada	09/09/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	07/08/2009	Vellosidades Coriales	07/10/2009	1	Si	No
66	23	441201	Casada	27/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	23/09/2009	Vellosidades Coriales	26/10/2009	1	Si	No
67	22	331257	Casada	30/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	24/09/2009	Vellosidades Coriales	28/10/2009	1	Si	No
68	29	272453	Casada	30/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	25/09/2009	Vellosidades Coriales	26/10/2009	1	Si	No
69	37	234412	Casada	30/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	27/09/2009	Vellosidades Coriales	28/10/2009	1	Si	No

70	31	271295	Casada	30/10/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	29/09/2009	Vellosidades Coriales	29/10/2009	1	Si	No
71	25	479658	Casada	10/11/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	01/10/2009	Vellosidades Coriales	09/11/2009	1	Si	No
72	29	472517	Casada	10/11/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	03/10/2009	Vellosidades coriales	09/11/2009	1	Si	No
73	24	498721	Casada	19/11/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	11/10/2009	Vellosidades Coriales	18/11/2009	1	Si	No
74	23	514727	Casada	19/11/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	15/10/2009	Vellosidades Coriales	18/11/2009	1	Si	No
75	30	513711	Casada	25/11/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	20/10/2009	Vellosidades Coriales	24/11/2009	1	Si	No
76	19	475685	Soltera	27/11/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	24/10/2009	Restos Placentarios	26/11/2009	1	Si	No
77	21	583016	Soltera	10/12/2009	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	01/11/2009	Vellosidades Coriales	09/12/2009	1	Si	No
78	18	498433	Soltera	17/12/2009	Embarazo Molar	AMEU	Tejido de apariencia vescicular	13/11/2009	Vellosidades Coriales Con camb hi	16/12/2009	1	Si	No
79	29	563612	Casada	23/12/2009	AB INCOMPLETO	LIU	Restos A Gest	20/11/2009	Vellosidades Coriales	22/12/2009	1	Si	No
80	23	562439	Soltera	07/01/2010	Hierplasia endometrial	AMEU	Tejido Endometrial	09/12/2009	Tejido Endometrial Secretor	05/01/2010	1	Si	No
81	31	463791	Casada	14/01/2010	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	13/12/2009	Vellosidades Coriales	11/01/2010	1	Si	No
82	23	483677	Soltera	27/01/2010	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	24/12/2009	Vellosidades Coriales	25/01/2010	1	Si	No
83	37	441299	Casada	28/01/2010	AB INCOMPLETO	AMEU	Restos A Gest	29/12/2009	Vellosidades Coriales	26/01/2010	1	Si	No

Consentimiento Informado

Lugar y Fecha: _____ Número Boleta _____

Yo

De _____ años de edad, manifiesto en forma expresa que voluntariamente he decidido participar en la Investigación titulada: Correlación clínico patológica, pacientes sometidas a legrado instrumental y aspiración manual endouterina Hospital Regional de Occidente 2009.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en evaluación de mi expediente médico en el servicio de consulta externa y servirá para determinar si existe correlación entre el diagnóstico clínico con el resultado de patología después de haberse realizado una aspiración manual endouterina o un legrado uterino instrumental.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, inconvenientes, molestias, resultados y beneficios derivados de mi participación en el estudio

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier resultado y procedimiento adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee sobre cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Por lo antes descrito, firmo la presente:

Testigo: (de ser necesario) _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA, PACIENTES SOMETIDAS A LEGRADO INSTRUMENTAL Y/O ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2009" para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

