

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**“GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL BLOQUEO
PARACERVICAL EN LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA”**

LISBETH MASSIEL FRANCO DUARTE

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
Maestra en Ginecología y Obstetricia
Enero 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

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:

La Doctora: Lisbeth Massiel Franco Duarte

Carné Universitario No.: 100018263

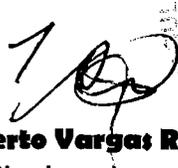
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Grado de satisfacción de las usuarias del bloqueo paracervical en la aspiración manual endouterina"**.

Que fue asesorado: Dr. Carlos Raúl Juárez López MSc.

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2013.

Guatemala, 17 de enero de 2012


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

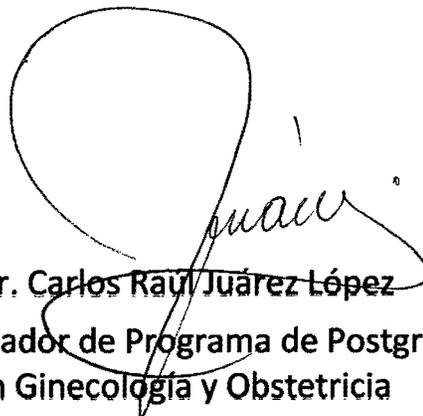
//lamo

Guatemala 27 de Julio del 2012

Doctor
Edgar Rolando Berganza Bocaletti
Coordinador Específico Programas Postgrado
Universidad de San Carlos Guatemala
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que doy el visto bueno y he asesorado el trabajo de Tesis titulado "Grado de satisfacción de las usuarias del bloqueo paracervical en el AMEU" realizado por la Dra. Lisbeth Massiel Franco Duarte para la obtención de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que doy mi aprobación para continuar con los trámites pertinentes de Graduación.

Sin otro particular se despide de ud,



Dr. Carlos Raúl Juárez López
Coordinador de Programa de Postgrado
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
Asesor

Guatemala 23 de Julio del 2012

Doctor
Carlos Raúl Juárez López
Coordinador de Programa de Postgrado
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que he revisado el trabajo de Tesis titulado "Grado de satisfacción de las usuarias del Bloqueo paracervical en el AMEU" realizado por la Dra. Lisbeth Massiel Franco Duarte para la obtención de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que doy mi aprobación para continuar con los trámites pertinentes de Graduación.

Sin otro particular se despide de usted.



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas
Docente Investigación Programa Postgrado
Hospital Roosevelt
Revisor

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante el periodo de estudio.

A mis padres

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. En especial a mi madre por ser se ejemplo para mi vida y mi inspiración para terminar mi carrera.

A Mi Esposo

Raul Lemus por ser un gran hombre, esposo y amigo, estar conmigo en las buenas y malas por su apoyo en cada momento, fuiste una pieza importante en este logro. Gracias por tu comprensión y apoyo

A mi hermano

Hori por su amor y apoyo incondicional, por ser ejemplo de un hermano mayor y del cual aprendí en los momentos difíciles para mi vida y por creer en mi y lo mas importante siempre llevarme en sus oraciones

A mis familiares.

A mi cuñada por ser como una hermana, por su apoyo y aliento en los momentos difíciles, a mis sobrinos Varey y Andree por ser la alegría de mi vida y dar esos momentos maravillosos que aunque fuera grande mi cansancio con sus palabras y amor me daban animo. A mi abuelita Mena por ser como mi segunda madre y haber creído siempre en mi, y a mis demás abuelitos que desde el cielo piden por mi y me cuidan. A mis tios (as) por su amor y apoyo, a mis primos por su motivación.

A mis amigos

Por los buenos y malos momentos que vivimos, por ser como una gran familia y a los que están fuera del hospital gracias por sus ánimos y motivaciones.

A mi Centro de Formación

Hospital Roosevelt por abrirme las puertas para aprender a ser más que una profesional una persona con valores y ética.

INDICE

	Pag.
Resumen	i
I. Introducción	01 –02
II. Antecedentes	03 – 20
III. Objetivos	21
IV. Material y Métodos	22 – 27
V. Resultados	28 – 33
VI. Discusión y análisis	34 – 36
VII. Referencias	37 – 39
VIII. Anexos	40- 48

INDICE DE TABLAS

	Pag.
I. Datos demográficos de las pacientes (edad, escolaridad y ocupación)	29
II. Procedimiento anteriormente realizado	31
III. Edad y tipo de dolor de las pacientes	33
IV. Tipo de dolor que sintieron durante el procedimiento	34

INDICE DE GRAFICAS

	Pag.
I. Datos demográficos de las pacientes (edad, escolaridad y ocupación)	30
II. Procedimiento anteriormente realizado	32
III. Edad y tipo de dolor de las pacientes	33
V. Tipo de dolor que sintieron durante el procedimiento	34

RESUMEN:

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción de la usuaria durante el AMEU con el bloqueo paracervical. Evaluar por medio de la escala del dolor si la analgesia utilizada para la realización del AMEU es satisfactorio. Caracterizar el perfil epidemiológico de las pacientes

Diseño: investigación descriptiva ya que se describió el grado de satisfacción referente a la analgesia del bloqueo paracervical en la realización de AMEU en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre del 2010

Criterios de Selección: Todas las pacientes que estuvieron ingresadas en la Unidad de Legrados del departamento de Ginecologia y Obstetricia del Hospital Roosevelt con una muestra de 302 pacientes.

Resultados: de las personas encuestadas 35.25% pertenecen al grupo de edad dentro de 21 a 25 años, 58% de las encuestadas son unidas, la mayoría pertenecían al grupo de alfabetas, amas de casa y la edad gestaciones de 10 a 12 semanas. De las 240 mujeres encuestadas un 46% reporto dolor moderado y un 30% dolor severo y el otro 24% restante repartido en dolor leve y sin dolor.

Conclusiones: Este estudio pudo concluir que un 76% de la población estudiada reporto un dolor moderado a severo con la utilización del bloqueo paracervical en el AMEU

I INTRODUCCION

Actualmente, la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El tratamiento del dolor durante el aborto es un aspecto crítico en la atención de las pacientes. Durante la realización de la Aspiración manual endouterina (AMEU) el dolor se produce comúnmente durante la introducción, la aspiración y al finalizar el procedimiento provocando algunos calambres uterinos.

Un estudio realizado en nuestro país en octubre del 2006 mostro que la morbilidad asociada a los abortos y a la realización del AMEU se encuentran las hemorragias 3%, infecciones 18%, perforaciones uterinas 0.1%, anemias severas 20%. (8) Por entrevistas con pacientes se ha visto que si existe dolor tanto durante como posterior a la realización de procedimiento, es por ello que considero importante documentar que tan efectivo es el bloqueo paracervical para este procedimiento, aunque si se ha documentado en estudios que es eficaz dicho bloqueo(5), algunas veces pueden ser debido a la mala aplicación en lugares inequívocos. Estudios sobre el dolor y el aborto encontraron una serie de factores están asociados con un aumento de dolor incluyendo un menor número de embarazos, más jóvenes edad, ansiedad y depresión.(3) y es por ello que se solicitara la ayuda de un psicólogo para poder estructurar de una forma ideal las preguntas pues sabemos que el dolor también tiene un componente psicológico.

Un estudio realizado en 215 pacientes en el Hospital de Chicago, a quien se le realizó aspiración manual endouterina separándolas en dos grupos, a ambos grupos se les administro bloqueo paracervical, pero solamente a uno se le brindo apoyo psicológico junto con analgesia, mostrando una disminución en del dolor el grupo que recibió apoyo emocional que aquellas que no lo recibieron.(3) Es por ello que se considera necesario el apoyo a las pacientes a quienes se les realiza dicho procedimiento por la perdida de un embarazo esperado, y no solamente analgésicos locales, para poder implementarlo dentro del protocolo en la atención del aborto.

Este problema no es reciente, desde hace varios años se sabe de la insatisfacción de la pacientes al retirarse después de un AMEU por el dolor que el mismo les provoca, por lo que se considera que esta investigación podría ser de gran utilidad , ya que diariamente se realizan un promedio de 15 a 20 legrados diarios deseando saber qué porcentaje de pacientes quedan satisfechas o insatisfechas por la analgesia administrada, entrevistándolas de una forma rápida, clara y sencilla sobre las molestias que sintió durante el procedimiento. De esta forma ya teniendo evidencia real de la situación sobre el bloque se tratara de informar al departamento de Ginecología que no basta solamente con analgesia local y que es necesario la administración de otro tipo de medicamentos además, de brindarle un apoyo psicológico para afrontar este momento difícil. Ya que el hecho de ser un hospital nacional no significa que no nos debemos al servicio de nuestros pacientes y que si en nuestras manos está el hecho de cambiar algunas pautas que ya están establecidas, presentando posibles mejoras, sobre todo en la calidad de atención en la paciente, pues esto también ayuda a la recuperación física y mental. (7). Todo esto sea con el fin de mejorar la atención de nuestras pacientes brindarles un tratamiento oportuno y una adecuada calidad en la atención. En nuestro hospital se utiliza el bloqueo paracervical con lidocaína al 2% para la realización de AMEU; pero por múltiples quejas de pacientes sobre el dolor al momento de realizar el procedimiento; decidí que es un tema muy importante para estudiar el grado de satisfacción de las usuarias.

Por los datos encontrados en la investigación se pudo observar que el bloqueo paracervical como analgésico no esta siendo eficaz, por lo que se podría considerar necesario la pre medicación con algún tipo de sedante así como el hecho de recibir apoyo psicológico

II ANTECEDENTES

Actualmente la Aspiración Manual endouterina es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO y avalada por la Organización Mundial de la Salud. El AMEU es una técnica segura efectiva rápida con menos pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental, el AMEU en comparación a otras técnicas como el de Aspiración manual es más tolerado y se asocia a niveles más bajos de complicaciones como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que se presenta con el legrado. (8)

II.I DEFINICIONES

II.I.I Definición de aborto y su clasificación: Por aborto se entiende la pérdida del embrión o del feto antes de que éste haya llegado a un desarrollo suficiente que le permite vivir de un modo independiente. Se considera como aborto la interrupción del embarazo desde el momento de la concepción hasta la semana 20. Después de este tiempo a la expulsión del feto se le llama parto prematuro.

II.I.I.II El aborto se clasifica de la siguiente manera:

II.I.I.I.I Aborto natural o espontáneo: Es llamado así cuando se produce por causas involuntarias, suele ocurrir al tercer mes de gestación.

Las consecuencias más frecuentes de aborto natural son: anomalías genéticas o cromosómicas, golpes, caídas, accidentes de tránsito, exceso de trabajo, mala alimentación o desnutrición de la madre, enfermedades o defectos uterinos, enfermedades infecciosas maternas. Trastornos hormonales de la madre, especialmente en caso de mal funcionamiento de la glándula tiroidea. Incompatibilidad del factor Rh

II.I.I.I.II Aborto provocado o inducido: Es llamado así cuando es consecuencia del esfuerzo intencional (manipulaciones, intervención quirúrgica, uso de drogas abortivas) para poner fin al embarazo. Este se clasifica a su vez en:

II.I.I.II.II A) Aborto terapéutico: Es el aborto provocado con el fin de salvar la vida de la madre o para evitar el nacimiento de un niño o niña con defectos o malformaciones físicas o mentales muy graves e incurables, que le impedirán mantener una vida normal.

II.I.I.II.II B) Aborto clandestino o criminal: Es el aborto practicado con la intención única de eliminar un hijo o hija no deseado o deseada ya sea por razones sociales (madres solteras) o económicas (familias pobres sin recursos para cuidar adecuadamente al hijo).

II.II AMEU

Antes del procedimiento, es necesario conocer la edad gestacional de la el embarazo debe ser decidida a asegurar que el paciente es elegible para un aborto temprano. El clínico también debe determinar si el paciente tiene cualquier condición médica que se opone a que tengan un el aborto en la medicina de familia ajuste. Además, del paciente tipo de sangre Rh debe ser conocida y la dosis adecuada de inmunoglobulina habida cuenta de si es Rh negativo. Ningún otro laboratorio la prueba es habitualmente necesario. Debido a la Federación Nacional de Aborto directrices no requieren el uso de la ecografía de gestación data, 16 esto puede ser determinado por la historia del último período menstrual y el examen pélvico. Sin embargo, antes de la ecografía aborto es el estándar de la atención para la mayoría de los proveedores en los Estados Unidos. El habilidades para realizar una ecografía del embarazo hasta la fecha se aprendidas y fácilmente aplicables a otras áreas de la práctica. Alentamos a los proveedores a utilizar transabdominal sondas de ultrasonidos, siempre que sea posible porque la mayoría de embarazos de primer trimestre se puede visto con este enfoque y es menos invasiva que el enfoque transvaginal.

El primer trimestre el aborto es un procedimiento seguro y existen pocas contraindicaciones. Alguno condición que podría complicar un procedimiento aborto casi seguro que plantean un mayor riesgo con continuación del embarazo y el parto. Sin embargo, un historial médico completo se deberían adoptar para identificar las condiciones médicas crónicas o ginecológicas problemas. Es útil conocer los detalles de últimos embarazos, partos y abortos; esta historia puede afectar a la del proveedor de enfoque del cuello del útero preparación, el control del dolor, o de seguimiento. En raras

ocasiones, con pacientes médicamente complicadas, puede ser apropiado para realizar el aborto en la hospitalización del paciente establecimiento donde el personal y las instalaciones están disponibles para la gestión de las complicaciones.

II.III CONTROL DEL DOLOR

A pesar que en algunas ocasiones en abortos del primer trimestre de los procedimientos se realizan utilizando anestesia general o por sedación vía intravenosa, el 58% de los proveedores encuestados en 2001 utiliza bloqueo paracervical, con o sin ansiolíticos orales o analgésicos.¹⁷ Debido a que el malestar experimentado durante el aborto es una combinación compleja de factores físicos y psicológicos, las opciones para el control del dolor debe ser discutida con el paciente antes del procedimiento. La mayoría de proveedores de atención primaria será capaz de ofrecer antiinflamatorios no esteroideos antes de la intervención, así como ansiolíticos, analgésico o estupefacientes, y bloqueo paracervical. Se ha demostrado que los fármacos no esteroideos antiinflamatorios pueden reducir el dolor y no aumentan el sangrado. También se pueden utilizar ansiolíticos orales, pero se ha demostrado que no afectan significativamente el dolor o la ansiedad.¹⁹ El uso de estupefacientes orales no se ha estudiado.

La adecuada atención a la mujer y la conversación también puede aumentar su confort durante el procedimiento.^{20, 21} Un procedimiento de AMEU generalmente se realiza con la mujer en la posición de litotomía, colocando los pies sobre los estribos. Para realizar el bloqueo paracervical, el espéculo se coloca dentro de la vagina para visualizar el cuello del útero, que pueden ser limpiados antisépticos. Una pequeña cantidad de anestésico local se inyecta directamente en el cuello del útero en el 12 o 6 en punto de posición para permitir la aplicación de un tenáculo. El resto de la anestesia local es entonces inyecta en el tejido alrededor del cuello uterino. Solamente 22% de los proveedores encuestados en 2001 utilizó dos sitios en la técnica de inyección, (3 y 9 según las agujas del reloj) la mayoría de los proveedores de inyectar a las 4 o más sitios. Aunque el sitio exacto de las inyecciones no se ha demostrado que afectan a la eficacia, más profunda las inyecciones (la inserción de la aguja 1 1/2 pulgadas) se ha demostrado en un estudio para reducir significativamente dolor.²² Es prudente aspirar ligeramente una vez que la aguja está en la punta para evitar inyección intravascular. Para permitir el paso de la cánula en el útero, el cuello del útero debe estar

adecuadamente dilatado. El importe de dilatación necesarios se determina generalmente por la edad gestacional del embarazo. Hay alguna variación, pero aproximadamente la mitad de los proveedores que utilizan una cánula en milímetros de diámetro igual a la edad gestacional en semanas.¹⁷ Por ejemplo, uno de 8 semanas embarazo sería una aspiración a través de una cánula de 8mm. Otros proveedores se dilatan a 1 o 2 milímetros de más, y una minoría que se dilatan un poco mas.¹⁷ La dilatación mecánica Para el primer trimestre del aborto, suele ser la dilatación del cuello uterino logrado gracias a una serie de dilatadores rígidos, cada uno dilatador ser ligeramente más grande que la anterior.

II.III.I Maduración cervical

Preparación del cuello uterino varias horas antes de mecánica se hace referencia a la dilatación del cuello del útero como el cebado y se realiza con la medicación y / o dilatadores osmótica. Cebado puede proporcionar la dilatación adecuada y evitar el uso de dilatadores mecánicos, o que el proceso de la dilatación mecánica más fácil. Osmótica dilatadores son cortas, barras absorbentes de agua en la cervical canal varias horas antes del procedimiento. Ellos trabajan lentamente para dilatar la ampliación del canal radial con la fuerza, o por medio de un bioquímico de ablandamiento del cuello del útero. Sólo el 2% de los proveedores utilizan dilatadores osmótica habitualmente para el primer trimestre de procedimiento aborto antes de las 12 semanas gestation.¹⁷ Un grave inconveniente es la necesidad de un nuevo procedimiento para colocar el dilatadores al menos 2 a 4 horas antes de la aspiración, y un lugar para la mujer que esperar mientras se produce el cebado. El misoprostol se puede utilizar como un tratamiento farmacológico agente para el cebado de cuello uterino. El misoprostol es un poco costosa, temperatura estable de prostaglandinas analógico originalmente aprobado para protección gástrica, pero ahora comúnmente utilizados para la maduración cervical en la inducción del trabajo. Administrados por vía vaginal, oral o sublingual 2 a 4 horas antes del procedimiento, el misoprostol Se ha demostrado que dilatan el cuello del útero, la facilidad dilatación mecánica, reducir la fuerza necesaria para dilatación, reducir el tiempo de procedimiento, y reducir el estimado sangre .²³ Sin embargo, ninguno de estos resultados es probable que sean clínicamente significativas en la primer trimestre. Además, el misoprostol puede causar calambres, sangrado, o paso de la gestación antes del procedimiento, y en espera de medicina familiar

habitaciones pueden no ser capaces de acomodar la mujer experimentan estos síntomas.

II.III.IIAspiración

Una vez que la dilatación del cuello uterino es adecuada, el adecuado cánula se pasa a través de la cérvix de modo que el Denniston dilatadores de tamaño cada vez mayor (de arriba a la parte inferior). La AMEU es la jeringa cebado por replegarse sobre el émbolo para crear una vacío y, a continuación, adjunta a la cánula. El válvula de succión y curetaje en libertad puede comenzar. La cánula se gira suavemente y se mudó de nuevo y sucesivamente, hasta que la buena sensación de la decidua endometrio se sustituye por una sensación arenosa. Esto indica que la aspiración es completa, y la cánula, tenaculo, espéculo y se puede quitar. El volumen de los productos de la concepción aumenta con la edad gestacional, para que después del primer trimestre procedimientos pueden requerir la jeringa de AMEU se desprende, el contenido vaciado en un contenedor, y la aspiración repetidas. De conformidad con el sin contacto técnica descrita anteriormente, si la cánula se extrae debe ser manejado por la base (donde que atribuye a la jeringa), ya que la punta no debe unsterile toque nada hasta que el procedimiento es completa. Inspección de la Aspirar Tras el procedimiento, la aspiración debe ser enjuagado a través de un tamiz con agua fría y en suspensión en un gran plato de vidrio para facilitar la inspección. La gestación saco deben ser identificados, y después de 9 semanas fetal partes también pueden ser vistos (extremidades, calvarium, y columna). Un plato de fondo debajo de la ayuda. Después de 10 semanas de gestación, todas las partes del feto deben ser identificados. Si existe la preocupación de que el procedimiento no puede ser completa, una ecografía se debe realizar y el útero, tal como se indica reaspiración. Una vez que el proveedor está segura de que el procedimiento está completo, el paciente debe tener su signos vitales, sangrado vaginal, dolor y nivel de re-evaluado. Mayoría las mujeres son estables y capaces de vestirse dentro de los 5 minutos si no han recibido la anestesia general o sedación consciente. Anticonceptivos debe comenzó el mismo día. Los dispositivos intrauterinos pueden ser colocado inmediatamente después del aborto, antes de la espéculo se retira. Complicaciones El menor de complicaciones en una gran revisión de 170.000 abortos practicados en el procedimiento Planificación de la Familia clinics²⁴ incluido infección leve (incidencia, el 0,46%); la necesidad de volver a la aspiración (incidencia, 0,18%) y rotura de cuello uterino (la incidencia, 0,01%). La incidencia global de estas

complicaciones Se informó de que 0,846%. Complicaciones que requieren hospitalización se muy raro, pero se ha incluido aborto incompleto (incidencia, 0,028%), sepsias (incidencia, 0,021%); uterino perforación (incidencia, 0,009%) y sangrado vaginal (incidencia, 0,007%). La incidencia global de estas complicaciones fue 0,071%. En esta revisión de los procedimientos se realizaron utilizando una máquina eléctrica de vacío y se incluirán pacientes con embarazos de hasta 14 semanas de gestación edad. Un reciente meta-análisis examinó el las tasas de complicaciones de EVA versus MVA para el primer trimestre procedimiento del aborto y llegó a la conclusión de que AMEU puede ser ligeramente safer.²⁵ Además, la complicación las tasas se incrementan con la inclusión de pacientes con embarazos de 12 a 14 semanas de gestación. Para ejemplo, todos los 12 casos de sangrado vaginal postaborto que requieren hospitalización se produjo en este gestacional rango de edad. Una revisión de 1769 MVA abortos de embarazos hasta 10 semanas de gestación realizado en una familia medicina clínica informó de perforación uterina (incidencia, 0,05%), infección pélvica (incidencia, 0,7%); y los productos retenidos de la concepción (incidencia, 0,5%) como la única complicaciones. Ninguno de estos casos requiere hospitalización. Perforación uterina puede ser alarmante para algunos proveedores y los protocolos clínicos, deberían existir para su detección y la gestión (como los producido por el Consejo Nacional de Aborto Federation¹⁶). Sin embargo, en general, la perforación en el primer trimestre resuelve espontáneamente y no tiene secuelas. El riesgo de muerte de un primer trimestre quirúrgica el aborto es menos de 1 en 100.000-mucho menos que el riesgo asociado a un embarazo resultante en un nacido vivo, que varía de 9,8 en 100.000 para la población total al 22,3 por 100.000 Aspirado insuficiente, los productos retenidos de la concepción, endometritis, sangrado fuerte y representan la mayoría de los problemas encontrados en el primer trimestre procedimiento del aborto. Aspirar insuficiente Cuando la aspiración del tejido no parece coherente con la edad gestacional, debe ser una prueba de ultrasonido realizó para determinar si existe una persiscarpa saco gestacional en el útero. Si hay, volver a la aspiración se debe realizar. Un proveedor puede decide hacer esto con simultánea o inmediata postprocedure de imágenes de ultrasonidos para asegurarse de que el procedimiento se completa después de la re-aspiración. Si obtenidos durante el tejido re-aspiración sigue siendo insuficiente, el proveedor puede decidir seguir suero beta cuantitativa gonadotropina coriónica humana niveles, que debe caer en los siguientes 48 horas si el procedimiento se ha completado.

II.IV BLOQUEO PARACERVICAL

Esta técnica también sirve para aliviar el dolor de las contracciones uterinas durante el periodo de dilatación, pero dado que los nervios pudendos no están bloqueados, se precisa anestesia adicional para el parto. Mediante la inyección de un anestésico local en el tejido paracervical se bloquea el plexo pélvico con sus comunicaciones con el nervio presacro y el plexo sacro, eliminándose así el dolor de distensión de la porción cervical del útero, y la mayor parte del dolor provocado por las contracciones. Se debe practicar cuando la dilatación cervical es de 4-6 cm.

II.IV.I Técnica

La diferencia técnica entre el bloqueo paracervical y el uterosacro radica únicamente en los puntos donde se punciona la bóveda vaginal. Para el bloqueo paracervical se punciona a las 3 y a las 9 horarias, mientras que en el bloqueo uterosacro se hace a las 4 y las 8 horarias. De hecho en la literatura se confunden con frecuencia estas dos técnicas.

La punta de la aguja debe penetrar en el tejido laxo, unos 10 ó 15 mm. Las agujas empleadas son las mismas que se usan en el bloqueo de pudendos. Deben tener cánula-guía para evitar una penetración excesiva de la aguja en el tejido vaginal. Siempre se debe aspirar antes de inyectar el anestésico, unos 10-12 ml de solución de lidocaína al 1%, cuya duración de acción se sitúa entre 45 y 60 minutos. Si se emplea mepivacaína en solución del 1 ó 2%, la duración es de 60-90 minutos.

El anestésico debe administrarse sin adrenalina, ya que los vasoconstrictores pueden actuar también sobre los vasos uterinos y alterar la irrigación sanguínea del útero. Con el fin de prolongar la acción del bloqueo paracervical, se recomienda introducir en el tejido paracervical un catéter de material sintético, que se fijará en el exterior a través del tejido vaginal.

II.IV.II Indicaciones

- Cuando la dosis de anestésico debe mantenerse baja.
- Como complemento de analgésicos o tranquilizantes.
- Como complemento del bloqueo de pudendos.

II.IV.III Complicaciones

- En el 20% de los casos puede presentarse una disminución de la actividad uterina.
- En un 1-4% según Käser², y en un 60-70% según Williams⁴, puede registrarse bradicardia fetal transitoria, quizá por vasoconstricción de la arteria uterina por hipertonia, tal vez como consecuencia del paso transplacentario del anestésico o de sus metabolitos. En consecuencia, cuando exista riesgo de complicación de la frecuencia cardiaca fetal no debe emplearse esta técnica.

II.V.SEGUIMIENTO

Siempre las mujeres son educadas acerca de relativa síntomas, la tradicional de 2 semanas de seguimiento puede no ser necesario ya que no ayudar a detectar complications.¹¹ Contracepción debe iniciarse el día del procedimiento. Sin embargo, es razonable ofrecer a los pacientes un seguimiento defunciones para proporcionar más asesoramiento, la atención preventiva, y responder a preguntas acerca de su método anticonceptivo elegido. Médicos de atención primaria están en una posición ideal para utilizar esta reunión para abordar la salud del paciente de manera integral y más proporcionar más apoyo emocional. Teléfono seguimiento hasta puede ser una alternativa razonable. Limitaciones de Médicos de Familia Hay posibles obstáculos a la prestación de servicios de aborto en una oficina de atención primaria. Un resumen presentado en la reunión de la Asociación Profesionales de la Salud Reproductiva de los identificados siguientes ejemplos: la obtención de la cobertura de mala praxis; reembolso de los servicios, las preocupaciones del personal; la compra de equipos y medicamentos, y la sensación entre los recién licenciados que sus habilidades no eran suficientes para permitir a la práctica en un donde ellos eran los únicos capacitados provider. El apoyo de proveedores de aborto con experiencia en la familia la medicina, así como la obstetricia y ginecología y otras especialidades, también es importante.

II.VI.DISCUSIÓN

bloque paracervical para el primer trimestre el aborto es seguro y eficaz. Hay varios informes publicados de la AMEU aborto está incorporado con éxito en establecerse prácticas de atención primaria y de medicina familiar programas de formación de residencia. La incorporación de MVA aborto atención en centros de atención primaria ofrece la mejora de la continuidad de la atención y favorece la objetivos de futuro de la Medicina de Familia del proyecto, que se esfuerza por crear un

hogar donde un médico "Canasta de servicios" se ofrece a los pacientes. Como el autores de este documento, estado, "nuevo modelo de prácticas tratar de satisfacer las necesidades de la comunidad y del paciente para la atención integral a los pacientes por lo que quieren y necesitan cuando quieren y lo necesitan por previsión de las necesidades de los pacientes y el diseño de servicios a satisfacer esas necesidades. Habida cuenta de que el aborto es uno de los más comúnmente servicios solicitados en la medicina, nuevo modelo los médicos de familia deben cumplir con sus las necesidades de los pacientes mediante la integración de principios de aborto en la atención habitual.

Para la realización del AMEU es necesario administrar anestésico local que en este caso esta comprobado que se puede utilizar bloqueo paracervical con lidocaína(9,5), siempre y cuando se administre correctamente y en lugares adecuados, administrándolas según las agujas del reloj a las 6 y 9 o 5 y 8 paracervical.

La percepción del dolor es compleja y abarca componentes físicos psicológicos y sociales. El dolor no solo implica la transmisión de la señal doloroso a de la periferia hacia el cerebro si no también a los estímulos emocionales y de motivación según se encuentre la persona. Las fibras simpáticas de s2 y s4 inervan el cuello uterino y el segmento lateral inferior del mismo a través de los ganglios del útero. (10) los nervios simpáticos van de T10 y L1 a través del nervio hipogástrico interior que inervan el fondo uterino. Estas fibras entran en el útero junto con los ligamentos y los ovarios.

II.VII ESCALAS DEL DOLOR

Para lograr comprender el dolor en el aborto se ha utilizado un número de parámetros clínicos para evaluar la percepción del dolor y la satisfacción con la experiencia. 11 comúnmente se utilizan escalas de dolor que son instrumentos de medición que incluyen escala de 5 puntos, 10 o 20 puntos continuos con línea verbal o visual. 4,12. Cinco escalas de evaluación del dolor se incluyeron en un estudio: escala análoga visual EVA, escala numérica NRS, escala verbal VDS, numérico verbal VNS, y escala facial FPS. Todas las escalas, selección podría ser fácilmente disponibles en cualquier institución. La VDS se incluyó en la escala que usa las palabras, esta escala es fácil de utilizar y no es complicada, Aunque existen otras escales verbales tales como el Inventario de Dolor de McGill actual, pero la escala verbal es mas practica y se puede utilizar con cualquier tipo de persona aunque tengan limitaciones del vocabulario. VDS

fue numéricamente la escala de los efectos de la comparación de 0-6 después de los temas marcados frase que mejor representa su actual dolor. El VNS, con el que los sujetos se les pidió que verbalmente describieran la intensidad del dolor de 0-10 con 0 en representación de "no hay dolor" y 10 en representación de "el más intenso dolor imaginable", se incluyó debido a su facilidad de uso por las personas con alteración psicomotor o visual y es la única opción que requiere la medición una respuesta verbal. Esta opción ha demostrado comparación von los formatos escritos y se concluyo su uso común en la práctica clínica. (4)

También se puede utilizar la escala facial infantil con ilustraciones de falta de lagrimas la ausencia de un rostro sonriente que podría introducir otras emociones que el dolor (como la felicidad, placer), y la inclusión de la mayoría de las unidades de actuación identificados dolor en la forma facial.¹³ para facilitar la comparación entre las escalas de: (1) todas las escalas utilizados en el estudio se amplió a 14 puntos, negrita y impreso en papel brillo de color para acomodar los cambios en la visión la mayoría de las veces se producen en el adulto mayor, y (2) criterios de valoración de las 5 escalas son las mismas, sobre la base de las sugerencias de los anteriores escala numérica verbal: Consiste en interrogar al paciente sobre su dolor diciéndole que si 0 es no tener nada de dolor y 10 un dolor insoportable, nos dé un número con el que él relacione su dolor.

II.VII.I Escala de graduación numérica:

En esta los números aparecen encasillados y el paciente lo que tiene que hacer es una X en la casilla que contenga el número con el que relaciones su dolor.

II.VII.II Escala de dolor visual

Es una línea de 10 cm. con un extremo marcado con "no dolor" y otro extremo que indica "el peor dolor imaginable". El paciente coloca el cursor al nivel que él cree ésta su dolor .La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros.¹² Para juzgar las diversas escalas de intensidad del dolor, 4 grandes criterios se utilizaron:

II.VII.III El incumplimiento escala.

Escala fracaso se define como cualquier situación que dio lugar a el tema o no responder a la escala (es decir, la falta de un valor) o de cualquier

respuesta que no puede ser codificada a un único puntuación. Así, si un sujeto marcado más de un número, o bien, para ejemplo, en el EVA, marcó la hoja de una manera que no podía ser interpretado (como la colocación de un círculo o marca de verificación), la respuesta sería clasificado como un fracaso. Se compararon las tasas de fracaso a través de escalas y niveles de estímulo y evaluados en relación seleccione el tema a personal de salud y demografía. Desde que personales del sujeto y de la salud se dispone de datos demográficos previos a la determinación de estado de error, se utilizaron los riesgos relativos a evaluar la escala y la falta de regresión logística fue utilizada para predecir el fracaso de varios predictores.

II.VII.II.II Coherencia interna.

La consistencia interna de la selección de medidas en el dolor temperatura de cada punto se evaluó usando Pesaron y Correlación de Spearman y el uso de Cronbach interior consistencia fiabilidad índice.

II.VII.II.III Validez escala.

Validez de constructo. Análisis factorial de componentes principales se utilizado para evaluar la escala de las contribuciones individuales a un subyacente construir dolor.

Sensibilidad. Cada escala se examinó la sensibilidad en la detección de cambios en el estímulo del dolor. Todas las escalas se convirtieron en una escala de 0-100 para permitir la comparación, y la media de dolor informes para cada escala en todas las temperaturas se examinó 7.

II.VII.II.IV Escala de Preferencia tema.

Escala fue determinada por la preferencia que muestran los sujetos las 5 escalas de dolor y pidiendo la identificación de la escala que ayudó a describir mejor la gravedad del dolor experimentado. Diferencias preferencia en relación con el tema seleccionado demografía y la función cognitiva se evaluó usando ANOVA técnicas. Tasa de las mujeres su dolor verbalmente por la selección de un número, que marca un caja de papel o un sorprendente nivel de una línea. Planificación para las mujeres con aborto anestesia, con o sin fentanilo informó de una media aceptable nivel de dolor para el procedimiento de 5 de 10,2

La duración del AMEU puesto que es un procedimiento sencillo pero no deja de ser importante debe de hacerse con tiempo prudencial (13) deben tomarse medidas para reducir la cantidad de tiempo necesario para llevar a cabo la mayoría de dolorosas partes del aborto, tales como aspiración después de la involución uterina, mientras que el establecimiento y mantenimiento de los analgésicos efecto de los medicamentos elegido. Teniendo el tiempo para garantizar un nivel aceptable de sedación y un bloqueo cervical adecuado.(15)Un estudio reveló que la diferencia en el dolor es mucho menos cuando se utiliza el fentanyl.(6) Existe gran Controversia en la utilización sola del bloqueo paracervical que hay algunos estudios en donde lo recomiendan(18) otros estudios en donde mencionan que no es recomendable utilizar solamente el bloqueo pues siempre hay cierto grado de dolor en las pacientes (17) otros recomiendan el uso del bloqueo asociado a una infusión intracervical de lidocaína asegurando que las pacientes no presentaran ninguna molestia(18) y un solo estudio en donde muestra que el uso de anestésico tópico puede ayudar (19)

La elección de la anestesia depende de la establecimiento, los recursos disponibles, los pacientes y la evaluación del riesgo del paciente. Independientemente del método utilizado, el objetivo es proporcionar comodidad y la relajación suficiente para la satisfacción del paciente y seguro de la realización del aborto. Dependiendo de la configuración de los abortos, tanto por vía intravenosa y sedación moderada anxiolisis oral y la anestesia se utilizada para el primer trimestre abortos. Una encuesta de 2002 de las instalaciones NAF miembro examinó las preferencias de anestésicos en el aborto del primer trimestre las preferencias para cada clínica de la determinación de el método utilizado por el 40% a 100% de los procedimientos. De las clínicas que expresaron una preferencia, un 46% el uso local en el cuello uterino con o sin anestesia oral como premedicación, el 33% combina anestesia local intravenosa con moderada sedación, y el 21% bloqueo general o sedación profunda.14 Un estudio en el cual se le permitía a la paciente elegir entre los 2 extremos general y anestesia local, el 60% eligió general y el 40% eligió locales. En la General anestesia los pacientes informo de que tengan no hay dolor (95%) o ansiedad (38%) fueron las mejores características, mientras que la anestesia local gustado ser pacientes ambulatorios (26%), evitando los efectos secundarios (26%), y el sentimiento despierto (21%) .16 Otra comparación de la anestesia local, sedación moderada y anestesia general encontró alta (95%) satisfacción en todos los grupos. A pesar de que la grupo que había recibido anestesia

local las pacientes presentaron un poco más de dolor, En este grupo se recomienda el método de la anestesia a una amiga.¹⁶ Otro estudio que permitió a las mujeres a elegir entre anestesia local o anestesia local más sublingual lorazepam (1 mg), baja la dosis de sedación intravenosa o moderatedose encontró que la sedación intravenosa las mujeres que eligieron la anestesia local por sí solo tuvo el porcentaje más bajo de la insatisfactoria el control del dolor (5,8%) y los que lorazepam había elegido el porcentaje más alto (24,3%) .⁴ Las mujeres que recibieron el lorazepam probablemente esperaban que recibir la medicación se ha recibido aún la relajación demasiado poco para hacer una diferencia. Sedación intravenosa puede proporcionar un mayor nivel de sedación y anestesia que la que puede ser proporcionada en forma oral. Varios estudios aleatorios sugieren que proporcionando además sedación moderada cervical en bloque de los resultados de un 1-punto de reducción en las puntuaciones de dolor en comparación con o sin anestesia local medicamentos por vía oral y puede resultar en una mejora de satisfacción con dolor control.^{2, 17} El nivel de reducción del dolor pueden no ser clínicamente significativo, pero tomó nota de estudio 1 una mucho mayor satisfacción cuando fentanilo se añadió al del bloqueo paracervical ¹⁸ La mayoría de reciente encontró un ensayo aleatorio de 2 puntos reducción en las puntuaciones de dolor moderado con la dosis de sedación intravenosa en comparación con oxicodona oral y sublingual lorazepam.¹ Anestesia local Paracervical anestesia puede reducir el dolor de cuello uterino a partir de la manipulación y dilatación y probablemente algunas el alivio del dolor y de legrado uterino postprocedure calambres. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que se someten a aborto con anestesia local, al menos, algunos se sienten con dolor la mayoría aspiración de abortos en los Estados Unidos y Canadá se realizan usando combinada con la anestesia por vía oral o intravenosa medicamentos. Método que aún no se practica en Guatemala, estudios han revelado que las pacientes prefieren en algunos casos analgesia local pues este tipo de procedimiento en países desarrollados se realizan en las clínicas ante un personal especializado y capacitado y de una forma ambulatoria, por lo que prefieren anestesia local para no haber necesidad de hospitalización y de esta manera también reducen costos.^(14,20)

II.VIII Elección de anestésico

Hay cuatro factores que influyen en la elección de los entes locales anestésico: la seguridad, la eficacia, efectos secundarios, y el costo. Anestesia local no ha demostrado ser más eficaz que otros(9,18) Existen dos clases de anestésicos locales, amidas y ésteres. Amidas han sustituido la mayoría de los ésteres atención en el aborto quirúrgico debido a su la estabilidad y la menor probabilidad de causar una reacción alérgica, lidocaína (1%) es la más común, porque la elección de la anestesia es barato y puede ser amortiguada menos dolorosa, Bupivacaine (0,25%) es más largo que actúan con una duración de acción de unos 2 a 3 horas en lugar de el 1 a 1 ½ horas con lidocaína.(21) Bupivacaine es marcadamente cardiotóxicas a dosis generalmente superior a la administrada para aborto. Relativamente baja en las concentraciones séricas de lidocaína, los pacientes a menudo se quejan de mareos transitorios, tinnitus, hormigueo, y una sabor metalico en la boca. Estos efectos secundarios ocurren en los niveles superiores de bupivacaine, Más altos niveles plasmáticos de lidocaína conducir progresivamente a disturbios visuales, temblores musculares, pérdida de conocimiento y convulsiones.21 Otros incluyen uterotónicos, los estupefacientes, y atropina. Un estudio encontró que lidocaína con bicarbonato de sodio (10:1 ratio) reduce el dolor con el de añadir 2 de 5U vasopresina al bloque del cuello del útero como lo ha Se ha demostrado que disminuyen la pérdida de sangre con aborto en el segundo trimestre, ablandar el cuello del útero en las mujeres y, posiblemente, nonpregnant disminuir la necesidad de reaspiración para postabortal sangrado y un cramping.5 minoría de los proveedores de añadir a la atropina la solución anestésica para evitar vasovagal reacciones, aunque no hay evidencia apoya esta práctica. Los preparativos, que incluyen vasopresina o bicarbonato no son estables y no deben ser almacenados cuando se mezclan. NAF defiende con 20 ml de la mezcla descrito por Glick: 5 ml de lidocaína se retira de una botella de 50 ml (1% o 0,5%); de 4 a 10U de la vasopresina (0,2 a 0,5 mL) y 5 ml de bicarbonato de sodio (8,4%) se añadirán a la lidocaine.21 volúmenes de anestesia local en el bloque de cuello uterino se han demostrado mejorar el dolor .4 proveedores y los estudios más utilizan de 10 a 20 ml de lidocaína al 1%. 14 El fabricante de insertar lidocaína recomienda una dosis máxima total de para un adulto de 300 mg y recomienda Máxima dosis de 200 mg (20 ml de lidocaína al 1%) específicamente para cervical en bloque el embarazo. La dosis máxima de 1% lidocaína aconsejado es de 4,5 mg / kg o 7 mg / kg que contiene lidocaína para epinephrine.20

Esta dosis máxima de lidocaína al 1% sin epinefrina o vasopresina se traduce a 220 mg/22 ml, para una de 50 kg (110 lb) pacientes, 300 mg/30mL de 68 kg (150 lb) paciente; y 400mg/40mL de 90 kg (200 libras) de pacientes (más allá del importe total que se recomienda máxima dosis de adulto). Con esta comprensión, algunos proveedores utilizan más que la máxima recomendada de 20 ml de lidocaína al 1% del cuello uterino para bloquear, especialmente cuando se añade a la vasopresina solución. Una encuesta de proveedores de aborto sugiere una tendencia de 1996 a 2002 con respecto a utilizando 200 mg de lidocaína y no menos medication.¹⁴ Uso de lidocaína al 0,5% permite el doble de volumen de anestésico antes de llegar a la recomendada máximo de 200 mg y la adición de un vasoconstrictor tales como la vasopresina disminuye y permite la absorción de dosis más altas si necesario. Un estudio sugiere que cervical bloque con solución salina es tan eficaz como anestésico local. Otros no han confirmado este y que han observado una disminución significativa con anestesia en comparación con solución salina, especialmente en relación con el dolor durante el legrado. ⁵ Sin embargo, es posible que el tejido distensión contribuye al efecto anestésico. Los efectos beneficiosos de mayores volúmenes de anestesia pueden surgir distensión de los tejidos, distribución en un área más grande de receptores finales del nervio y / o más drogas exposición de los principales nervios. Técnicas de inyección Zona del cuello del útero puede llegar a las inyecciones fibras parasimpáticos que innervate la inferior del útero y cuello uterino, así como la fibras simpáticas que entran a través del útero ligamentos y innervate parte de el fondo uterino. Cervical inyecciones menos probabilidades de llegar a los nervios que entran a través de los ligamentos a uteroovarian www.clinicalobgyn.com Aborto Dolor 165 innervate el fondo uterino. Ninguno de los técnicas de anestesia cervical claramente se destaca como superior. América del Norte proveedores de mostrar preferencia por una modesta paracervical inyección a las 4 o más sites.¹⁴ Tanto más profunda y un mayor volumen de inyección son beneficiosa.^{4, 5} causas más lenta de inyección menos con el dolor de cuello uterino anesthesia.²¹ Después de la inyección de 2 a 3 ml en el tenaculum sitio, algunos proveedores se inyectan directamente en el los nervios (por ejemplo, 3, 6, y 9 en punto), mientras que otros se inyectan entre estos sitios (por ejemplo, 10, 2, 5 y 7 de la mañana o 5 y 7 horas) la esperanza de reducir la posibilidad de intravascular Inyección. En cualquier lugar, es importante retirar antes de inyectar a asegurar contra inyecciones intravasculares. Inyecciones en el cuello del útero vaginal cruce puede causar más dolor de la vagina receptores de los nervios, que son más sensibles para detectar la

estimulación. Inyección en la baja resistencia paracervical tejidos puede también permitir que el medicamento para difundir fuera de los nervios. Inyecciones en el cuello del útero a menudo estroma encuentro con la resistencia a la inyección. Si un mujer de experiencias con el dolor o la dilatación cánula de cuello uterino después de la inserción de bloque, adicionales a través de la anestesia cervical ostium más a menudo impide que el pain.²⁰ autor considera que la inyección en el estoma cerca del ostium interior del cuello del útero a través de el de cuello uterino también es eficaz. Aunque el inicio de la acción de la lidocaína es de 3 a 5 minutos, los estudios se mezclan respecto a si espera después de la administración añade beneficio. Aunque se encontró que esperar menos de 2 minutos es un predictor significativo de un aumento de dolor, 15 otros no han encontrado un beneficio significativo cuando múltiples, profundas inyecciones used.⁵ Las mujeres que se quejan de dolor con el paso de dilatadores del cuello del útero o una cánula a menudo nota disminuyó el dolor con el mismo estímulo después de unos minutos. No está claro que esto se traduce en una disminución global en el dolor del procedimiento. En resumen, la autora propone a 30 a 35 ml de lidocaína al 0,5% tamponada con 3 a 5 unidades como la vasopresina con una dosis inicial lenta y profundamente, tanto las inyecciones que llegan a la nervios en el interior del cuello del útero y ostium ligamentos útero-sacro. Espere un minuto o 2 antes de la dilatación o cánula de inserción y a continuación, utilice la solución si anestésico adicional el paciente siente dolor cervical dilatación o cánula de inserción. Intrauterino

II.VIII.I ANESTESIA LOCAL

La aplicación local de anestésico en cervix es suele ser muy eficaz en el bloqueo del dolor la dilatación y el paso de la cánula de aspiración, pero no puede bloquear el dolor de forma fiable fondo de estimulación o el dolor de útero contracción después del procedimiento. Edelman et al proyecto de inyección intrauterina a llegar a estos nervios y reduce el dolor cervical en comparación con la inyección por sí solo. Tomó nota de un estudio inicial no detectables mejoría en el dolor con intrauterino infusión de lidocaína al 1%.

Un estudio posterior de 5ml del 4% de lidocaína infundido en el útero, además de cuello uterino bloque observó una reducción significativa en el dolor percepción en comparación con el bloque de cuello uterino alone.⁵ Como el grupo de intervención recibieron 3 veces la dosis total de lidocaína, es difícil determinar si la dosis más alta o

otro lugar es más eficaz. La práctica de la instilación de intrauterino lidocaína sigue en investigación, como más eficacia y seguridad de datos son necesarios. Medicamentos orales Vigilancia, seguridad y las necesidades de personal a veces hacer que la sedación intravenosa demasiado costoso o difícil en una oficina. Como alternativa, antiinflamatorio no esteroidal (AINE), oral o benzodiazepinas sublingual u oral estupefacientes se combinan con locales anestésico.

II.VIII.II.AINE

En una encuesta de instalaciones NAF, el 85% informó ofrece ibuprofeno preoperatoriamente En los estudios de abortions.¹⁴, preoperatorios naproxeno sódico condujo a la disminución del dolor en comparación con el placebo e ibuprofeno resultó superior al tramadol en la reducción de El ibuprofenohapain.²⁰ postoperatorio relativamente mínimo efectos sobre la agregación plaquetaria. Especialmente en primer trimestre procedimientos pesados cuando el sangrado es raro, ibuprofeno y otros AINES es poco probable planteando el riesgo de hemorragia adicional.

II.VIII.III BENZODIAZEPINAS ESTUPEFACIENTES

A pesar de una baja dosis de benzodiazepinas (lorazepam 1 mg) no parece ayudar a dolor en las mujeres que desean para la medicación relajación, 4,22 lo hace disminuir la periprocedure anxiety.²² Las dosis más altas de anticonceptivos orales sublingual o benzodiazepinas (por ejemplo, 1 a 3mg de lorazepam informó sobre la base de la tolerancia, el peso y la preferencia del paciente) se utilizan en la práctica clínica para la configuración de la oficina el aborto, pero no han sido evaluadas en ensayos clínicos controlados. El lorazepam es a veces administrado sublingual evitar el retraso en el vaciamiento del estómago que puede ocurrir en el establecimiento de ansiedad. Inicio de acción puede ser ligeramente más rápido que con la administración oral, pero también demuestra efecto pico en aproximadamente una hora. Mujer que han usado y son cómodos con los preparados orales estupefacientes como oxicodona / acetaminofeno, o que son especialmente preocupado por el dolor, pueden beneficiarse desde la preparación de esos medicamentos. No estudio ha comparado con los estupefacientes oral otros medicamentos por vía oral o placebo. La sedación intravenosa y Anestesia general Sedación intravenosa y anestesia general son particularmente apropiadas en aborto por la complejidad de los procedimientos de

atención o problemas médicos que requieren una estrecha seguimiento durante el aborto.

En algunos países desarrollados ya no esta como protocolo solo la utilización de lidocaína en bloqueo paracervical si no que agregan ya sea una sedación o un anestésico intravenoso, pues en el momento de hacer la succión con el vacío provoca mucho dolor. Esto se debió a raíz de diversos estudios que comprovaran la eficacia y sobre todo para brindarle una mejor calidad de servicio a las pacientes. En ciertos países desarrollados especialmente Europa y Estados Unidos velan por la calidad de los servicios que se les ofrece a las pacientes (22,23) puesto que es una obligación por parte del médico y de la institución en donde se labora brindar una atención adecuada, y para observar que se que si se esta brindando servicio con calidad y eficacia existen algunos parámetros dentro de cada institución que se evalúan cada cierto tiempo y velar de esta forma que el trato hacia los pacientes sea el mas digno y adecuado. (14,25)

III OBJETIVOS

III.I GENERAL

III.I.I Determinar el grado de satisfacción de la usuaria durante el AMEU con el bloqueo paracervical.

III.II ESPECIFICOS

III.II.I Evaluar la eficacia del bloqueo paracervical por medio de la escala del dolor si la analgesia utilizada para la realización del AMEU es satisfactorio.

III.II.II Caracterizar el perfil epidemiológico de las pacientes.

IV MATERIAL Y METODOS

IV.I Tipo de Estudio

Tipo descriptivo ya que se describió el grado de satisfacción referente a la analgesia del bloqueo paracervical en la realización de AMEU en el departamento de Ginecología Y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre del 2010

IV.II Población

Todas las pacientes ingresadas en la Unidad de Legrados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt de Enero a Octubre del 2010

IV.III Sujeto de Estudio

Pacientes con aborto menor de 12 semanas de gestación a quienes se realizó AMEU.

IV.IV Cálculo de la Muestra

$$n = \frac{N p(1-p)}{(N-1)\left(\frac{LE^2}{4}\right) + p(1-p)} \quad n = \frac{312}{1.030} = 302$$

IV.V Criterios de Inclusión

1. Toda paciente que se le realizo AMEU,
2. Aborto antes de las 12 semanas,
3. Pacientes que al examen físico tenían los orificios cervicales abiertos o entreabiertos,
4. Pacientes que estaban hemodinámicamente estables
5. Pacientes que no presentaban otra morbilidad

IV.VI Criterios de Exclusión

1. Pacientes con aborto séptico.
2. Pacientes manipuladas por comadronas o abortos provocados.
3. Pacientes con abortos frustrados.
4. Pacientes con barrera lingüística.
5. Pacientes a quienes se les realizo AMEU con anestesia general.

IV.VII Cuadro de Operacionalización de Variables

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad de Medición	de
Satisfacción	Sentimiento de placer y contento, por haber dado cumplimiento a una necesidad o gusto;	Escala del dolor Numerica 0-2 no dolor 3-5 leve 6-8 moderado 9-10 severo	Cualitativa	Nominal	Según escala de dolor 0-2 satisfecha 3-5 parcialmente satisfecha 6-10 insatisfecha	
Bloqueo paracervical	Administración de un anestésico local en el tejido paracervical se bloquea el plexo pélvico con sus comunicaciones con el nervio presacro y el plexo sacro, eliminándose así el dolor de distensión de la porción cervical del útero	Evaluada por medio de la escala del dolor Excelente 0-4 Moderado 5-7 Deficiente 8-10	Cuantitativa	Nominal	Cantidad	
Aborto	Interrupción del embarazo antes de	Número de abortos que	Cuantitativa	Nominal	Tipo	

	las 20 semanas	se ha tenido	Cuantitativa	Intervalo	Años
Perfil Materno de la paciente	<p>EDAD: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo</p> <p>ESTADO CIVIL</p> <p>Situación jurídica de una persona que puede ser casada o soltera</p> <p>OCUPACIÓN</p> <p>Es la acción de ocuparse, un trabajo, empleo, oficio, cargo</p> <p>NIVEL EDUCATIVO:</p> <p>Título que fija los conocimientos, habilidades y destrezas, en una escala que indica la amplitud y profundidad de los mismos</p>	<p>15 a 49 años</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Empleado o Desempleado</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Básicos</p> <p>Diversificado</p> <p>Universitario</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Intervalo</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p>	<p>Años</p> <p>Tipo de estado</p> <p>Tipo de empleo</p> <p>Nivel</p>

Perfil	PARIDAD	Nulípara: mujer que ha tenido solamente un parto Multípara: mujer que ha tenido mas de un 2 partos	Cualitativa	Razón	Tipo
obstétrico de la paciente	Número de partos que reporta la paciente				
	GESTAS Numero de embarazos reportado por la paciente independientemente de su finalización	Número de Gestas, obtenidos en registros médicos	Cuantitativa	Razón	Número
	EDAD GESTACIONAL Es la edad del embarazo calculadas en semanas a partir del primer día de la ultima regla	Semanas de embarazo Menores de 12 semanas	Cuantitativa	Intervalo	Semanas
	CIRUGIAS OBSTETRICAS PREVIAS	Cesáreas, legrados, AMEU, cerclajes	Cuantitativa	Nominal	Si/no Tipo

IV.VIII Proceso de selección de los sujetos

Se tomara en cuenta a toda paciente evaluada en la emergencia del departamento de Ginecología y Obstetricia con hemorragia activa, con prueba de embarazo positiva, que sea menor de 12 semanas y orificios cervicales abiertos se ingresara a la unidad de Legrados del mismo departamento siempre y cuando se encuentren hemodinamicamente estables sin ninguna otra morbilidad asociadas, para poder realizar Aspiración Manual Endouterina.

Se excluirán a todas aquellas pacientes a quienes se les realice AMEU en cualquier otro servicio que no sea la unidad de legrados, asi como a las que estén hemodinamicamente inestables, o se cuente con barrera lingüística.

Una vez ingresadas en el servicio de legrados, el medico residente a cargo de dicho servicio, especialmente R1 realizara a la evaluación de la paciente corroborando los diagnósticos de la misma

Previo al procedimiento se le informara a la paciente como se le realizara el AMEU, se administrara un anestésico local como el bloqueo paracervical con lidocaína al 2% , como su nombre lo indica administrándolo según las agujas del reloj a la hora 6 y 9 paracervical.

Posteriormente se realizara el procedimiento con la técnica conocida y al finalizarlo se traslada a la paciente al área de encamamiento lugar en donde se llevara a cabo la entrevista a las pacientes tomadas al azar y con cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados. la entrevista es una encuesta sencilla y fácil de entender en donde se recopilaran datos de suma importancia como los datos generales, antecedentes, y la evaluación del dolor en comparación con otros dolores que las pacientes posiblemente hallan padecido.

Finalizando con una escala en donde la paciente decidirá en nivel de intensidad que padeció durante la realización del procedimiento. Dicha encuesta será realizada por el mismo medico que se encuentre rotando por dicho servicio.

IV.IX Análisis Estadístico

Después de realizar la totalidad de entrevistas se utilizarán los programas electrónicos Excell y Epi Info para recabar los datos y realizar los cálculos estadísticos correspondientes los cuales serán: frecuencia y porcentajes, medidas de tendencia central (media, moda, mediana), desviación estándar. Todas analizadas con su respectiva gráfica y cuadro de resultados.

V RESULTADOS
CUADRO NO. 1
 EDAD, ESCOLARIDAD Y OCUPACION DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES
 REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL EN EL
 HOSPITAL ROOSEVELT 2010

EDAD	ESTADO CIVIL				ESCOLARIDAD			OCUPACION			
	UNIDA	CASADA	SOLTERA	TOTAL	ALFABETA	ANALFABETA	TOTAL	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	TRABAJADORA	TOTAL
15 – 20	44	2	38	84	81	3	84	25	39	20	84
21 – 25	54	42	2	98	60	38	98	46	12	40	98
26 – 30	39	31	0	70	48	22	70	45	0	25	70
31 – 35	19	13	0	32	17	15	32	29	0	3	32
36-40	8	10	0	18	6	12	18	18	0	0	18
TOTAL	164	98	40	302	212	90	302	163	51	88	302

FUENTE: pacientes entrevistadas en Hospital Roosevelt en el 2010

GRAFICA NO, 1
ESTADO SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES
REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT 2010

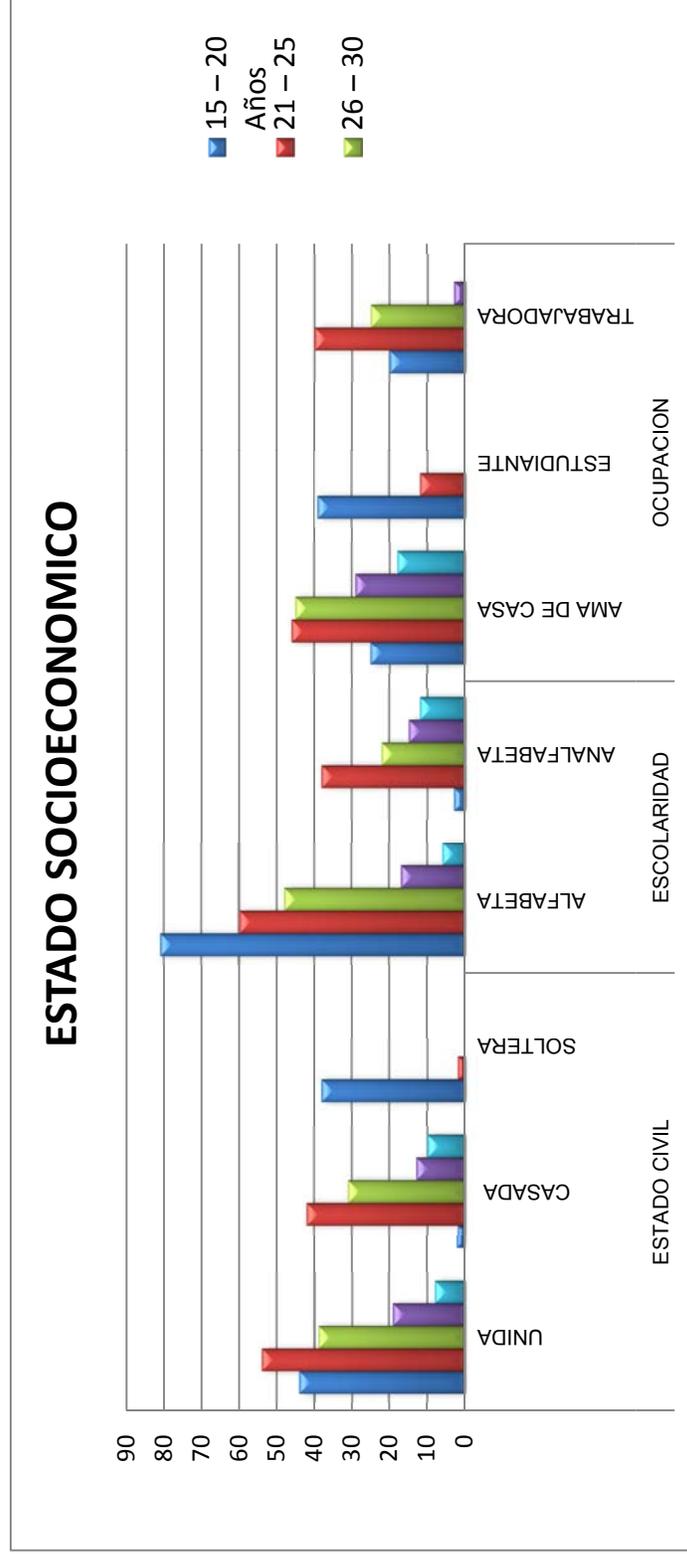


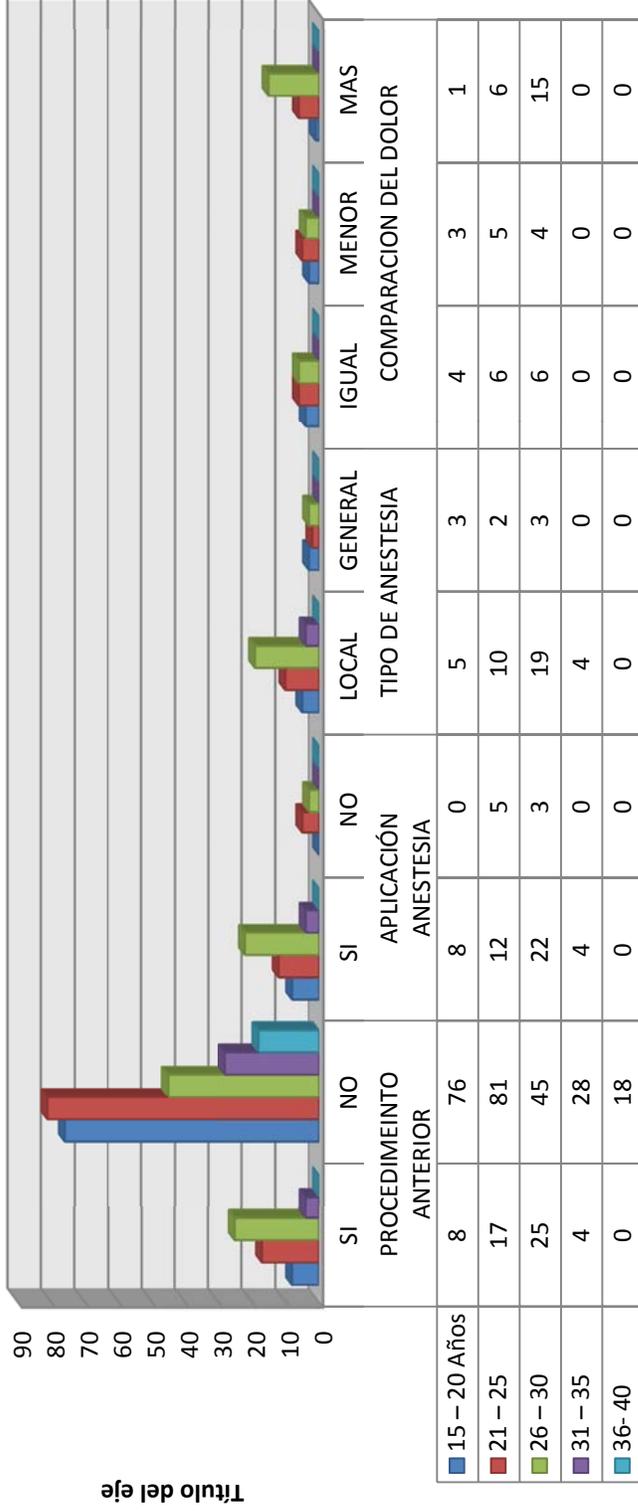
TABLA NO. 2
ENCUESTA REALIZADA A LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

EDAD	PROCEDIMIENTO ANTERIOR		APLICACIÓN ANESTESIA		TIPO DE ANESTESIA			COMPARACION DEL DOLOR					
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	LOCAL	GENERAL	TOTAL	IGUAL	MENOR	MAS	TOTAL
15 – 20	8	76	84	8	0	8	5	3	8	4	3	1	8
21 – 25	17	81	98	12	5	17	10	2	12	6	5	6	17
26 – 30	25	45	70	22	3	25	19	3	22	6	4	15	25
31 – 35	4	28	32	4	0	4	4	0	4	0	0	0	4
36-40	0	18	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	54	248	302	46	8	54	38	8	46	16	12	22	54

FUENTE: pacientes entrevistadas en Hospital Roosevelt en el 2010

GRAFICA NO. 2
ENCUESTA REALIZADA A LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO ANTERIOR

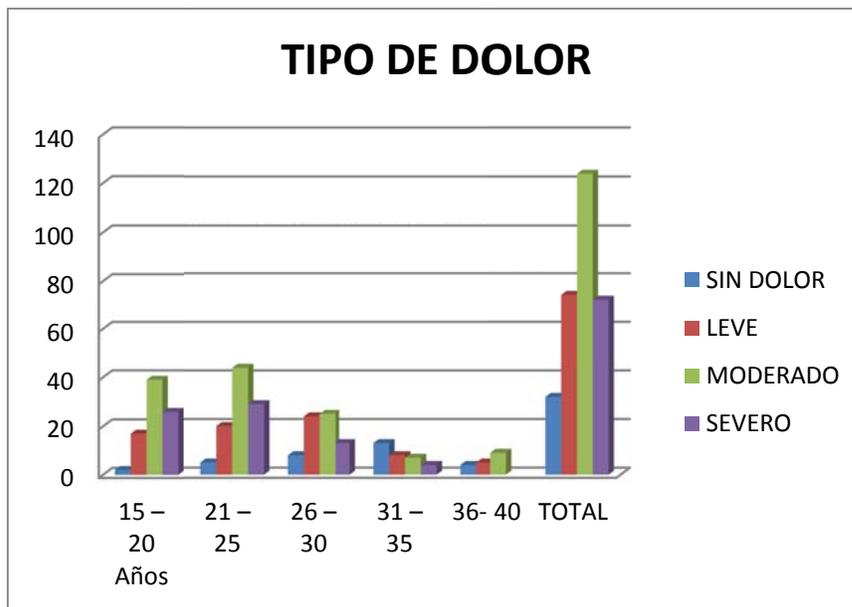


CUADRO NO. 3
EDAD Y TIPO DE DOLOR DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

EDAD	TIPO DE DOLOR				TOTAL
	SIN DOLOR	LEVE	MODERADO	SEVERO	
15 – 20 Años	2	17	39	26	84
21 – 25	5	20	44	29	98
26 – 30	8	24	25	13	70
31 – 35	13	8	7	4	32
36- 40	4	5	9	0	18
TOTAL	32	74	124	72	302

FUENTE: pacientes entrevistadas en Hospital Roosevelt en el 2010

GAFRICA NO. 3
EDAD Y TIPO DE DOLOR DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

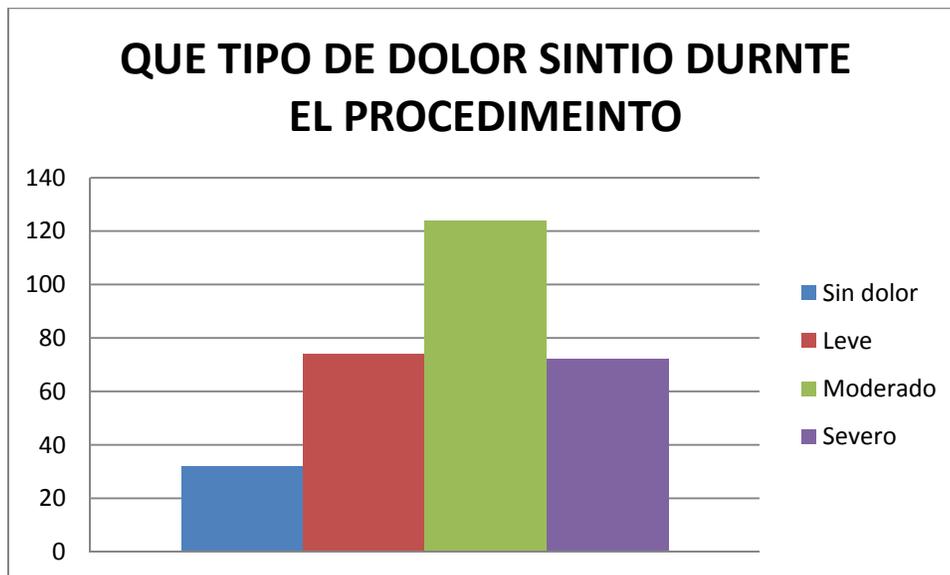


CUADRO NO. 4
 TIPO DE DOLOR DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
 LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
 EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

QUE TIPO DE DOLOR SINTIÓ DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	F	%
Sin dolor	32	10.60%
Leve	74	24.50%
Moderado	124	41.05%
Severo	72	23.95%
TOTAL	302	100%

FUENTE: pacientes entrevistadas en Hospital Roosevelt en el 2010

GRAFICA NO. 4
 TIPO DE DOLOR DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
 LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
 EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



VI DISCUSIÓN Y ANALISIS

En presente estudio su objetivo principal era determinar el grado de satisfacción de las usuarias del AMEU en el bloqueo paracervical así también como conocer las características socioeconómicas y los resultados fueron los siguientes;

Como se puede observar en la tabla no. 1 el 32% de las encuestadas comprenden dentro de las edades de 21 a 25 años, seguido de un 27% de 15 a 20 años, por lo que se considera que más del 50% de los AMEU se realizan en personas jóvenes, y observando que en las que menos incidencia hay son en las edades de 36 a 40 años podría atribuirse que ya su periodo fértil va en disminución. El estado civil 54% de la población se encuentran en una relación inestable como lo es estar unido lo que podría ser un factor de riesgo para la estabilización emocional durante el embarazo seguida de las casadas, y por ultimo observamos a las solteras. Un 70% son alfabetos y 30 % restantes son analfabetas, que muestra nuestra situación actual de analfabetismo en Guatemala. En esta tabla se detalla la ocupación de la población estudiada dando un 53% ama de casa, seguida de las trabajadoras y por ultimo son estudiantes, especialmente las encuestadas menores de edad que aún se encontraban cursando ciclo escolar tanto básico como diversificado.

Según la encuesta realizada se observa que 48 de las pacientes ósea un 15% de las encuestadas era su primer embarazo y por ende no han tenido ningún parto, además se puede observar que ninguna de las pacientes ha cursado con más de 3 abortos y que el 33% ya han tenido partos lo que indica que ya han pasado por un grado de dolor fuerte, así como 48 de las pacientes aún no tienen hijos vivos lo que se podría relacionar a mayor trauma y sufrimiento por la pérdida de un embarazo deseado, interfiriendo el dolor emocional con el dolor corporal.

La edad gestacional mas frecuente en donde se realizo el procedimiento fue 50% dentro de las semanas 10 y 12, seguidos de las semanas 6 y 9, y por último las menores de 5 semanas que a menos que sepan que están embarazadas consultan por sangrado de lo contrario lo atribuyen a su regla.

El 68% no tuvieron control prenatal y el resto si lo tuvo, pues la mayoría de las mujeres iniciaba con el embarazo y solamente se habían realizado la prueba como diagnostico. Y algunas otras que consultan por hemorragia y dolor pélvico que al examinarlas se les diagnostica un embarazo que se está convirtiendo en aborto

En el cuadro 2 se hace una comparación sobre si se le ha realizado este tipo de procedimiento anteriormente en donde el 17% si se le ha realizado de las cuales al 85% si le administraron mas de algún tipo de anestésico 82% fue anestesia local lo que se asume bloqueo paracervical y un 48% sintió más dolor en este procedimiento que en el anterior.

En la última tabla se centra el objetivo de la investigación que es el hecho de evaluar la eficacia del bloqueo paracervical en el AMEU que como se puede observar el 41% de las pacientes refirió dolor moderado, seguido de un 24% dolor leve pegado al dolor leve con un 23% del dolor severo.

Según lo anteriormente descrito; se puede observar que el bloqueo para cervical como anestésico en la aspiración manual endouterina, no esta teniendo la eficacia que se debe o espera, en nuestro hospital; ya que en los artículos consultados de estudios realizados en el extranjero si se aprueba el uso del bloqueo paracervical en las pacientes a quien se les realiza AMEU(5).

Según los resultados del estudio se podría concluir:

El 41% de la población reporto dolor moderado, el 24% dolor leve y 23% dolor severo lo que indica que el bloqueo paracervical no está siendo efectivo. Por lo que el bloqueo paracervical no es eficaz como anestésico en la Aspiración Manual Endouterina Solamente el 10.60% de las usuarias del AMEU son realmente satisfechas con el bloqueo paracervical. Las causas que se encontraron durante el estudio por el fallo del anestésico podrían ser : deficiente plan educacional a la paciente por la poca información y consideración al realizar el procedimiento, así también una mala técnica pues se ha demostrado en estudios extranjeros que el anestésico ideal para el AMEU es el bloqueo paracervical.

Las pacientes que más dolor sintieron son las que no han tenido hijos 48/302 (16%) Por lo que se puede observar que el factor psicológico influye considerablemente en el índice del

dolor durante el procedimiento y que las pacientes que mas dolor reportaron fueron las edades comprendidas entre 15 a 25 años

Dadas las conclusiones anteriores se recomienda lo siguiente en base a los resultados

Hacer un nuevo estudio de tolerancia al dolor entre dos grupos, uno bien dirigido y el otro tal y como se está efectuando actualmente. Se recomienda no hacer AMEU con anestesia local, ya que las pacientes reportan dolor durante el procedimiento, o evaluar pre medicar a las pacientes con meperidina para minimizar el dolor. Brindar apoyo psicológico a las pacientes siendo evaluadas por salud mental.

En lo que respecta al médico que realice el procedimiento dar una adecuada información a las pacientes antes de realizar el procedimiento y durante el procedimiento preguntar constantemente el estado de la paciente, el dolor que está sintiendo y dejar de realizar el AMEU por momentos en los que presenta mucho dolor

La responsabilidad no es solo del medito y se le recomendaría a los médicos jefes el poder dar talleres a los residentes sobre la Aspiración Manual Endouterina y sobre la forma adecuada el bloqueo paracervical y posteriormente supervisar ocasionalmente la técnica a los médicos especialmente de primer año, además de una upervisión por médicos especialistas del departamento para ver como se está realizando actualmente el procedimiento.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Karen R. Meckstroth, and kavita mishra, MD. "Analgesia/Pain Management in First Trimester Surgical Abortion". *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 2009; 52(2): 160–170
2. Rebeca H Allen, MD Garrett Fitzmaurice. "Oral Compared With intravenous Sedation for first trimester surgical Abortion". *Obstetrics and Ginecology* 2009; 113(2): 276-283
3. Manee Rattanachaiyanont, MD, Pichai Leerasiri, MD, and Suchada. "Effectiveness of Intrauterine Anesthesia for Pain Relief During Fractional Curettage" *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Publishedby Lippincott Williams & Wilkins. 2005; 106(3):533- 539
4. Keela A. Herr, Kevin Spratt, PhD,† Paula R. Mobily "Use of Experimental Pain to Compare Psychometric Properties and Usability of Selected Pain Scales With Younger Adults". *Pain Intensity Assessment In Older Adults*. 2004; 20(1) 207–219
5. Jennifer L. Mankowski MD Jessica Kingston,MD. "Paracervical compared with intracervical lidocaine for suction curettage". *Obstetrics and Ginecologiy*. 2009; 113(1): 1052-1057
6. Mollie J. Rawiling,MB, CHB, And Ellen R. "A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain". *Obstet Gynecol* 2001; 185(1):103-107
7. David A. Ganz, MD, MPH, † Neil S. Wenger, MD, MPH, † Carol P. Roth, RN, MPH. "The Effect of a Quality Improvement Initiative on the Quality of Other Aspects of Health Care". *Med Care*. 2007; 45(1): 8-18
8. Sandra Sáenz de Tejada, Elena Prada y Gonzalo Ball, "Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad" *Guttmacher Institute, Informe Ocasional No. 27*, Octubre 2006;(1):1-56
9. Pio Ivan Gómez, MD, Hernando Gaitán, MD, MSc, Casilda Nova, MD, and Alejandro Paradas, MD. "Paracervical Block in Incomplete Abortion Using

Manual Vacuum Aspiration: Randomized Clinical Trial". *Obstet Gynecol.* 2004; 103(1):943–51.

10. Alison Edelman, MD, MPH, Mark D. Nichols, MD, Catherine Leclair, MD, and Jeffrey T. Jensen, MD, MPH. "Four Percent Intrauterine Lidocaine Infusion For Pain Management in First-Trimester Abortions". *Obstet Gynecol.* 2006; 107(1):269–75

11. Maureen E. Paul, MD,^{a,b} Caroline M. Mitchell, BA,^c Angela J. Rogers, BA,^c Michelle C. Fox, MD,^d and Elyse G. Lackie, MD. "Early surgical abortion: Efficacy and safety". *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(1):407-11

12. Carol A. Bodian, Dr.P.H.,* Gordon Freedman, M.D.,† Sabera Hossain, M.S., James B. Eisenkraft, M.D., Yaakov Beilin, M.D.‡. "The Visual Analog Scale for Pain " *American Society of Anesthesiologists.* 2001; 95(1):1356–61

13. Arthur Zilbert. "A Randomized, double blind, placebo controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paravertebral block for reducing pain in terminatio of first trimester pregnancy by suction evacuation". *Human Reproduction* 2002; 17(5): 1222 - 1225

14. David Machin, George T. Lewith, and Sarah Wylson. "Pain Measurement in Randomized Clinical Trials". *The Clinical Journal of pain.* 2004;4(1):161-168

15. T. G. Gaylord and J. Pearson. "Neuropathy following Paracervical Block in the Obstetric Patient". *Obstetrics and Gynecology. Indiana University Medical Center* 2005; 60(1):521-525

16. Arthur Zilbert, MD. "Topical Anesthesia for Minor Gynecological Procedures: A Review". *Obstetrical And Gynecological Survey.* 2002; 57(3) 171-177

17. Richard John Lyus, MBBS, BSc, Paul Gianutsos, MD, MPH, and Marji Gold, MD. "First Trimester Procedural Abortion in Family". *J Am Board Fam Med.* 2009; 22:169–174.

18. Vanessa K. Dalton, MD, MPH, Lisa Harris, MD, Carol S. Weisman, PhD, Ken Guire, MS, Laura Castleman, MD, MPH, and Dan Lebovic, MD. "Patient Preferences, Satisfaction, and

Resource Use in Office Evacuation of Early Pregnancy Failure”. *Obstet Gynecol* 2006;108:103–10

19. Egziabher TG, Ruminjo JK, Sekadde-Kigonde C. “Alivio del dolor utilizando bloqueo paracervical en pacientes sometidos a aspiración manual de útero”. *Revista Medica África Oriental*. 2002;79(10):530-534

20. Quiroz Mendoza, Gustavo. “Aspiración Manual Endouterina” *Rev. Gac Med Mex*. 2003; 139(1) S65-72

21. Agostini A, Provansal M, Collette E, Capelle M, Estrade JP, Cravello L, Gamberre M. “Comparison of ropivacaine and lidocaine for paracervical block during surgical abortion”. *Contraception*. Epub 2008;77(5):382-5.

22. Neva phair. MD, MS; Jeff T. “Paracervical Block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure”. *Obstetrics and Gynecology*. 2002;186:1304-1307

23. Ellis Jackeline. “Using Pain Scales To Prevent Undermedication”. *Teaches Pediatric nursing at the Universite of Ottawa School of Nursing, Canada* 2004; 19(1):180-183

24. López JC, Vigil-De Gracia P, Vega-Malek JC, Ruiz E, Vergara V. “A randomized comparison of different methods of analgesia in abortion using manual vacuum aspiration.” *Obstetrics and Gynecology*. 2006;18(1):139-144

25. Richards Et al. “The use of Physician Evaluations to Refine the Measurement of Quality of Care”. *Medical Care* 2006;26(5): S72-81

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

EFICACIA DEL BLOQUEO PARACERVICAL EN EL AMEU

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

PARA ALFABETAS

Fecha:_____ Historia clínica_____

Edad ____ Estado Civil: casada____ Unida____ soltera:____

Escolaridad: analfabeta:____ alfabetada:____

Ocupación: ama de casa____ estudiante:____ Trabajadora:____

ANTECEDENTES

Paridad: Embarazos____ Partos:____ Abortos:____ Cesárea:____

Hijos vivos:____ Hijos Muertos:____

Semanas de embarazo:____

Control prenatal: si____ no____ Cuantas:____

Realización de USG: si____ no:____ cuantos:____

Cirugías anteriores Si____ NO____ Cual:____

ESCALA DEL DOLOR NOMINAL

Le han realizado anteriormente este tipo de procedimiento:

Si ___ No___

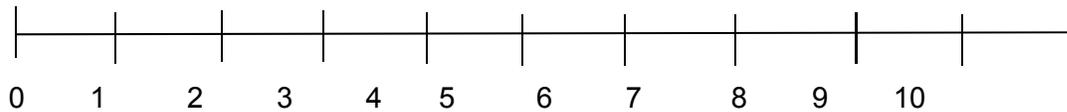
Si su respuesta fue si le aplicaron anestesia durante el procedimiento?

Si___ No___ Cual?_____

Con respecto a la pregunta anterior sintió el mismo dolor actualmente que la última vez?

Menos dolor_____ igual_____ Mas dolor_____

En cuanto clasificaría el nivel del dolor que sitio



0-1	2-4	5 – 7	8-10
No dolor	leve	moderado	severo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

EFICACIA DEL BLOQUEO PARACERVICAL EN EL AMEU

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

PARA ANALFABETAS

Fecha:_____ Historia clínica_____

Edad ____ Estado Civil: casada____ Unida____ soltera:____

Escolaridad: analfabeta:____ alfabetada:____

Ocupación: ama de casa____ estudiante:____ Trabajadora:____

ANTECEDENTES

Paridad: Embarazos____ Partos:____ Abortos:____ Cesárea:____

Hijos vivos:____ Hijos Muertos:____

Semanas de embarazo:____

Control prenatal: si____ no____ Cuantas:____

Realización de USG: si____ no:____ cuantos:____

Cirugías anteriores Si____ NO____ Cual:____

ESCALA DEL DOLOR NOMINAL

Le han realizado anteriormente este tipo de procedimiento:

Si ___ No___

Si su respuesta fue si le aplicaron anestesia durante el procedimiento?

Si___ No___ Cual?_____

Con respecto a la pregunta anterior sintió el mismo dolor actualmente que la ultima vez?

Menos dolor_____ igual_____ Mas dolor_____

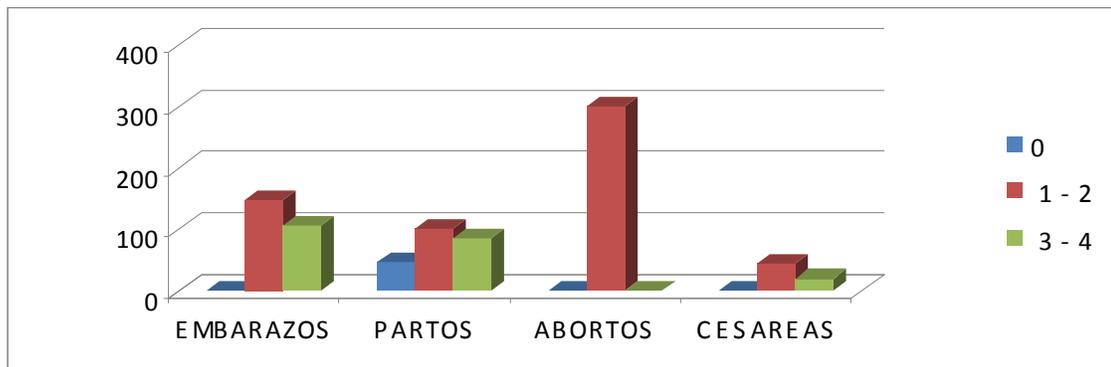
Como clasificaría el nivel del dolor que sintió



CUADRO NO. 5
PARIDAD DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO
PARACERVICAL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

PARIDAD	0	1 - 2	3 - 4	>5	TOTAL
Embarazos	0	148	106	48	302
Partos	48	102	86	45	233
Abortos	0	302	0	0	302
Cesáreas	0	44	20	3	67

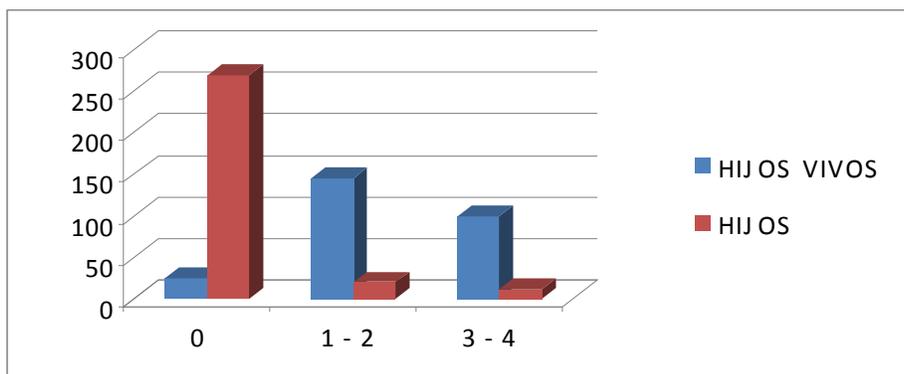
GRAFICA NO. 5
PARIDAD DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



CUADRO NO. 6
HIJOS VIVOS Y MUERTOS DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

PARIDAD	0	1 - 2	3 - 4	>5	TOTAL
Hijos vivos	48	135	89	30	302
Hijos muertos	270	20	12	0	302

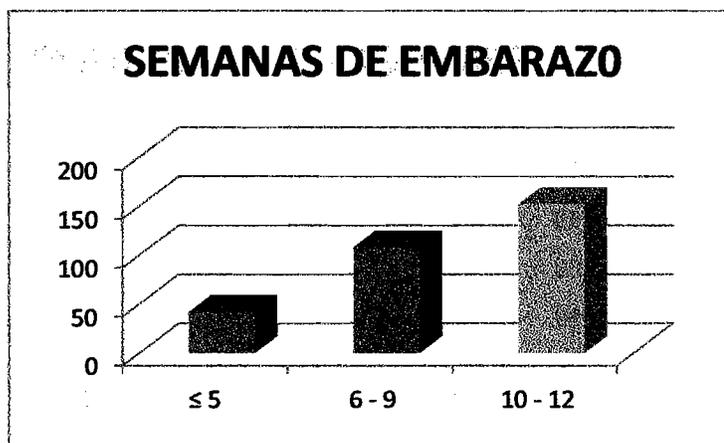
GRAFICA NO. 6
HIJOS VIVOS Y MUERTOS DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



CUADRO NO. 7
SEMANAS DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

SEMANAS DE EMBARAZO	F	%
≤ 5	42	13.90%
6 - 9	108	35.77%
10 - 12	152	50.33%
TOTAL	302	100%

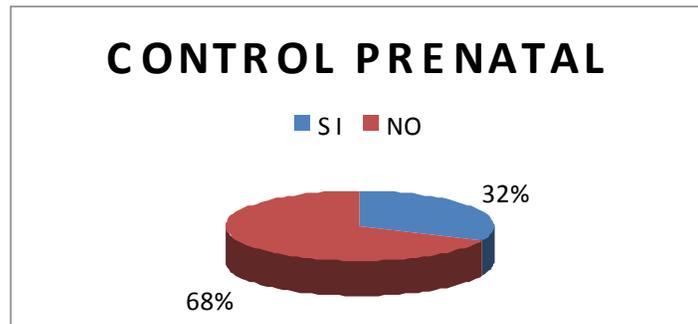
GRAFICA NO. 7
SEMANAS DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



CUADRO NO. 8
CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010

CONTROL PRENATAL	F	%
Si	96	31.78%
No	206	68.22%
TOTAL	302	100%

GRAFICA NO. 8
CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES A QUIENES SE
LES REALIZO AMEU CON BLOQUEO PARACERVICAL
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT 2010



El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:
“GRADO DE SATISFACCION DE LAS USUARIAS DEL BLOQUEO PARACERVICAL EN LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA”
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.