



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**MANEJO DEL DOLOR DURANTE LA ASPIRACIÓN MANUAL
ENDOUTERINA EN ABORTO INCOMPLETO
HOSPITAL SAN JOSÉ 2019**

**PRESENTADA POR
PATRICIA SHANTAL CAVERO TRIGOZO**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ
2020**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**MANEJO DEL DOLOR DURANTE LA ASPIRACIÓN MANUAL
ENDOUTERINA EN ABORTO INCOMPLETO
HOSPITAL SAN JOSÉ 2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
PATRICIA SHANTAL CAVERO TRIGOZO**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ**

LIMA, PERÚ

2020

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	21
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	23
3.2 Variables y su operacionalización	23
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	24
4.2 Diseño muestral	24
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	25
4.4 Procesamiento y análisis de datos	26
4.5 Aspectos éticos	26
CRONOGRAMA	28
PRESUPUESTO	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
ANEXO	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El aborto incompleto no complicado es una de las emergencias obstétricas de mayor incidencia a nivel nacional y mundial, el cual se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más abordados ⁽¹⁾. Actualmente, las políticas de salud priorizan la prevención, como parte del abordaje de esta patológica para evitar un evento adverso, asegurando la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces ⁽²⁾. Sin embargo, los abortos inseguros continúan siendo muy frecuentes, pese a que revisiones sistemáticas demuestran que la incidencia de abortos a nivel mundial entre mujeres de 15 a 44 años ha disminuido desde 1990 hasta la 2014, en aproximadamente 5%, suponiendo que dicha tendencia seguiría en los próximos años ⁽³⁾.

Sin embargo, Latinoamérica es una región que no sigue dicha tendencia, ya que la tasa de abortos en el mismo tiempo incrementó en un 4%; se estimó, además, 4.6 millones de abortos anuales en Suramérica en dichos años ⁽³⁾.

En Perú, la frecuencia real del aborto no es conocida, principalmente por su naturaleza clandestina; lo que da poca confiabilidad a los registros. Sin embargo, se estima que actualmente ocurren 350 000 abortos anuales a nivel nacional ⁽²⁾. En la región Callao, hasta el momento, no hay un estudio que logre determinar la frecuencia de esta patología entre las mujeres de edad fértil. Sin embargo, la Oficina de Estadística del Hospital San José reporta que, en promedio, se atienden cuatro mujeres con este diagnóstico, lo que la convierte en una de las enfermedades que se atienden con mayor frecuencia.

Sin importar el método de aborto empleado, este puede ser incompleto con o sin complicaciones, las cuales necesitan de una adecuada atención ⁽²⁾. Los profesionales de la salud deben disponer de conocimientos y destrezas, que les

permitan ofrecer a las pacientes las diversas formas de abordaje, previa explicación de las ventajas y desventajas de cada una de ellas; con ello, se garantiza así la salud sexual y reproductiva futura de la mujer ⁽⁴⁾.

El manejo del aborto incompleto no complicado va desde el manejo expectante al activo con métodos quirúrgicos o médicos. El manejo expectante, actualmente, no es el más recomendado por su baja eficacia ⁽¹⁾. El tratamiento convencional de esta patología fue la evacuación quirúrgica del útero; sin embargo, el tratamiento médico con misoprostol está ganando aceptación como alternativa no invasiva ⁽⁵⁾.

Dentro del manejo quirúrgico, el legrado uterino era la única técnica que se podía ofrecer; sin embargo, las nuevas tecnologías han permitido generar un procedimiento de bajo costo, igual de eficaz y de fácil abordaje como la aspiración manual endouterina (AMEU) ^(1, 2). El mecanismo de acción de este procedimiento quirúrgico menor consiste en retirar los restos de la cavidad uterina, a través de unas cánulas que están conectadas a una jeringa como fuente de presión negativa ⁽¹⁾.

Es importante conocer que durante el AMEU, las pacientes experimentan dolor moderado a severo durante las intervenciones que están relacionadas con manipulación de la cavidad uterina. Los factores asociados con el dolor durante el aborto quirúrgico realizado con anestesia local han sido evaluados en varios estudios de observación ⁽⁶⁾. Es por ello, que se debe ejecutar un plan para el manejo del dolor y realizar un bloqueo paracervical de ser necesario, todo en función de mejorar la calidad de atención y de realizar una adecuada técnica de aspiración endouterina y lograr retirar todos los restos endouterinos ⁽⁷⁾.

Las guías nacionales e internacionales disponibles en la actualidad, difieren en sus recomendaciones para el manejar del dolor: por un lado, unas solo detallan en el procedimiento la aplicación de bloqueo paracervical, mientras otras guías se apoyan en el uso endovenoso de opioides o benzodiazepinas que mejorarían la ejecución

del procedimiento ^(7,8, 9). Sin embargo, en la práctica diaria, esta ausencia de un consenso nacional, favorece a que los distintos profesionales de la salud realicen este procedimiento en función a su experiencia con algún protocolo determinado.

Actualmente, el Hospital San José de la Región Callao, carece de una guía de práctica clínica y de procedimiento, que uniformice el manejo del dolor durante el AMEU. Siendo el aborto incompleto, una patología que se atienden con mayor frecuencia en este nosocomio, es necesario analizar los resultados del manejo del dolor durante la realización de este procedimiento quirúrgico menor, por los profesionales de salud de dicho establecimiento de salud. Esto para generar evidencia científica, y poder establecer un protocolo adecuado a nuestro medio que optimice la realización del AMEU y la calidad de atención brindada en nuestro nosocomio.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los esquemas de manejo del dolor que se utilizan durante la aspiración manual endouterina, en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Hospital San José durante el 2019?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Describir los esquemas de manejo de dolor que se utilizan durante la aspiración manual endouterina, en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Hospital San José durante el 2019.

Objetivos específicos

Identificar cual es el esquema de manejo de dolor más utilizado durante la aspiración manual endouterina, en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.

Describir la efectividad de la analgesia y anestesia del bloqueo paracervical en relación a la percepción del dolor, durante la realización de la aspiración manual endouterina en pacientes con aborto incompleto.

Analizar la efectividad de la analgesia y anestesia del bloqueo paracervical combinado con uso de fentanilo en relación a la percepción del dolor, durante la realización de la aspiración manual endouterina en pacientes con aborto incompleto.

Determinar la efectividad de la analgesia y anestesia del bloqueo paracervical combinado con uso de benzodiacepina por vía endovenosa en relación con la percepción del dolor, durante la realización de la aspiración manual endouterina en pacientes con aborto incompleto.

1.4 Justificación

El tema investigado, resulta de mucho impacto en el manejo de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto que son sometidas a una aspiración manual endouterina, mejorando la calidad de atención en estas pacientes. Es bien sabido, que la paciente se encuentra despierta y consciente, experimentando dolor durante la ejecución de este procedimiento; dolor que es percibido en diferente grado según el umbral de dolor de cada paciente.

A fin de mejorar el manejo del dolor y así la atención que se les brinda a estas pacientes, este trabajo de investigación aportaría evidencia científica para la creación de un protocolo de Aspiración manual endouterina en el Hospital San José de la Región Callao, con la mejor propuesta que asegure el menor dolor posible durante la práctica del AMEU y con menores complicaciones durante su uso, a fin de brindar atención con calidad y calidez en estas pacientes.

Además, no se han ejecutado trabajos de investigación similares en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, por lo que este estudio se convertiría en un precedente

para realizar a futuro trabajos de investigación con un mejor tipo de estudio, que permita establecer relaciones estadísticamente significativas y extrapolables según nuestro tipo poblacional.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable, dado que en el Hospital San José del Callao, no existe un protocolo establecido para la mejor práctica de la Aspiración Manual Endouterina. La actual jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital San José de la Región Callao, busca realizar los protocolos de los diferentes procedimientos que se ofertan en dicho nosocomio, por lo que este trabajo de investigación, aportaría evidencia para que se proponga la mejor estrategia a fin de dar una atención con calidad, llegando a la conclusión, que la Institución brindaría las facilidades para su ejecución.

Así mismo, este estudio es factible, ya que, dicho nosocomio cuenta con una gran casuística de la patología antes descrita, lo que favorecería a la obtención de una muestra adecuada para este estudio. El personal de salud que se desempeña en la atención de las pacientes con aborto incompleto, conoce el procedimiento para la realización de la Aspiración Manual Endouterina de forma ambulatoria, y lo realizan de forma rutinaria. El Hospital San José, ha adquirido nuevos equipos para AMEU, lo que garantiza su uso diario, descartando las limitaciones logísticas. Este tipo de estudio, no tiene ningún interés político ni económico, favoreciendo su ejecución.

La viabilidad y factibilidad de este estudio no se ven afectados, por la poca publicación de trabajos de investigación al respecto. Por el contrario, este trabajo sirve como antecedentes para próximos estudios.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Herrera J, en 2015, desarrolló en Nicaragua una investigación, con la finalidad de determinar la eficacia del bloqueo paracervical con lidocaína simple versus analgesia con fentanilo para aliviar el dolor durante la aspiración manual endouterina en pacientes con diagnóstico de aborto retenido. Para ello, realizó un estudio cuasi experimental prospectivo de corte longitudinal, en el que incluyó a 72 pacientes con aborto retenido menor o igual a 12 semanas, que ingresaron en el Hospital Alemán Nicaragüense, durante los meses de abril a noviembre de dicho año, y sin historia de dolor pélvico crónico. La muestra fue dividida en dos grupos: uno intervenido con lidocaína y otro con fentanilo, y la percepción del dolor fue valorada por la escala visual análoga a las dos horas de realizado la aspiración manual endouterina. Entre los hallazgos se observó que las pacientes sometidas a dicho procedimiento solo con bloqueo paracervical tuvieron dos veces la probabilidad de presentar dolor moderado a severo en comparación con las pacientes tratadas con fentanilo. Concluyó que el fentanilo permitía un mejor manejo del dolor; sin embargo, el autor recomienda nuevos estudios para comprobar dicha hipótesis ⁽⁶⁾.

Naiker A et al., en 2014, realizaron un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de comparar la eficacia de la analgesia con bloqueo paracervical y sedoanalgesia (aplicación combinada de midazolam y fentanilo) en el manejo de abortos incompletos o retenidos. La metodología utilizada se basó en un tipo de estudio cuasiexperimental de tipo cohorte, en la que la muestra fue conformada por 111 mujeres entre 18 y 55 años, con diagnóstico de aborto incompleto o retenido, no complicado. Estas mujeres fueron divididas en dos grupos: la cohorte formada por 57 mujeres sometidas a un AMEU solo con bloqueo paracervical, mientras que los controles fueron 54 mujeres manejadas con sedoanalgesia; ambas, fueron encuestadas sobre el dolor percibido, a través de una escala de dolor tomada durante el procedimiento, a los 10 minutos y 2 horas después. Encontraron que la

percepción del dolor con bloqueo paracervical es menor en comparación con el uso de sedoanalgesia pero no fue estadísticamente significativo ⁽¹⁰⁾.

En 2015, López G, en Guatemala, desarrolló una investigación para evaluar la satisfacción de usuarias con analgesia y anestesia paracervical durante la práctica de AMEU, luego de un aborto incompleto. El tipo de estudio empleado fue transversal analítico; con una muestra formada por 320 mujeres que se les practicó AMEU luego de ser diagnosticadas con aborto incompleto no complicado menor o igual a 12 semanas, en donde el dolor solo fue manejado con bloqueo paracervical. A todas esas pacientes se les realizó una encuesta antes, durante y después del procedimiento. Del análisis se concluye, que solo el 80% de la población atendida encontró alivio del dolor, y de estas aproximadamente la mitad no sintió dolor alguno ⁽¹¹⁾.

Tangsiwatthana T et al., en 2013, en Estados Unidos, publicaron una revisión sistemática en *The Cochrane Library*, con la finalidad de determinar la eficacia y seguridad del bloqueo paracervical durante la evacuación uterina. Esta revisión, incluyó 26 estudios con 28 comparaciones en la que se estudió a 2790 participantes. Los estudios fueron ensayos clínicos aleatorizados y controlados, publicados desde enero 2006 hasta el 2013, en base de datos como *Medline*, *Enbase* y *The Cochrane Library*. Esta revisión encontró en seis estudios, que el bloqueo paracervical, disminuye tanto el dolor abdominal durante la evacuación uterina, como durante la dilatación cervical. Sin embargo, en los 26 estudios revisados y comparados, no hubo diferencia estadísticamente significativa, para la ausencia de dolor percibido por las pacientes. Esta revisión concluyó que, la literatura actual no es concluyente para establecer relaciones significativas en la comparación del bloqueo paracervical y otro método de manejo de dolor durante el AMEU ⁽¹²⁾.

López J et al., en 2007, realizaron un estudio con el objetivo determinar la eficacia de diferentes métodos de analgesia durante la aspiración manual endouterina. Para ello, realizaron un ensayo clínico aleatorizado, en la cual incluyeron a 117 mujeres

con el diagnóstico de aborto incompleto menor de 12 semanas o aborto frustrado, cuya cérvix fue dilatada farmacológicamente con prostaglandina E2. En la muestra, se establecieron tres grupos diferentes en relación al método de analgesia que recibirían durante el procedimiento: 37 pacientes recibieron diclofenaco intramuscular asociado a bloqueo paracervical, 39 mujeres diclofenaco y miperidina; y las restantes solo miperidina. De la misma manera que en los estudios anteriores, el dolor fue medido, mediante una escala valorada durante el procedimiento. Los resultados demostraron que, el nivel de dolor experimentado durante el procedimiento, no fue estadísticamente significativo, entre los grupos establecidos. Concluyeron que la mayoría de las mujeres refirieron experimentar un dolor moderado durante el procedimiento con cualquier método de analgesia ⁽¹³⁾.

Gómez P et al., en 2004, realizaron un estudio con la finalidad de demostrar la eficacia del bloqueo paracervical en el control del dolor en las mujeres que eran sometidas a una aspiración manual endouterina. Se trató, de un ensayo clínico aleatorizado donde se comparó dos grupos: uno compuesto por 107 mujeres que recibieron bloqueo paracervical con lidocaína 1% durante el procedimiento, y el grupo control formado por 108 pacientes que no recibieron anestesia. Durante la aspiración manual endouterina, el dolor fue evaluado de dos formas: en un primer momento, el personal de salud valora el dolor que percibe en la paciente durante el procedimiento; una segunda evaluación se produciría 10 minutos después, preguntándole a la paciente el nivel de dolor según la escala utilizada. Los resultados arrojaron que no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para el nivel de ansiedad en el preoperatorio, ni para el dolor referido durante el AMEU. El estudio concluyó que la aplicación del bloqueo paracervical con lidocaína al 1%, no disminuye el dolor en la realización del AMEU ⁽¹⁴⁾.

Natalia A et al., en 2015, realizaron un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, para comparar la efectividad del manejo del dolor durante la realización del AMEU. Este grupo de investigadores dividió a la muestra en dos grupos: uno que recibieron

analgésicos no esteroideos y opioide comparado con otro en los que solo se utilizaron opiáceos durante el procedimiento. Los resultados arrojaron, que si existía diferencia estadísticamente significativa en favor al grupo de pacientes que utilizaron antiinflamatorios no esteroideos junto con opiáceo (con un nivel de significancia de 0.03). Este estudio concluyó que el uso combinando es más efectivo para el manejo del dolor ⁽¹⁵⁾.

Egziabher T et al., en 2002, realizaron en Kenya, un ensayo clínico aleatorizado para determinar el efecto del bloqueo paracervical para manejo del dolor durante la aspiración manual endouterina. Para ello, seleccionaron 71 pacientes con aborto incompleto en las cuales se utilizó bloqueo paracervical con lidocaína al 1%, y otras 71 mujeres fueron sometidas al procedimiento sin anestesia local. Los criterios de inclusión fueron: aborto menor de 16 semanas, hemodinámicamente estable, sin signos de infección. Se excluyeron a todas aquellas que no cumplían con los criterios antes mencionados. Se obtuvo como resultado, que las pacientes tratadas con bloqueo paracervical experimentaron dolor moderado durante el procedimiento, mientras que las que no fueron medicadas, refirieron dolor intenso. Con estos hallazgos, los autores concluyen que el bloqueo paracervical es efectivo para manejar el dolor durante la aspiración manual endouterina ⁽¹⁶⁾.

2.2 Bases teóricas

El aborto como problema de salud pública

La palabra aborto trae consigo una serie de controversias. Ante este término, una gran parte de las personas reaccionan de una forma emocional e irracional. Desde el punto de vista médico, el aborto es definido como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el feto alcance los 500 gr de peso. El mismo que puede ser espontaneo o inducido ⁽¹⁷⁾.

El aborto ha existido desde siempre; por ejemplo, se han encontrado en documentos médicos chinos y egipcios, muchas fórmulas para preparados, cuya finalidad era inducir el aborto. Por todo ello, el aborto provocado tal vez fue el método de control de la fecundidad más antiguo y probablemente el más utilizado, pero como toca principios religiosos y morales muy arraigados en algunas sociedades, son pocas las que tocan los aspectos sanitarios de este problema ⁽¹⁷⁾.

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 47 000 mujeres mueren a causa de abortos inseguros y millones de ellas, resultan heridas, algunas de manera grave. Además, reporta que una de cada cuatro mujeres que se somete a un aborto inseguro, queda con riesgo de sufrir discapacidad temporal y permanente que requiera atención médica. La situación del aborto difiere entre las regiones y países, debido a la situación jurídica, religiosa y social; siendo mayor la frecuencia de abortos inseguros, en aquellos lugares en donde hay restricciones legales para ello ⁽¹⁸⁾. A nivel nacional, el aborto causa aproximadamente 16.3% del total de las muertes maternas. Sin embargo, debido a la poca notificación de la misma, se piensa que existe una gran brecha entre los datos supuestos y los reales ⁽¹⁷⁾.

Actualmente, los avances en la práctica médica en general y la creación de nuevas tecnologías seguras y eficaces, podrían disminuir o eliminar en su totalidad los abortos inseguros y con ello, las muertes relacionadas a esta práctica. Las complicaciones de los abortos, depende de la capacidad resolutive del centro de salud donde se produce la atención, del personal de salud que lleva la atención y de la solicitud oportuna de atención médica por parte de la paciente ^(17,19).

Aspiración manual endouterina como tratamiento del aborto incompleto

Hasta hace unos años, a las pacientes que sufrían un aborto incompleto, como tratamiento definitivo, solo se les podía ofrecer la técnica de legrado uterino. Este procedimiento quirúrgico, se basa en la extracción de restos ovulares de la cavidad uterina, introduciendo un material metálico conocido como legras ⁽¹⁾.

Actualmente, podemos ofrecer como alternativa la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), una técnica segura y eficaz para la evacuación endouterina cuyo bajo costo, sencillez y portabilidad la hacen un método muy recomendado en los últimos años. Los estudios informan índices de eficacia cerca del 98%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas ^(1,7). Además, de sus ventajas médicas sobre el legrado uterino, se ha comprobado que cuando se oferta este procedimiento como parte de la cartera de servicios de un centro de salud, reduce el costo y la estancia hospitalaria de la mujer ⁽⁷⁾.

El AMEU, se basa en la acción de trasladar, bajo una presión negativa, los restos de la cavidad uterina a través de unas cánulas que están conectadas a una fuente de presión negativa, en este caso el aspirador ⁽¹⁾. El aspirador, consta de una válvula con una par de botones que controlan el vacío, un émbolo y un cilindro de 60 cc para depositar el contenido de la evacuación. Este sistema se articulan en forma de jeringa y tiene la capacidad de generar un vacío de 609.6 a 660.4 mmHg. Las cánulas, son la parte de este sistema que se introduce a la cavidad uterina a través del cérvix; tienen forma tubular con la punta roma, son semirrígidos con base fijas, por lo cual no necesitan adaptadores; vienen en varios tamaños desde 3 a 12 mm que se utilizaran en función al tamaño del útero de la paciente en el que se realizará el procedimiento ⁽⁷⁾.

Este procedimiento como toda intervención quirúrgica tiene sus indicaciones y contraindicaciones. Según la guía de procedimientos del Instituto Nacional Materno Perinatal, al Aspiración Manual Endouterina está indicada como tratamiento del aborto incompleto, frustro o embarazo molar no complicado menor a 12 semanas y también como alternativa para realizar biopsias de endometrio. Dentro de las contraindicaciones se encuentran: aborto incompleto, frustro o embarazo molar mayor a las 12 semanas, sagrado uterino excesivo, aborto incompleto infectado o séptico, sospecha de perforación uterina previa al procedimiento, anemia severa y

miomatosis uterina que no permita determinar el tamaño del útero o la posición del mismo ⁽⁷⁾.

La OMS reconoce al AMEU como uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto, señalando las siguientes ventajas ⁽¹⁾:

- Es más económica.
- Su mecanismo de acción permite que el procedimiento demore menos que el legrado uterino.
- Es un procedimiento de manejo ambulatorio. No necesita ser realizado en sala de operaciones, ya que, la anestesia utilizada es local y si se hace uso de analgésicos o sedantes son en dosis bajas.
- Evita el raspado excesivo de la cavidad endouterina, disminuyendo así el número de complicaciones postaborto.

Uno de los factores más importantes para que la aspiración manual endouterina tenga éxito, es un adecuado manejo del dolor durante y después del procedimiento. Es bien conocido, que la paciente permanece despierta durante la realización de la evacuación uterina, percibiendo dolor en diferente medida. La fuente del dolor, se halla en la dilatación cervical y/o manipulación uterina ^(1, 6, 20).

Pasos para realizar la aspiración manual endouterina

1. Antes de realizar el procedimiento, se debe revisar la historia clínica de la paciente, elaborar un plan de manejo del dolor, asegurarse que todo el equipo y suministros necesarios se encuentren disponibles. La paciente deberá evacuar su vejiga previa al procedimiento.
2. La paciente, ya preparada, deberá colocarse en posición ginecológica.



Figura 1: Posición de la paciente para la realización del AMEU

Fuente: Klein S. Un libro para parteras ⁽²¹⁾.

3. El operador, deberá colocarse guantes estériles y realizar la asepsia y antisepsia en la región perineal.

4. Insertar el espéculo suavemente, observar el cuello uterino y fijar. Realizar la asepsia prolija del cérvix y la vagina.



Figura 2: Colocación del espéculo y asepsia del cérvix

Fuente: Klein S. Un libro para parteras ⁽²¹⁾.

5. Estabilizar el cérvix con una pinza aplicado sobre el labio anterior en forma transversal y a un centímetro del orificio cervical externo. Aplicar tracción suave para enderezar el canal endocervical.

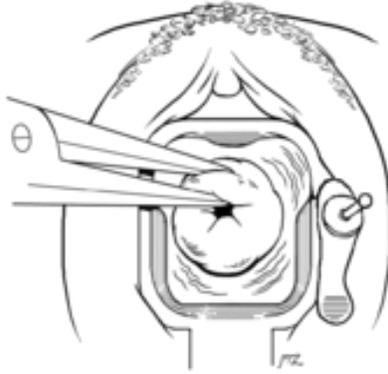


Figura 3: Colocación de una pinza tirabalas para fijación del cérvix

Fuente: Klein S. Un libro para parteras ⁽²¹⁾.

6. Aplicación el anestésico lidocaína 1% en el pliegue cérvico-vaginal en los puntos horarios 4 y 8 o 5 y 7 a 1cm de profundidad aspirando previamente a fin de evitar la colocación de lidocaína directamente en un vaso sanguíneo.

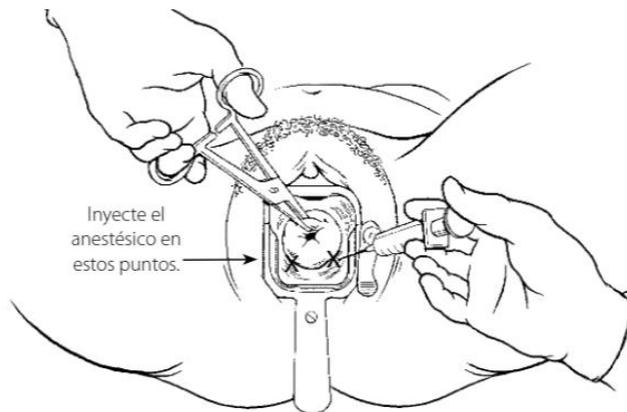


Figura 4: Colocación del anestésico local

Fuente: Klein S. Un libro para parteras ⁽²¹⁾.

7. Introducir la cánula hasta el fondo uterino

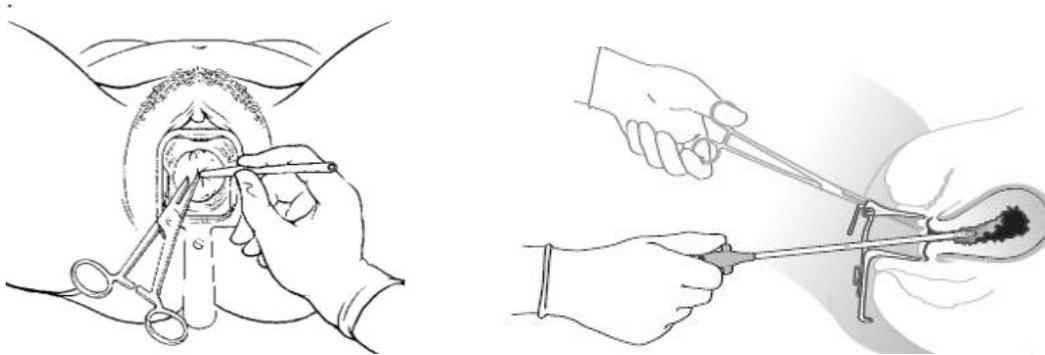


Figura 5: Colocación de la cánula de aspiración

Fuente: Klein S. Un libro para parteras ⁽²¹⁾.

8. Conectar la cánula al aspirador, sujetando el tenáculo y el extremo posterior de la cánula con una mano y el aspirador con la otra.

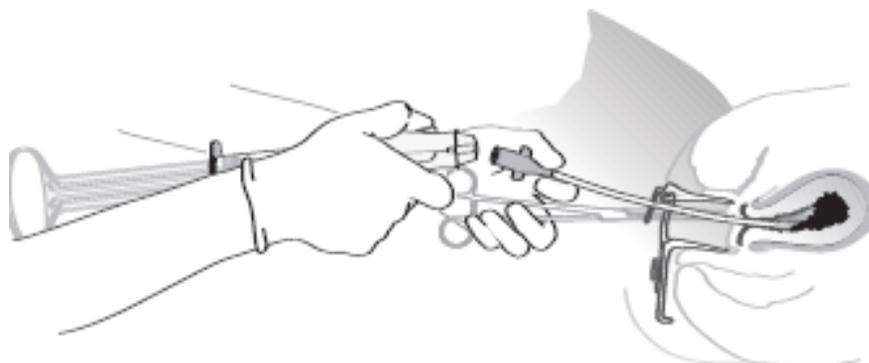


Figura 6: Colocación del aspirador a la cánula de AMEU

Fuente: Frankel A. Como realizar la evacuación endouterina con el aspirador IPAS AMEU ⁽⁷⁾.

9. Liberar el vacío oprimiendo los botones y la aspiración comenzará de inmediato. Realizar la evacuación del contenido del útero desplazando lenta y suavemente la cánula y el aspirador con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento de adentro hacia afuera.

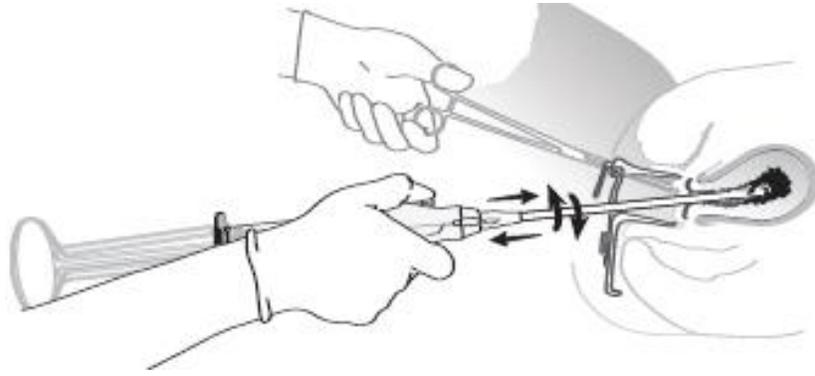


Figura 7: Aspiración del contenido endouterino

Fuente: Frankel A. Como realizar la evacuación endouterina con el aspirador IPAS AMEU ⁽⁷⁾.

10. Se observará tejido y sangre a través de la cánula y en el cilindro aspirador. Si este se llena o pierde el vacío, desconectarlo y verter el contenido y conectarlo nuevamente a la cánula. Aspirar hasta que se realice la evacuación completa.



Figura 8: Vaciamiento de contenido endouterino de la jeringa de AMEU

Fuente: Klein S. Un libro para parteras ⁽²¹⁾.

11. Una vez acabado el procedimiento, suelte los botones y desconecte la cánula del aspirador y retirarlo.

12. Verificar la hemostasia y retirar todo el instrumental ^(7, 21).

Dolor percibido durante la aspiración manual endouterina

La percepción del dolor pélvico es más compleja que una simple estimulación periférica hacia el cerebro, ya que, contiene elementos físicos, psicológicos y sociales ⁽²²⁾.

El cuello uterino esta innervado por fibras parasimpáticas que provienen de los nervios sacros S2 a S4; que ingresan al cérvix adyacentes a los vasos uterinos. El fondo uterino es innervado por fibras simpáticas de las ramas T10 a T11, a través del nervio hipogastrio inferior, el mismo que ingresa por los ligamentos uterosacros. La dilatación cervical y manipulación uterina son las principales fuentes de estímulos dolorosos, que siguen las vías antes descritas ⁽²²⁾.

Sin embargo, existen otros factores que afecta la percepción del dolor. Dentro de las características del paciente tenemos: ninguno o pocos embarazos previos, las adolescentes, antecedente de dismenorrea y cuadros como ansiedad y depresión, son factores que aumentan el grado de dolor percibido por la mujer sometida a la aspiración manual endouterina ⁽²²⁾.

La mujer que será sometida a un AMEU, experimenta distintos grados de ansiedad, el mismo que impacta de forma significativa en la percepción del dolor durante el procedimiento. Diversos estudios han confirmado, que a mayor grado de ansiedad, será mayor el dolor percibido por la paciente; así, como es menor el dolor referido, en pacientes en los que se les ha practicado este procedimiento previamente ⁽²²⁾.

Algunos estudios han encontrado, que mejorar el ambiente donde se realiza la aspiración manual endouterina con música relajante, luces bajas y temperatura cálida, disminuiría de forma significativa el dolor percibido por las pacientes ⁽²²⁾.

La colocación inicial del espéculo y el pinzamiento del labio anterior con el tenáculo, también aumentaría discretamente la percepción del dolor por la paciente, al aumentar los niveles de ansiedad previos al procedimiento ⁽²²⁾.

Manejo del dolor durante la aspiración manual endouterina

La elección de la anestesia depende de varias variables, sobretodo dependiente del paciente, del operador y de los medios que estén disponibles. Muchos métodos son usados, el objetivo es proveer el confort y la relajación suficiente para poder realizar de manera adecuada el procedimiento ⁽²²⁾.

Dentro de los más usados se tiene actualmente, al bloqueo paracervical con o sin premedicación (46%), la combinación de la anestesia local con sedación endovenosa consciente (33%) y la anestesia general o sedación profunda (21%) ⁽²²⁾.

Para ello, las guías de procedimientos desarrolladas por diversos centros de salud locales, nacionales e internacionales; señalan al bloqueo paracervical como medida de manejo del dolor durante el procedimiento. Sin embargo, la experiencia reporta, que la percepción de dolor por parte de las pacientes es muy variable: desde la ausencia hasta un severo dolor ^(7, 20, 23). Hay dos clases de anestésicos locales: las amidas y los ésteres, estos últimos son los más utilizados por su estabilidad y baja reacción alérgica ⁽²²⁾.

Las guías nacionales, citamos como ejemplo la del Instituto Nacional Materno Perinatal y la del Hospital Cayetano Heredia, indican utilizar lidocaína al 1% como anestésico local. Se aplica 5mL en los puntos 4 y 6 o 5 y 7 del cuello uterino a 0.5 - 1 cm de profundidad, esperando el efecto anestésico por 3 a 5 minutos ^(20,24).

Existen muchos estudios que han comparado la eficacia del bloqueo paracervical versus su asociación con otros métodos de analgesia, para manejo del dolor durante la realización del AMEU, pero no siendo concluyentes ^(8, 9, 10, 11).

En este contexto, se ha reportado que la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como ibuprofeno o naproxeno, disminuye el dolor durante el procedimiento comparado con placebo; además, su efecto en la disminución del dolor postoperatorio, es superior que las pacientes tratadas con tramadol ⁽²²⁾.

Las benzodiazepinas, como el diazepam o midazolam, han sido utilizadas como premedicación en dosis bajas para procedimientos ambulatorios como el AMEU, ya que disminuye el nivel de ansiedad de la paciente ⁽²²⁾. Debido a su mecanismo de acción, el tiempo de recuperación es más prolongado. Además, como tiene un potente efecto amnésico, se debe cuidar a que las pacientes pueden olvidar las instrucciones que se les da al alta ⁽²⁴⁾.

Los analgésicos opioides son también recomendados para pacientes ambulatorios a dosis bajas por su efecto anestésico y analgésico. La sedación que permite este grupo farmacológico, permite a los pacientes tolerar y disminuir el trauma de ciertos procedimientos ambulatorios; sin embargo, su uso no es amplio, ya que, a dosis inadecuadas produciría depresión respiratoria ^(24, 27).

La combinación de ambos grupos farmacológicos, permiten manejar una sedo-analgesia ambulatoria, que nos permita realizar procedimientos de forma segura. Es importante saber, que el grado de sedación dependerá de la dosificación farmacológica administrada al paciente, que dependerá del efecto deseado según el procedimiento específico ⁽²⁵⁾.

Debemos tener en cuenta que existen 4 grados de sedación, que están bien descritos en el siguiente cuadro ⁽²⁸⁾:

Tabla 1. Tipos de sedación

	Sedación mínima (Ansiólisis)	Sedación moderada (Sedación consciente)	Sedación-analgésia profunda	Anestesia general
Respuesta	Respuesta normal a estímulos verbales	Respuesta determinada a estímulos verbales o táctiles	Respuesta determinada después de estímulos repetidos o estímulos dolorosos	Sin respuesta, aun con estímulos dolorosos
Vía aérea	Patente	No se requiere intervención	Puede requerir sostén	Sostén siempre necesario
Ventilación espontánea	Presente	Adecuada	Puede ser inadecuada	Frecuentemente inadecuada
Función cardiovascular	Sin cambios	Usualmente estable	Usualmente estable	Puede estar deteriorada

Fuente: Bogetti G. Anestesia en procedimientos Ginecológicos-Obstetricos en Cirugía Ambulatoria o de corta Estancia ⁽²⁵⁾.

Una sedación no adecuada puede resultar en molestia o lesión al paciente por una cooperación deficiente o una respuesta fisiológica adversa o psicológicas al estrés; o de lo contrario pueden resultar en depresión cardíaca o respiratoria, la cual debe ser reconocida rápidamente y ser tratada adecuadamente para evitar el riesgo de daño cerebral hipóxico, paro cardíaco o muerte ⁽²⁵⁾.

Hay que considerar que no siempre es posible el predecir cómo responderá un paciente específico a medicaciones analgésicas o sedantes, por lo que el médico que administra la sedación se enfocaran en producir un nivel de sedación deseado, de tal manera que sea posible rescatarlos del siguiente nivel de sedación más profunda, al nivel de sedación elegido ^(25, 27).

Cualquiera sea el caso, es importante manejar el dolor de adecuadamente a fin de brindar a la paciente una atención con calidad que permita: reducir la ansiedad del paciente, disminuir el dolor producido por la realización de procedimientos, aumentar la tolerancia del paciente en las intervenciones, evitar los riesgos asociados con la anestesia general, permitir una recuperación y egreso más rápido ^(26, 27).

2.3 Definición de términos

Aborto: Es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado menor o igual a 500 gramos ⁽²⁾.

Aspiración manual endouterina: Es el procedimiento que se realiza para gestaciones menores de 12 semanas, este método tiene menos complicaciones que el legrado uterino, se utiliza anestesia local, consiste en introducir una cánula al útero a través del cérvix y unirlo en la cual se ha preparado una presión de vacío, se producirá la aspiración del contenido uterino cuando esta presión negativa de la jeringa será transmitida al interior del útero ⁽⁷⁾.

Evacuación endouterina: Es la extracción del contenido del útero. Cuando no se logran expulsar en su totalidad se denomina retención de restos lo que conlleva posteriormente a realizar un legrado uterino ⁽¹⁾.

Dolor: Sensación más o menos localizada de malestar, molestia o aflicción, resultante de la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas ⁽²⁵⁾.

Sedación: El estado de la consciencia que permite a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros mientras se mantienen una adecuada función cardiopulmonar y la habilidad de responder de forma adecuada a órdenes verbales y/o estímulos táctiles ⁽²⁷⁾.

Sedación mínima: Se refiere a un grado muy superficial de sedación el cual existe una respuesta normal a la estimulación verbal; la vía aérea, la respiración espontánea y la función cardiovascular no están afectadas. En otras palabras, se refiere a un paciente tranquilo, cooperador y despierto ⁽²⁵⁾.

Sedación/analgesia moderada: Es el grado de sedación consciente. Se refiere al paciente bajo efectos de sedantes y analgésicos, en los que el paciente está

tranquilo, y que responde a estimulación verbal o táctil, y donde también están mantenidas la vía respiratoria, la respiración espontánea y la función cardiovascular. Este grado se refiere a paciente tranquilo, sedado y cooperador a órdenes verbales o táctiles ⁽²⁵⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

El presente estudio no cuenta con hipótesis de investigación, ya que, al ser un estudio de tipo descriptivo, no permite establecer relación entre las variables.

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento	Cuantitativa	Fecha de nacimiento	Razón	Años	DNI
Gestaciones	Total de gestaciones previas	Cualitativa	Número de gestaciones previas al aborto	Ordinal	Primigesta (01 gestación previas) Segundigesta (02 gestaciones previas) Multigesta (más de 02 gestaciones previas)	Historia clínica
Paridad	Total de partos previos	Cuantitativa	Número de partos previos al aborto	Ordinal	Primipara (1 parto previo al aborto) Segundipara (02 partos previos al aborto) Multipara (más de dos partos previos al aborto)	Historia clínica
Edad gestacional	Periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el termino del embarazo	Cuantitativa	Fecha de ultima regla	Razón	Semanas gestacionales	Historia clínica
Duración del procedimiento	Periodo de tiempo empleado en la realización del AMEU	Cuantitativa	Periodo de tiempo comprendido desde el inicio hasta el término del AMEU	Razón	Minutos	Reporte operatorio de la aspiración manual endouterina
Expreso dolor durante la realización del procedimiento	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada un procedimiento o lesión	Cualitativa	Dolor percibido durante la aspiración manual endouterina	Nominal	Si No	Reporte operatorio de la aspiración manual endouterina

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño

Según las características del estudio, se trata de una investigación observacional, descriptiva, transversal y retrospectivo.

Según la intervención del investigador: Es observacional, debido a que el investigador no controla las variables de estudio.

Según el alcance: Es descriptivo porque no tiene hipótesis que denoten una relación de causa y efecto. Solo va a describir los hallazgos de las variables a estudiar.

Según el número de mediciones de las variables: Es transversal, ya que, las variables en estudio serán medidas una sola vez. No tiene un seguimiento a través del tiempo.

Según el momento de la recolección de datos: Es retrospectiva, puesto que los datos serán recolectados después de realizado los procedimientos.

4.2 Diseño muestral

Población universo

La población universo estará conformada por todas las mujeres en edad fértil que acuden de forma voluntaria al Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José.

Población de estudio

La población de estudio estará conformada por todas las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que acuden de forma voluntaria al Servicio de Emergencia de

Ginecología y Obstetricia del Hospital San José, durante el 2019, y que son sometidas a una aspiración manual endouterina.

Tamaño de muestra

Todas las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que acuden de forma voluntaria al Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José durante el 2019, que cumplan con los criterios de inclusión y que sean sometidas a una aspiración manual endouterina.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Paciente con diagnóstico de aborto incompleto no complicado, menor o igual a 12 semanas de gestación o con un útero menor o igual a 12cm que le hayan realizado una aspiración manual endouterina.

Criterios de exclusión

- Aborto Séptico
- Anemia severa
- Paciente cuya historia clínica está incompleta o no tenga correctamente llenada, el reporte operatorio de la aspiración manual endouterina.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Los datos que se estudiarán en esta investigación, serán recolectados de la historia clínica de las pacientes que fueron incluidas en el estudio. De dicha historia, se revisara la nota de ingreso de la paciente y el reporte operatorio del procedimiento en donde se consignan los datos importantes de este estudio.

La ficha de recolección de datos consigna los siguientes datos (Anexo 2):

- Paciente N°: Es un número entero que se coloca para identificar a las pacientes. La numeración es correlativa en función al orden de atención.
- Edad de la paciente: se extraerá de la nota de ingreso de la paciente.

- Gestaciones previas se extraerá de la nota de ingreso de la paciente.
- Paridad: se extraerá de la nota de ingreso de la paciente.
- Fecha de última regla se extraerá de la nota de ingreso de la paciente.
- Edad gestacional se extraerá de la nota de ingreso de la paciente.
- Funciones vitales al inicio y al final del procedimiento: se extraerá del reporte del procedimiento.
- La hora de inicio y término del procedimiento: se extraerá del reporte del procedimiento.
- Medicación utilizada para el manejo del dolor: se extraerá del reporte del procedimiento.
- Expresión de dolor durante el procedimiento: se extraerá del reporte del procedimiento.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos de la ficha de recolección, serán procesadas en un Programa estadístico SPSS Vs. 18, en donde se realizará un análisis univariado y bivariado de las variables estudiadas.

Las variables cualitativas, se analizarán en frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se analizarán con los valores de media, mediana, moda, desviación estándar.

Los resultados serán expuestos en tablas y gráficos según el tipo de variable, y en función a los resultados que se deseen resaltar.

4.5 Aspectos éticos

Se realizará una carta a la Dirección del Hospital, a la Oficina de Docencia y a la Jefatura del Servicio, solicitando la autorización para realizar la investigación, explicando la importancia y el impacto que tendrán los resultados de la investigación en el desarrollo de protocolos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología

El responsable de esta investigación, no manipula las variables de estudio; solo recopilará los datos después de realizado el procedimiento.

CRONOGRAMA

Pasos	2018			2019												2020				
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Redacción del proyecto de investigación	X	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Aprobación del proyecto de investigación			X																	
Recolección de datos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Procesamiento y análisis de datos																X	x	x	x	
Elaboración de Informe																			x	x
Correcciones del trabajo de investigación																x	x	X	X	
Aprobación del trabajo de investigación																				X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Copias de ficha de recolección de datos (500 fichas)	50.00
Adquisición de software para análisis estadístico	100.00
Logística	100.00
Movilidad	1440.00
Refrigerio	500.00
TOTAL	2390.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev peru ginecol obstet. 2015; 61(1): 57-64.
2. Távara L, Orderique L, Mascaró P, Cabrera S, Gutiérrez M, Paiva J et al. Costos de la atención postaborto en hospitales de Lima, Perú. Rev peru ginecol obstet. 2012; 58(4): 241-251.
3. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. Lancet 2016; 338: 258-267.
4. León W, Yépez E, Nieto MB, Grijalva S, Cárdenas M, Carrión F et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto en una muestra de médicos gineco-obstetras de Ecuador. Rev peru ginecol obstet. 2016; 62(2): 169-174.
5. Raush M, Lorch S, Chung K, Frederick M, Zhang J, Barnhart K. Un análisis de la relación costo-eficacia del manejo quirúrgico versus médico de la pérdida precoz del embarazo. [Internet]. 2012 [Consultado el 24 de oct 2018]; 29(1). Disponible en: <http://www.revistafertilidad.org/noticias/pspan-classart--pg1--t-tulo-espaa-olun-anaacutelisis-relacioacuten-costo-eficacia-/78>.
6. Herrea J. Bloqueo paracervical con lidocaína simple versus analgesia con fentanilo para aliviar el dolor durante la aspiración manual endouterina por aborto retenido, Hospital Alemán Nicaragüense, Abril a Noviembre, 2015. [Tesis]. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2016.
7. Frankel A, Nina A, Abernathy A. Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip: folleto instructivo. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte. 2004.
8. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito, Ecuador

2013: 1° Edición. Dirección Nacional de Normatización. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

9. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Ministerio de Salud. Perú, 2017

10. Naiker M. A study comparing paracervical block with procedural sedation in the surgical management of incomplete/missed miscarriages. [Tesis]. Cape Town, South Africa: University of Cape Town, 2014.

11. López G. Satisfacción de usuarias en analgesia y anestesia paracervical en AMEU, post aborto. [Tesis]. Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, 2015.

12. Tangsiriwatthana T, Sanghkomkamhang S, Lumbiganon P, Loapaiboon M. Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane database Syst Rev*; 30(9). [Internet]. 2013. Extraído el 01 de Noviembre 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085642>.

13. López J, Vigil-De Garcia P, Vega-Malek J, Vergara V. A randomized comparison of different methods of analgesia in abortion using manual vacuum aspiration. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007, 99 (2): 91-94.

14. Gómez P, Gaitan H, Nova C y Paradas A. Paracervical Block in complete abortion using manual vacuum aspiration: randomized clinical trial. *Obstet Gynecol*. 2004, 103 (5): 945-951

15. Natalia A, Galadanci H, Ibrahim A, Mohammad Z. Comparison of Effectiveness of pain management during Manual vacuum aspiration using single-agent analgesic and combination: a randomized double-blind controlled trial. 2015; 5: 224-250. [Internet]. Extraído el 11 de Noviembre del 2018. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=56145>.

16. Egzaibher T, Ruminjo J, Sekadde-Kigondu C. Pain relief using paracervical block in patients undergoing manual vacuum aspiration of uterus. *East Afr Med J.* 2002; 79(10): 530-540.
17. Távara L. El aborto como problema de Salud Pública en el Perú. *Rev peru ginecol obstet.* 2001, 47(4): 250-254.
18. Cajina C. El aborto como problema de Salud Pública. *Boletín Informativo. Organización Mundial de la Salud;* 2013.
19. Suzanne S. Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. *Organización Mundial de la Salud.* 2 edición. 2012
20. Callahui I. Complicaciones de la Aspiración Manual Endouterina Instituto Nacional Materno Perinatal. 2015. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres, 2016.
21. Hesperian Health Guides. Como hacer la AMEU. [Internet]. [Consultado 10 Nov 2018]. Disponible en: http://es.hesperian.org/hhg/A_Book_for_Midwives:C%C3%B3mo_hacer_la_AMEU
22. Meckstroth K, Mishra K. Analgesia/pain management in first trimestre surgical abortion. *Clinical Obstet Gynecol.* 2009; 52(2): 160-170.
23. Sharma M. Manual vacuum aspiration: an outpatient alternative for surgical management of miscarriage. *Clinical Obstet Gynecol;* 17: 157-161. [Internet] 2015. Extraído el 10 de noviembre del 2018. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tog.12198>.
24. Montes A. Guía de procedimientos asistencial de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. 2014.

25. Bogetti G. Anestesia en procedimientos Ginecológicos-Obstetricos en Cirugía Ambulatoria o de corta Estancia. Anestesiología Mexicana en Internet. [Internet]. Disponible en <http://www.anestesia.com.mx/art39.html>.

26 Hospital General de Mexico. Guía para el manejo de la sedoanalgesia en el Hospital general de México “Dr Eduardo Liceaga”. Ministerio de Salud de Mexico. 2015.

27. Rojas W y Camacho M. Sedación ¿Qué es? ¿Quién debe administrarla? Acta méd costarrc, 2004; 46(2): 68-71

28. Soto Luis. ¿Sedación? Límites y responsabilidades. Revista Mexicana de Anestesiología. 2015; 38(1): 567-569.

ANEXO

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
MANEJO DEL DOLOR DURANTE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA EN PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO HOSPITAL SAN JOSE 2019	¿Cuáles son los esquemas de manejo de dolor que se utilizan durante la aspiración manual endouterina, en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Hospital San José durante el 2019?	<p>Objetivo general Describir los esquemas de manejo del dolor que se utilizan durante la aspiración manual endouterina, en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto atendidas en el Hospital San José durante el 2019.</p>	Observacional descriptivo transversal retrospectivo	<p>Población de estudio Todas las mujeres con aborto incompleto que acuden al Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José durante el 2019, y que son sometidas a una aspiración manual endouterina</p> <p>Procesamiento de datos Programa estadístico SPSS versión 18, en donde se realizará análisis univariado y bivariado de las variables estudiadas.</p>	Ficha de recolección de datos
		<p>Objetivos específicos Identificar cual es el esquema de manejo del dolor más utilizado durante la aspiración manual endouterina, en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.</p> <p>Describir la efectividad de la analgesia y anestesia del</p>			

		<p>bloqueo paracervical en relación a la percepción del dolor, durante la realización de la aspiración manual endouterina en pacientes con aborto incompleto.</p> <p>Analizar la efectividad de la analgesia y anestesia del bloqueo paracervical combinado con uso de fentanilo en relación a la percepción de dolor, durante la realización de la aspiración manual endouterina en pacientes con aborto incompleto</p> <p>Determinar la efectividad de la analgesia y anestesia del bloqueo paracervical combinado con uso de benzodiacepina por vía endovenosa en relación a la percepción de dolor, durante la realización de la aspiración manual endouterina en pacientes con aborto incompleto</p>			
--	--	---	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

1. PACIENTE N°: _____ EDAD: _____
2. GESTACIONES : () PRIMIGESTA () SEGUNDIGESTA () MULTIGESTA
3. PARIDAD : () PRIMIPARA () SEGUNDIPARA () MULTIPARA
4. FECHA DE ÚLTIMA REGLA: __/__/__ 5) EDAD GESTACIONAL: _____ SEMANAS

DATOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

1. FUNCIONES VITALES AL INICIO DEL PROCEDIMIENTO

PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ SATO2: _____

2. DURACIÓN: HORA DE INICIO: __:__ HORAS HORA DE TÉRMINO: __:__ HORAS

3. MANEJO DEL DOLOR

- () BLOQUEO PARACERVICAL
- () BLOQUEO PARACERVICAL Y BENZODIACEPINA
- () BLOQUEO PARACERVICAL Y OPIOIDE

4. EXPRESO DOLOR DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

SI ()

NO ()