

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

**SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN ANALGESIA Y
ANESTESIA PARA CERVICAL EN AMEU, POST ABORTO**

GLADYS PAOLA LÓPEZ VÁSQUEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Febrero 2015



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: Gladys Paola López Vásquez

Carné Universitario No.: 100019897

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "Satisfacción de usuarias en analgesia y anestesia para cervical en ameu, post aborto"

Que fue asesorado: Dra. Alcira Carlota Cifuentes López

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2015.

Guatemala, 03 de febrero de 2015


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



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO**

Oficio No.39-2014
Quetzaltenango 20 de Marzo del 2014

Doctor
Jesen Hernández
Docente responsable
Especialidad de Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente

Respetable Dr. Hernández:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado y aprobado el trabajo de tesis titulado: "SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN ANALGESIA Y ANESTESIA PARA CERVICAL EN AMEU, POST ABORTO HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo del **Dra. Gladys Paola López Vásquez**, previo a optar el Grado de Maestra en Ciencias Medicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Medicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"


DR. JULIO FUENTES MERIDA MSc.
REVISOR DE TESIS
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE



Quetzaltenango, 20 de marzo de 2014.

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General de Programa de Maestría y Especialidades

Escuela de Estudios de Post-Grado

Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado "SATISFACCION DE USUARIAS EN ANALGESIA Y ANESTESIA PARA CERVICAL EN AMEU, POST ABORTO HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE 2011" a cargo de la Dra. Gladys Paola López Vásquez, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,



Dra. Alcira Carlota Cifuentes López

Asesor de Tesis

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional de Occidente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CIENCIAS DE LA SALUD

RESUMEN

SATISFACCION DE USUARIAS CON ANALGESIA Y ANESTESIA PARACERVICAL EN AMEU, POS ABORTO HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE 2011.

Autor: Gladys Paola López Vásquez

OBJETIVO. Evaluar la satisfacción de usuarias en la efectividad de la analgesia y anestesia para cervical en las pacientes con diagnóstico de Aborto, sometidas a Aspiración Manual Endouterina

ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO

POBLACIÓN: Pacientes que acudan al servicio de labor y partos admisión y sean diagnosticadas por Aborto.

Para el año 2009 el total de pacientes egresadas del servicio de labor y partos con diagnóstico de pos AMEU fue de 850, el cual se tomara como universo de la presente investigación. Estos datos fueron obtenidos del departamento de archivo y estadística del Hospital Regional de Occidente.

RESUMEN En el presente estudio transversal analítico se ha tomado como el universo a las pacientes que acudieron al servicio de emergencia con un diagnóstico de aborto incompleto no complicado, menor o igual a 12 semanas de edad gestacional. Teniendo un total de 320 pacientes a quienes se les paso una ficha de recogida de datos basado en una escala de dolor gráfico (caras) antes, durante y después del procedimiento de aspiración manual endouterina.

De acuerdo con los datos obtenidos, se observó que del total de pacientes (320) En su mayoría de 21 a 40 años de edad, con un total de 93%, las pacientes mayores de 40 años ocuparon un 5% y menores de 15 años el 2%, en relación con el estado civil sólo 34,3 % estaban casadas, 65,7 % De ellos no tenían ninguna vinculación jurídica, con relación a la escolaridad el 34 % de los pacientes eran analfabetos y 66 % tenían algún grado de escolaridad, en relación con la paridad, el 33,5 % eran primigestas y el 66,5 % ya tenía un historial de gestación, el diagnóstico en el momento de su entrada fue aborto incompleto en el 56,57 % Seguido por el embarazo anembrionico en 21,8 % y aborto retenido en el 21.56%.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CIENCIAS DE LA SALUD

ABSTRACT

USER SATISFACTION WITH ANESTHESIA AND ANALGESIA IN PARACERVICAL AMEU, PATIENTS POS ABORTION GYNECOLOGY, NATIONAL HOSPITAL OF THE WEST 2011.

Autor: Gladys Paola López Vásquez

OBJECTIVE.

Evaluate the satisfaction of users in the effectiveness of the Para cervical analgesia and anesthesia in patients with a diagnosis of abortion, subjected to manual vacuum aspiration

ANALYTICAL CROSS-SECTIONAL STUDY

POPULATION OR universe: Patients who come to the service work and deliveries of admission and are diagnosed by abortion.

For the year 2009 the total number of patients who graduated from the service work and deliveries with a diagnosis of pos MVA was 850, which will take as a universe of the present investigation. These data were obtained from the department of statistics and file of the Hospital Regional de Occident.

ABSTRACT In the present analytical cross-sectional study was taken as the universe of patients who attended the service work and deliveries of admission with a diagnosis of incomplete abortion not complicated, less than or equal to 12 weeks of gestational age, taking a total of 320 patients who were step a tab of data collection based on a pain scale graph (faces) before, during and after the procedure of manual vacuum aspiration.

In accordance with the data obtained in the ballot pickup it was observed that of the total patients (320) Mostly comprised of 21 to 40 years of age with a total of 93 %, only 6.95 % were teenagers and 18.68 % were older than 35 years of age, in relation to the civil status only 34.3 % were married, 65.7 % of them had no legal link In relation to schooling the 34% of the patients were illiterate and 68.75 % had some degree of schooling, in relation to the parity, 33.5 % were enrolled with its first gets and the 66.5 % already had a history of gestation, the diagnosis at the time of their entry was incomplete abortion in the 56.57 %, followed by pregnancy anembrionico in 21.8 % and retained abortion in the 21.56%

INDICE

I. INTRODUCCION.....	01
II. ANTECEDENTES.....	03
2.1 Aborto.....	03
2.2 Aborto Incompleto.....	03
2.3 Aspiración Manual Endouterina.....	03
2.4 Atención Post Aborto.....	08
2.5 Definición del dolor.....	10
2.6 Técnica para realizar el bloqueo Para cervical.....	15
2.7 Manejo del Dolor en Etapas del APA.....	16
2.8 Calidad de Atención.....	16
III. OBJETIVOS.....	18
3.1 General.....	18
3.2 Específicos.....	18
IV. MATERIAL YMETODOS.....	19
4.1 Tipo de estudio.....	19
4.2 Población.....	19
4.3 Criterios de inclusión.....	19
4.4 Criterios de exclusión.....	20
4.5 Variables estudiados.....	20
4.6 Instrumento utilizado.....	22
4.7 Procedimiento de recolección de información.....	22

4.8 Procedimiento de análisis.....	22
V. RESULTADOS.....	23
Gráfica 1.....	23
Gráfica 2.....	24
Gráfica 3.....	25
Gráfica 4.....	26
Gráfica 5.....	27
Gráfica 6.....	28
Gráfica 7.....	29
Gráfica 8.....	30
Gráfica 9.....	31
Gráfica 10.....	32
Gráfica 11.....	33
Gráfica 12.....	34
Gráfica 13.....	35
5.1 Cruce de Variables.....	36
Grafica 1.....	36
Grafica 2.....	37
Grafica 3.....	38
Grafica 4.....	39
Grafica 5.....	40
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	41

6.1 Discusión.....	41
6.2 Conclusiones.....	44
6.3 Recomendaciones.....	45
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
VIII. ANEXOS.....	48
8.1 Boleta de recolección de información.....	49
8.2 Consentimiento informado.....	50

I INTRODUCCION

En el ámbito mundial el aborto es considerado un problema de salud pública, que pone en riesgo la vida de la mujer, así surge la técnica de la Aspiración Manual Endouterina, que propicia una atención más humanizada a las usuarias que llegan al hospital con un aborto incompleto.

En el año 2005, en el Hospital General San Juan de Dios, se realizó un estudio comparativo con 279 pacientes respecto al manejo del legrado intrauterino con la aspiración manual endouterina, encontrando en el último procedimiento un alivio del dolor en el 61% de las pacientes (11)

El procedimiento de Aspiración Manual Endouterina consiste en retirar de la cavidad uterina los tejidos residuales o retenidos. (9) La efectividad de la técnica de Aspiración Manual Endouterina como tratamiento del aborto incompleto fue comprobado por el Dr. Juan de Dios Maldonado, quien realizó un estudio de investigación en México en el año 1999 concluyendo que “La técnica de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es un procedimiento sencillo, seguro, efectivo y aceptado por los pacientes, ya que es económico, rápido, no requiere de hospitalización en comparación al Legrado Uterino Instrumental.

Tal es así que esta técnica viene siendo implementada en los Hospitales de todo el país; siendo el Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango una de las primeras instituciones en su implementación; y para el año 2010 se realizan 750 procedimientos de AMEU.

El estudio se realizó con el objetivo de Evaluar la satisfacción de usuarias en la efectividad de la analgesia y anestesia para cervical en las pacientes con diagnóstico de Aborto, sometidas a Aspiración Manual Endouterina en pacientes que fueron atendidas por aborto incompleto y que se les realizó AMEU en enero de 2011 a enero de 2012 y conocer los factores que contribuyen en la efectividad del manejo del dolor a través de escala de dolor.

Estudio analítico transversal. Se encuestaron 320 pacientes, antes durante y después del procedimiento de AMEU, se evaluó el dolor a través de escala del dolor facial y se revisó el cumplimiento de normas establecidas del MSPAS tomando en cuenta múltiples

variables que intervienen en una atención de calidad. Como instrumento principal se utilizó la boleta de recolección de datos. De un total de 320 pacientes 54% están comprendidas entre 26 a 40 años de edad y fueron quienes **no** presentaron ningún tipo de dolor, quienes presentaron dolor como insoportable (9-10puntos) fueron las pacientes menores de 15 años de edad. El 23% no recibió consejería ni apoyo emocional y el 77% restante recibieron consejería, y de éste porcentaje 25% fue proporcionada por médicos externos y residentes, en donde se observó que sorprendentemente el 85.4% de las pacientes no presentaron dolor. En cuanto a Planificación Balanceada, el 89% aceptaron algún método de planificación familiar. La edad, la escolaridad y la consejería y apoyo balanceado proporcionada por personal calificado son factores determinantes en la percepción del dolor durante el procedimiento de AMEU.

En este estudio se tomó en cuenta los 3 pilares básicos de Atención posaborto (AMEU, Consejería y MPF) encontrando un alivio del dolor hasta en el 80% de la población en estudio.

Se puede decir que influye la calidad de consejería balanceada **hacia las pacientes antes durante y después del procedimiento de AMEU, ya que en total, el 41%** de las pacientes que recibieron consejería presentaron dolor a pesar de recibir la misma, sin embargo se evidenció que el personal con mayor experiencia y quizá el más capacitado para la consejería fue el de mayor nivel académico. Mencionando que la literatura indica que con un trato amable y adecuado apoyo emocional, el bloqueo para cervical es generalmente la mejor opción para el manejo eficaz del dolor en la AMEU. (5) El objetivo del manejo del dolor es asegurar que la paciente tenga el mínimo de ansiedad y de molestias, así como el menor riesgo para su salud.

II. ANTECEDENTES

2.1 Aborto

Se llama aborto a toda expulsión espontánea o provocada del embarazo antes que el feto este lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno, generalmente antes de las 20 semanas de gestación.

2.2 Aborto Incompleto

Al ocurrir antes de la décima semana, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente después de este tiempo se eliminan separadamente. (1,4,6). El orificio cervical interno permanece abierto, permitiendo la expulsión de material sanguíneo y fetal.

2.3 Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La Aspiración Manual Endouterina (**AMEU**) utiliza un dispositivo con forma de Aspirador que produce el vacío, el cual permite la succión del contenido del útero sin requerir generalmente de dilatación cervical. La Aspiración Manual Endouterina es la técnica de primera opción en el tratamiento de mujeres con aborto incompleto recomendada en el Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica expedido por la Secretaria de Salud. Esta tecnología también está avalada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (**FIGO**) y por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**). (8)

La AMEU comprende una serie de cánulas de plástico flexible (Karman) y de diversos diámetros (4 a 12 mm) que permiten adecuar la atención a la situación de la mujer y hasta evitar la necesidad de dilatación cervical. Por su singular diseño, las cánulas permiten medir la cavidad uterina y sus orificios permiten la aspiración del tejido retenido y el raspado suave y efectivo del revestimiento del útero. Todas las cánulas tienen la punta redondeada y un diámetro uniforme en toda su extensión. Ambas características favorecen la seguridad de su uso al disminuir el riesgo de perforación uterina y de lesión cervical.

La cánula se conecta al aspirador, el cual tiene una apariencia similar a la de una jeringa grande y permite producir manualmente un vacío y conservarlo en el cilindro. La

aspiración del tejido retenido es realizada al introducir la cánula en el interior del útero, conectarla al Aspirador y liberar el vacío. La fuerza de succión generada permite aspirar el tejido a través de la cánula. Una vez que da inicio la aspiración, el cilindro contiene el tejido evacuado. La capacidad del cilindro es de 60 centímetros cúbicos y produce un nivel de succión de 26 pulgadas de mercurio (igual a la de un aspirador eléctrico) que se mantiene casi constante hasta que se llena 90 por ciento de su capacidad. (8,9)

AMEU está indicada en las siguientes condiciones:

- Aborto incompleto antes de las 12 semanas
- Embarazo anembriónico,
- Mola hidatiforme
- Retención de restos placentarios y
- Aborto diferido (huevo muerto y retenido)

Antes de iniciar el procedimiento de AMEU, el profesional médico debe asegurarse de que se tengan en cuenta los siguientes aspectos relacionados con la atención médica prestada a la paciente: la evaluación clínica, la consejería, el manejo del dolor, el consentimiento voluntario de la paciente basado en una información cabal y objetiva, la prevención de infecciones y un plan para el control y tratamiento de las complicaciones.

Debe llevarse a cabo una evaluación clínica completa de la paciente que incluya su historia médica general, un examen pélvico, la ubicación y la altura del útero y una evaluación psicosocial. Es más probable que una mujer que ingresa con un aborto incompleto presente complicaciones, que aquella que acude al establecimiento de salud a someterse a un aborto inducido. Por lo tanto, las mujeres que acuden a recibir tratamiento por un aborto incompleto o sus complicaciones (atención postaborto) requieren una evaluación detallada antes de someterse al procedimiento de AMEU. Si presentan signos de infección, trauma, cuerpos extraños o laceraciones, se les debe prestar asistencia médica de acuerdo a los protocolos institucionales y las normas médicas locales.

La consejería de buena calidad proporciona a la mujer apoyo emocional mientras que contribuye a la eficacia del procedimiento.

Por lo general, el bloqueo para cervical, la analgesia u otro sedante suave y unas palabras tranquilizadoras son suficientes para proporcionar bienestar a la mujer durante el procedimiento.

Obtener por escrito o verbalmente el consentimiento informado y voluntario de la paciente ayuda a asegurar que la mujer entiende y está de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto, incluidos sus beneficios, riesgos y otras alternativas.

Preparación para el procedimiento

Asegurar que todo el equipo y suministros necesarios se encuentren disponibles.

Seleccione las cánulas de tamaño apropiado.

Se recomienda tener a disposición varios tamaños de cánulas. Si se usa una cánula demasiado pequeña, puede que el tejido la obstruya y se imposibilite la aspiración. Si bien el tamaño de la cánula usada depende, hasta cierto punto, de la preferencia del prestador de servicios de salud,

Inspeccione el instrumental.

Cerciórese de que el aspirador conserva el vacío. Deseche los aspiradores que tienen grietas o defectos visibles y que ya no tienen la capacidad de conservar el vacío.

Cargue el aspirador. Si no conserva el vacío, revise el anillo-O y lubríquelo si es necesario. Si aún no consigue conservar el vacío, deséchelo y use otro aspirador.

Técnica de no tocar:

Las partes del instrumental que entrarán en contacto con el útero no deben tocar otros objetos o superficies no estériles, incluida la pared vaginal, antes de ser introducidas. Esto se conoce como la técnica de no tocar.

Equipo y suministros recomendados:

- un espacio privado donde se realice la consejería
- se practique el procedimiento
- mesa de procedimientos
- lámpara con luz de buena intensidad
- asiento
- ropa hospitalaria para cubrir a la paciente y respetar su privacidad
- agua limpia

- detergente o jabón
- guantes estériles
- hisopos de algodón
- Instrumental de AMEU: aspirador, cánulas de varios tamaños y silicona u otro lubricante adecuado
- tenáculo
- espéculo
- pinzas de falsos gérmenes
- dilatadores mecánicos (si las cánulas no son usadas para practicar la dilatación del cuello uterino)
- barreras: cubiertas para los brazos, tapabocas, guantes y anteojos para la prevención de infecciones
- antiséptico (Betadina)
- medicamentos para el dolor: analgésicos y ansiolíticos
- suministros para el bloqueo para cervical: anestésico (lidocaína al 0.5% ó 1.0%) y una jeringa de 5, 10 ó 20 ml con aguja hipodérmica número 21 ó 22 (o más delgada) o una aguja raquídea
- suministros para la inspección del tejido: colador, recipiente transparente, iluminación, pinzas y agua
- agentes y equipo de esterilización o desinfección de alto nivel para el procesamiento del instrumental
- suministros y equipo para el control y tratamiento de las urgencias: equipo de venoclisis y líquidos para administración intravenosa, o un mecanismo para estabilizar a las pacientes y luego remitirlas a otro establecimiento de salud donde puedan recibir el tratamiento adecuado.

Altura uterina en semanas Tamaño de después de la FUM cánula sugerida

Tamaño de la cánula en relación con la altura uterina

de 4 a 6 semanas después de la FUM de 4 a 7 mm

de 7 a 9 semanas después de la FUM de 5 a 10 mm

de 9 a 12 semanas después de la FUM de 8 a 12 mm

Cómo efectuar el procedimiento

El procedimiento de AMEU puede iniciarse una vez que todo el instrumental y los suministros estén listos, se haya preparado a la mujer y ella haya dado su consentimiento para iniciarlo.

Confirme los hallazgos de la evaluación clínica inicial mediante un examen pélvico bimanual estando alerta a cualquier indicio de infección y administre tratamiento inmediato de acuerdo a los protocolos

Ejecute el plan para el manejo del dolor.

Practique la preparación cervical con antiséptico.

Coloque el bloqueo para cervical

Coloque el tenáculo y ejerza una tracción suave a menos que ya lo haya hecho al colocar el bloqueo para cervical.

Dilate el cuello uterino si es necesario. .

- **Aspire el contenido uterino.**
- Introduzca suavemente la cánula hasta justo un poco más allá del orificio interno o bien desplace la cánula lentamente hacia dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero y después retírela levemente. Para facilitar la inserción de la cánula, aplique movimientos de rotación a medida que ejerza una presión suave.
- No introduzca la cánula de manera forzada, ya que los movimientos forzados pueden ocasionar perforaciones uterinas o lesiones en el cuello uterino, los órganos pélvicos o los vasos sanguíneos.
- Permanezca alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación y descontinúe la aspiración de inmediato si éstos se presentan.
- Conecte la cánula al aspirador, sujetando el tenáculo y el extremo posterior de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Tenga cuidado de no empujar la cánula más hacia dentro del útero.
- Libere el vacío oprimiendo los botones y la aspiración comenzará de inmediato.
- Practique 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. Debe tenerse cuidado de no retirar la abertura de la cánula más allá de los orificios cervicales, ya que esto ocasionaría la pérdida del vacío.
- Se observará tejido y sangre a través de la cánula y en el cilindro del aspirador.

- Si el aspirador se llena o si se pierde el vacío, desconéctelo de la cánula y sustitúyalo por otro aspirador o vacíe su contenido en un recipiente y conéctelo de nuevo a la cánula. Nunca empuje el contenido aspirado nuevamente en el útero.
- Los signos descritos a continuación indican que el útero se encuentra vacío:
 - Paso de espuma roja o rosada sin tejido a través de la cánula
 - Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del útero vacío
 - Se percibe una sensación de que el útero se contrae alrededor de la cánula
 - La paciente percibe un aumento del dolor pélvico tipo cólico cuando el útero se encuentre vacío, lo cual indica la presencia de una contracción.
- Una vez acabado el procedimiento, suelte los botones y desconecte la cánula del aspirador, o bien retire la cánula y el aspirador juntos sin soltar los botones.

Inspeccione el tejido aspirado para verificar la cantidad de restos ovulares (RO) y la presencia o ausencia de éstos. Vacíe el contenido del aspirador en un recipiente apropiado asegurándose de que la cánula esté desconectada, soltando los botones, apretando los brazos del émbolo y empujando el émbolo completamente dentro del cilindro

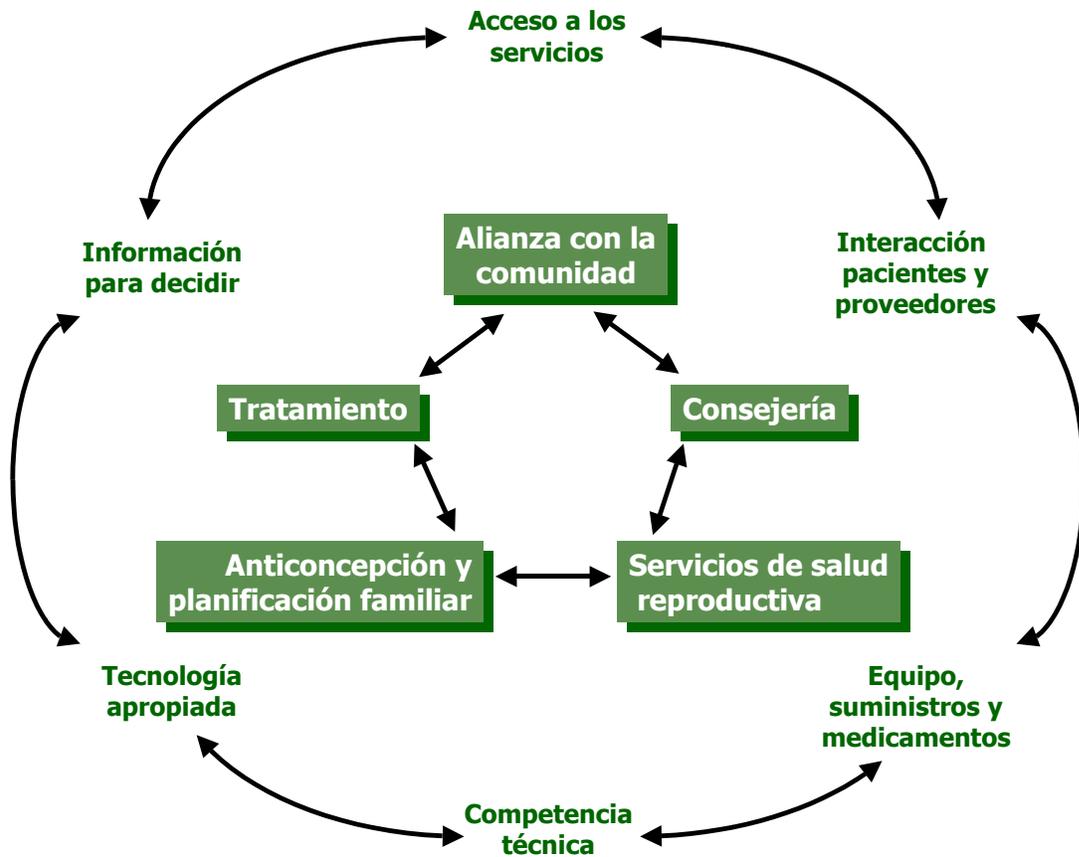
2.4 Atención Post Aborto

"Atención Postaborto" - un término acuñado a inicios de la década de los noventa - se refiere a un paquete de servicios esenciales para la salud reproductiva. Sus tres elementos son:

- Tratamiento de emergencia para complicaciones en casos de aborto espontáneo o inducido;
- Orientación y servicios de planificación familiar postaborto; y
- Vínculos entre estos servicios y otros elementos de salud reproductiva integral.

La Atención Postaborto es ampliamente reconocida como una intervención con amplio potencial para reducir la mortalidad femenina, mejorar la calidad de vida de la mujer y dar oportunidad a la mujer para que tome control de su salud reproductiva. (10)

La atención postaborto es un concepto de salud pública que trasciende el ámbito de la provisión de un servicio propiamente dicho. Es una estrategia amplia que está conformada por cinco elementos esenciales. La figura 2 detalla estos elementos.



Adaptado de Post Abortion Care Consortium, referencia 4; y Leonard y Winkler, referencia 18.

El primero de los elementos esenciales se refiere a la formación de alianzas entre la comunidad y los proveedores de servicios; que incluye pero no se limita, a prevenir embarazos no deseados y abortos practicados en condiciones de riesgo, movilizar recursos para ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y el tratamiento oportuno para las complicaciones del aborto, así como asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad en materia de salud reproductiva. El segundo elemento es el tratamiento del aborto incompleto, por medio de la técnica de AMEU o por legrado instrumental uterino (LIU), que abarca también los abortos de alto riesgo y las complicaciones que potencialmente son una amenaza para la vida de la paciente. El tercer elemento corresponde a la consejería que

está dirigida a identificar y responder a las necesidades de salud emocionales y físicas, así como a otras preocupaciones de las mujeres. El cuarto elemento es la prestación de servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o a practicar el espaciamiento de embarazos. Finalmente, el quinto elemento esencial se refiere a la vinculación de servicios de salud reproductiva, de preferencia proporcionados en el mismo servicio, o referir a otros servicios accesibles dentro de la red de atención de salud.

2.5 Definición del Dolor

El dolor es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”.

El dolor puede clasificarse como **AGUDO o CRONICO**. La diferencia entre ambos no es únicamente una cuestión de temporalidad:

- El dolor AGUDO es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos por una noxa. Tiene función de protección biológica (alarma a nivel del tejido lesionado). Los síntomas psicológicos son escasos y limitados a una ansiedad leve. Es un dolor de naturaleza nociceptiva y aparece por la estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos.
- El dolor CRONICO, no posee una función protectora, y más que un síntoma se considera como una enfermedad. Es un dolor persistente que puede auto perpetuarse por un tiempo prolongado después de una lesión, e incluso, en ausencia de ella. Suele ser refractario a los tratamientos y se asocia a importantes síntomas psicológicos.

Mecanismos del Dolor

Al liberarse la histamina y algunas sustancias químicas, las sensaciones dolorosas viajan a lo largo de las fibras nerviosas de conducción rápida y lenta. Las vías nerviosas de transmisión comunican la sensación dolorosa de la médula espinal y forman sinapsis con neuronas de las astas posteriores de la sustancia gris, la sensación es transmitida a la formación reticular y al tálamo por neuronas que forman el tracto espino talámico antero lateral y conducida después a diferentes áreas cerebrales, como la corteza, hipotálamo, por sinapsis situadas en el tálamo. (4, 10,12)

Melzack y Casey sugieren que existen tres dimensiones principales del dolor: sensorial (dolor penetrante, lancinante o punzante), afectiva (dolor sofocante, atemorizante, agotador o cegador) y cognitiva (intensidad del dolor).

Evaluación del Dolor:

Estudio clínico del dolor experimentado por una persona, utilizado como ayuda en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o traumatismo que lo produce.

Algunos factores en la valoración del dolor son las expresiones no verbales, gemidos, lamentos, el hecho de apretar los puños o fricciónarse las zonas dolorosas. Otros factores de valoración son la intensidad, localización, duración y tipo de dolor. (4, 6,13)

La inervación sensorial del útero afecta varios tipos de nervios. El cérvix y el segmento uterino inferior están inervados por fibras parasimpáticas (S2 a S4) que conforman el ganglio lateral del cérvix que ingresa acompañado de los vasos sanguíneos uterinos. El fondo uterino está inervado por fibras simpáticas (T10 a L1) a través del nervio hipogástrico inferior, el cual se introduce al útero a nivel de los ligamentos útero sacros, plexos ováricos. Debido a que la inervación sensorial del útero se deriva de dos fuentes implica que el bloqueo para cervical el cual anestesia los nervios del plexo ubicado junto al cérvix sólo disminuirá el dolor asociado con la dilatación cervical y la manipulación. Este bloqueo tiene un efecto mínimo en los cólicos asociados con el vaciado del útero.

Causas del dolor en la AMEU y el Aborto Incompleto

Al realizar un AMEU las pacientes pueden tener por lo general dos tipos de dolor:

- 1.- dolor intenso que acompaña a la dilatación cervical y a la estimulación del orificio interno del cuello que se transmite a través de la densa red de los nervios que rodean el cérvix.
- 2.- dolor con cólicos en la parte baja del vientre que se presenta al movilizar el útero, al raspar la pared uterina y por el espasmo muscular relacionado con la evacuación de la cavidad uterina.

Control de Dolor

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala^{i[13]} ^{ii[14]} incluye dentro de sus protocolos de salud reproductiva la aspiración manual endouterina para el tratamiento del aborto incompleto de menos de 13 semanas. En el contexto de la APA incluyen, analgésicos orales, parenterales, locales con o sin sedación y anestesia general.

El bloqueo para cervical incluye la inyección de un anestésico local alrededor del cuello uterino para adormecer los nervios cercanos. La dilatación cervical y las intervenciones

uterinas (como histeroscopias, biopsias del endometrio, legrado fraccionado y abortos provocados por aspiración) pueden realizarse sin analgesia ni anestesia; con inyecciones regionales de anestésicos o con un bloqueo para cervical; el uso de analgésicos orales o intravenosos y sedantes.

El dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el propio enfermo sabe si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional Subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la Intensidad del dolor.

En contra de lo que generalmente se piensa, ninguno de los signos físicos tales como el aumento de la FC, TA, FR o cambios en la expresión facial que acompañan al fenómeno doloroso mantienen una relación proporcional a la Magnitud del dolor experimentado por el paciente. Tampoco el tipo de cirugía y su nivel de agresividad siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué Sentir el mismo grado de dolor, y la actitud que cada uno de ellos puede presentar dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo.

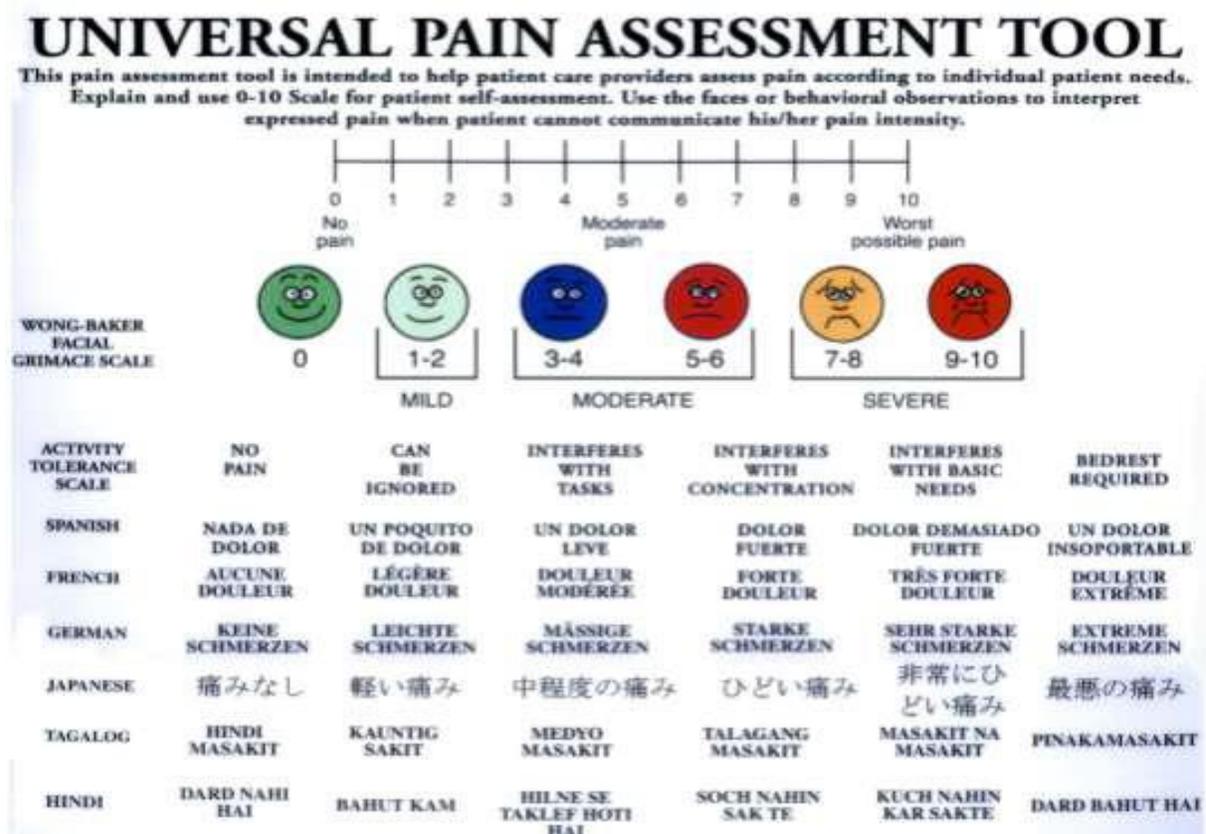
En un intento de superar todos estos inconvenientes para que la valoración del dolor sea individualizada y lo más correcta posible, se han ido creando y validando una serie de escalas de medida.

La escala de dolor es una técnica de medición que valora también la respuesta a la intervención. Se puede usar una escala verbal cuantitativa o una escala visual análoga para cuantificar los niveles de dolor de una paciente.

Escala facial

La *Escala de la expresión facial (Faces Pain Scale [FPS])* fue desarrollada por Bieri en 1990 para su uso en niños. Está compuesta por rostros con diferentes expresiones que representan a una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo de dolor o mucho dolor. A cada rostro se le asigna una puntuación. Se pide al paciente que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente. Al no requerir lectura, escritura o capacidad expresiva, puede ser muy útil para valorar el dolor en

pacientes con incapacidad para describirlo o para comprender las formas de valoración, como los niños menores de 3 años, las personas analfabetas, los pacientes con deterioro cognitivo y los más ancianos, con datos aceptables de fiabilidad y validez (Herr et al, 1998; Stupy, 1998)². Permite medir componentes tanto afectivos como sensoriales.



Tipos de medicamentos para el manejo del dolor

Los medicamentos para el manejo del dolor se agrupan en tres categorías:

- a. Analgésicos
- b. Ansiolíticos-sedantes
- c. Anestésicos

El manejo del dolor, por lo general, consiste en una combinación de dos o tres de estos tipos de medicamentos, junto con la manipulación suave del instrumental y la confianza que se proporcione, con una comunicación adecuada a través de consejería a la paciente.

El manejo del dolor para la AMEU según MSPAS es:

- Trato amable y apoyo emocional durante el procedimiento. (consejería)
- Analgésico (Demerol 50 mgs IM, antes del procedimiento)
- Ansiolítico (Valium 5mgs IV durante el procedimiento)
- Bloqueo para cervical.

La anestesia local interrumpe la sensación de dolor de una pequeña área del cuerpo al deprimir químicamente la excitación de los nervios locales y retrasar la transmisión de sensaciones a través de las redes de tejidos nerviosos de esa área solamente, lo que le permite a las mujeres estar alerta durante el proceso, y esto puede ser inquietante para algunas personas. Los anestésicos locales suelen tardar algunos minutos en bloquear por completo el dolor. Pueden utilizarse ejercicios de respiración junto con la anestesia local, digito puntura, acupuntura. Esta técnica es la más segura, de más fácil aplicación y requiere de un período de recuperación más corto, evita los efectos secundarios de la sedación y la anestesia general, pudiendo ser un método útil en casos de urgencia con “estómago lleno”. (4,5)

La anestesia general puede estar específicamente recomendada en algunos casos de excesiva ansiedad, cuando el procedimiento puede resultar muy difícil, o en mujeres discapacitadas que no pueden permanecer en posición ginecológica mientras está despierta. Con excepción de estos pocos casos, la anestesia general no se considera apropiada como protocolo estándar para la aspiración y legrado endouterino (ALE), por su riesgo más alto de complicaciones, período prolongado de recuperación y efectos fisiológicos negativos. (4,5) La sedación también puede ocasionar efectos secundarios como náuseas, vómitos, depresión cardiorrespiratoria, broncoespasmo, aspiración pulmonar de contenido gástrico, movimientos mioclónicos, entre otros. La recuperación de la anestesia general requiere más tiempo, y limita la capacidad para conducir vehículos u operar algún tipo de maquinaria. (5,6)

Con un trato amable y adecuado apoyo emocional, el bloqueo para cervical es generalmente la mejor opción para el manejo eficaz del dolor en la ALE. (5) El objetivo del manejo del dolor es asegurar que la paciente tenga el mínimo de ansiedad y de molestias, así como el menor riesgo para su salud. Lograr el equilibrio entre el bienestar de la paciente y el riesgo del procedimiento anestésico y quirúrgico requiere que se evalúe integralmente su condición antes del procedimiento. (6,7)

El éxito en el manejo del dolor depende, en un alto porcentaje, de la valoración pre anestésico que realicen el anesthesiólogo y el médico que realizará el procedimiento. En la decisión del manejo y medicamentos que se van a utilizar, debe tomarse en cuenta también el ambiente donde será atendida la paciente, así como la habilidad técnica de quien realizará el procedimiento. Están claramente comprobados los riesgos de la anestesia general, particularmente donde no existe personal altamente capacitado y en unidades de salud carentes de recursos para el cuidadoso monitoreo de pacientes durante el procedimiento y la recuperación. (5-7)

2.6 Técnica para realizar el bloqueo para cervical

- Jeringa con 10 a 12 ml de lidocaína al 1% sin epinefrina, para inyectar de 5 a 6 ml en cada sitio seleccionado del área para cervical.
- Utilice aguja de 3ml para bloqueo raquídeo de calibre 22 o 23 o bien una aguja calibre 1.2 de largo adaptada a un extensor de agujas
- Coloque el tenáculo en el labio anterior del cérvix. Hacer una ligera tracción del cérvix para poder distinguir la transición entre el epitelio liso cervical del tejido vaginal. Esta tracción indica el sitio para la infiltración alrededor del cérvix. En ocasiones, es necesario empujar hacia arriba el cérvix para visualizar la unión de los ligamentos útero sacros.
- Aplique lentamente después de aspirar de 5 a 6 ml del anestésico local bajo el epitelio a una profundidad no mayor de 2 a 3 mm en cada uno de los sitios donde se encuentra la unión de los ligamentos útero sacros del cérvix (alrededor de las 4 o 5 y de las 7 u 8 de las agujas del reloj) si se aplica correctamente, se observará un engrosamiento blanquecino del tejido.
- Al terminar la serie de inyecciones deje pasar un mínimo de 4 o 5 minutos para que el anestésico se difunda y el bloqueo tenga el máximo efecto (9,10).

Las reacciones anafilácticas a los anestésicos locales suceden muy poco con lidocaína y más frecuentemente con cloroprocaina. Las manifestaciones de prurito, erupción y urticaria se tratan con 25 a 50 mgs IV de Benadryl (difenhidramina). Si se presenta compromiso respiratorio colocar epinefrina 0.4mg SC.

Los signos y síntomas que indican que están aumentando los niveles tóxicos del anestésico son:

- Reacciones ligeras
- Adormecimiento de labios y lengua, sabor metálico.

- Vértigos y mareos
- Tinnitus y dificultad para fijar la vista

2.7 Manejo del dolor en las diferentes Etapas del APA

- Dolor previo a la aspiración

El dolor depende de nivel que la mujer experimente. Se debe de estar consciente de que puede haber fluctuaciones en el nivel del dolor. Algunas pueden experimentar cólicos y sangrado leve y otras sentir un dolor intenso. Se puede proveer de analgésicos orales.

- Durante el Proceso de AMEU

La anestesia local con o sin sedación, puede y debe combinarse con métodos no farmacológicos del manejo del dolor, incluyendo relajación, sugestión positiva e imágenes guiadas.

- Dolor Posterior a la AMEU

Este dolor, es causado por los cólicos uterinos normales, los cuales son leves, pero en caso en que la intensidad sea más severa se debe considerar perforación uterina, hematómetra o infección.

El dolor posterior al procedimiento casi siempre se controla con analgésicos orales y en algunos casos se debe de recurrir a narcóticos. (9,11)

2.8 CALIDAD DE ATENCION:

La calidad de atención a la usuaria está dada por la aplicación de la ciencia y tecnología médica para maximizar los beneficios de la salud de la población sin aumentar sus riesgos. La obtención máxima de beneficios tomando en cuenta las necesidades del usuario así como las limitaciones de la institución; y la satisfacción de las necesidades de la usuaria y sus expectativas razonables.

Según la OMS la calidad de atención permite:

- Alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Un mínimo de riesgo para el usuario
- Alto grado de satisfacción para el usuario

- Impacto final en la salud

Otras ventajas de la calidad están:

- Mayor retención de clientes
- Menos quejas y reclamos por parte del usuario
- Reducción costos
- Mayor participación en el mercado
- Mayor satisfacción y compromiso

La calidad de atención está definida para alcanzar la mayor competencia en la prestación de los servicios que ha puesto a disposición del usuario y en lograr la excelencia en el cumplimiento de los estándares de atención que se ha fijado. La calidad de los servicios debe considerarse dentro del contexto de cómo estos se perciben por el cliente, los mismos que deben dar una respuesta a las necesidades de los clientes y llenar sus expectativas. Dentro de las dimensiones de calidad: tenemos que ésta se puede evaluar sobre la base de 2 dimensiones:

DIMENSION INTERPERSONAL:

Se refiere a la relación entre proveedores de salud y usuario. Es decir el grado de interacción y comunicación que se da entre el usuario y el prestador de servicios, que involucra una adecuada relación interpersonal, en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que se brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del usuario.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL Evaluar la satisfacción de usuarias en la efectividad de la analgesia y anestesia para cervical en las pacientes con diagnóstico de Aborto, sometidas a Aspiración Manual Endouterina

3.2 ESPECIFICOS

- Conocer los factores que contribuyen en la efectividad del Manejo del Dolor.
- Describir la efectividad de la Analgesia y Anestesia para cervical a través de la escala del dolor en pacientes con diagnóstico de Aborto a quienes se realizará AMEU.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO: ANALITICO TRANSVERSAL

4.2 POBLACION O UNIVERSO:

Pacientes que acudan al servicio de labor y partos admisión y sean diagnosticadas por Aborto.

Para el año 2009 el total de pacientes egresadas del servicio de labor y partos con diagnóstico de pos AMEU fue de 850, el cual se tomara como universo de la presente investigación. Estos datos fueron obtenidos del departamento de archivo y estadística del Hospital Regional de Occidente.

MUESTRA:

$$n = \frac{n}{1+(n/N)}$$

n = número de sujetos necesarios

n = número de sujetos calculados

N = tamaño de la población

$$n = \frac{600}{1+(600/750)}$$

MUESTRA = 327 pacientes

MUESTRA: Al estudio se incorporará toda paciente que consulte al Servicio de Emergencia de Ginecología del Hospital Regional de Occidente y a quien se diagnostique aborto incompleto no complicado menor o igual a 12 semanas de edad gestacional, a quienes se practique tratamiento terapéutico de AMEU

DEFINICION:

Llamamos aborto incompleto no complicado a aquel aborto que ocurre hasta las 12 semanas de edad gestacional, sin sangrado excesivo, sin fiebre, ni compromiso del estado general, sin shock y sin signos evidentes de manipulación.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con embarazo igual o menor de 12 semanas de edad gestacional
- Pacientes con diagnóstico de Aborto Incompleto

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con más de 12 semanas de edad gestacional
- Sangrado excesivo, mayor de 300 ml.
- Presencia de fiebre.
- Anemia severa.
- Signos peritoneales.
- Ictericia.
- Hemograma patológico
- Evidencia clínica de manipulación intencional

REGISTRO Y SELECCIÓN DE PACIENTES:

Al ingreso de la paciente al servicio de emergencia de Ginecología se realizará una anamnesis y examen clínico general, se realizara examen Ginecológico completo con el que se hará el diagnostico de aborto incompleto no complicado, se ingresará a la paciente con Solución Intravenosa y se solicitará rutinariamente hemograma y Grupo Rh.

Si los exámenes no mostraran complicación alguna, la paciente será programada para AMEU e ingresará a la sala de L y P transición, posteriormente se pre medicara y se administrará 50 mgs de Demerol intra muscular 15 minutos antes de ser llevada a Sala de Procedimiento de evacuación uterina.

4.5 OPERACIONALIZACION DE VAIRALES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido a	Años cumplidos	14 – 49 años

	partir del nacimiento de un individuo		
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Ninguna Primaria Media Diversificado Universitario	Analfabetismo Primaria Secundaria Diversificado Universidad
Estado civil	Estado legal del Individuo en una sociedad.	Casada Soltera Unida Separada Viuda	Cualitativo
Antecedentes ginecoobstetricos	Características de las mujeres en estudio, las cuales se relacionan con los eventos ocurridos durante su vida reproductiva, así como con el funcionamiento de su aparato reproductor	- No. Gestas - No. Partos - No. Abortos	Cualitativa
Escala de dolor	Sensación aflictiva de una parte del cuerpo. Pesar, tristeza, pena, sufrimiento	0 – 10 pts.	Cualitativa – Cuantitativa
Analgesia	Ausencia de toda	Cualitativa	

	sensación dolorosa		
Anestesia	Privación general o parcial de la sensibilidad, con o sin pérdida de conciencia, mediante la administración de una sustancia anestésica	Cualitativa	
Consejería	Indicar, sugerir, algo a alguien	Si - No	Cualitativa
Planificación familiar	Toma de decisiones sobre cuántos niños desea tener una pareja y a la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo	Si No	Cualitativa

4.6 INSTRUMENTO:

Se utilizara una Escala para Medición del Dolor

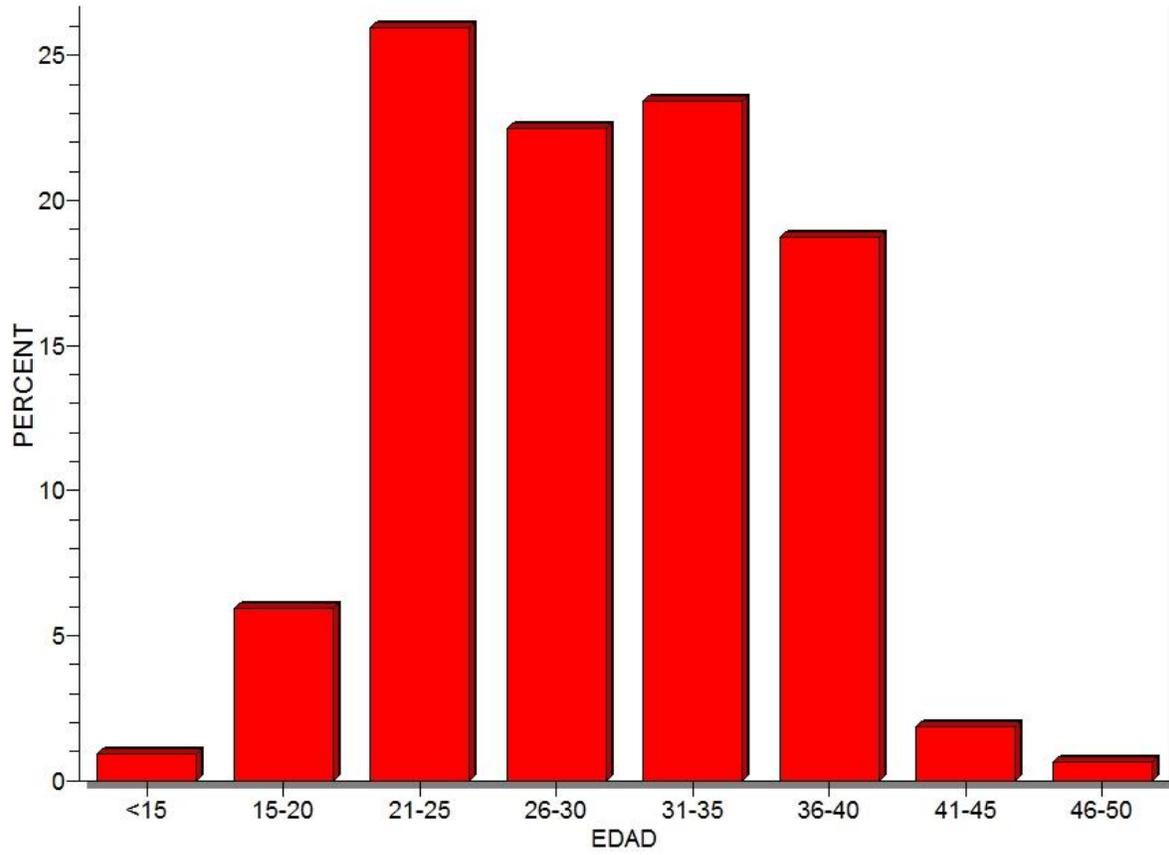
4.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se diseñara una ficha para recolección de datos y se orientara al personal médico y paramédico sobre el llenado de las mismas anterior al procedimiento a Aspiración Manual Endouterina. Igualmente el personal continuara aplicando los cinco pilares de la Atención Pos Aborto

V. RESULTADOS

GRAFICA No. 1

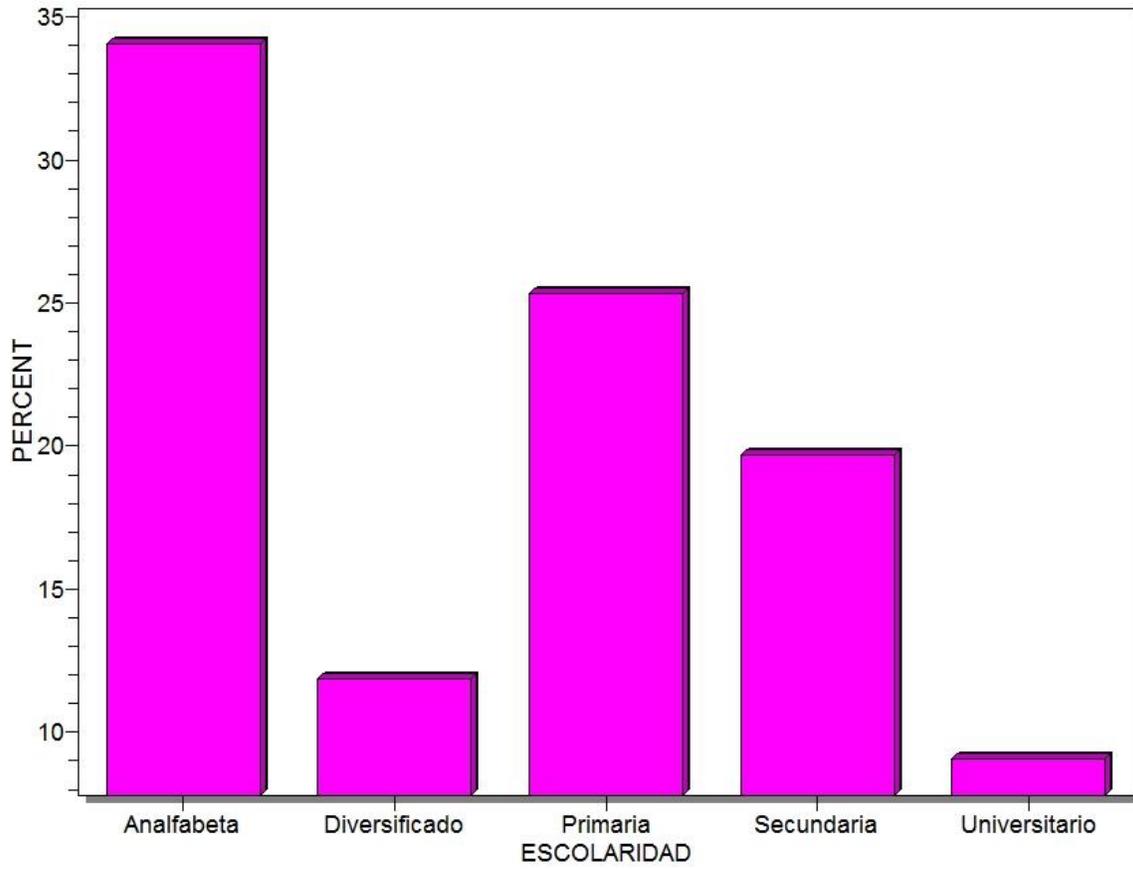
EDAD



Fuente: Boleta de recolección de datos

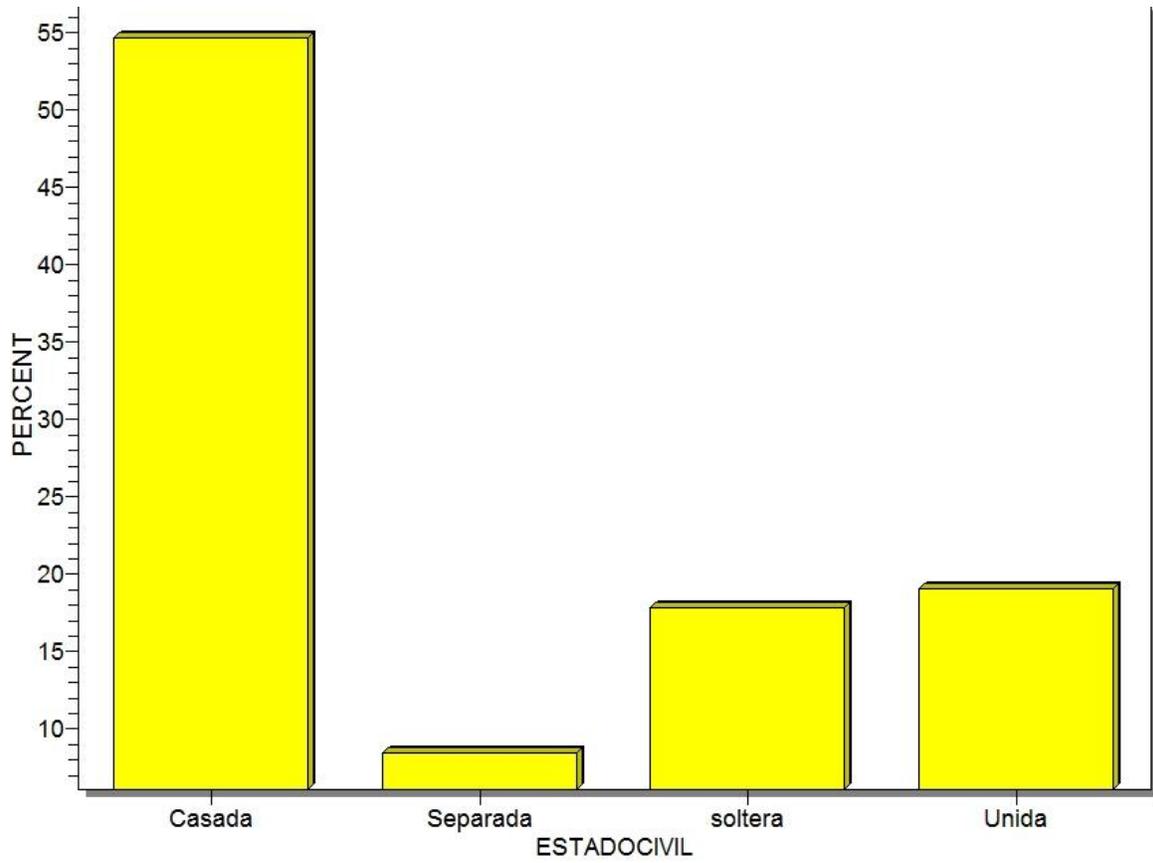
GRAFICA No. 2

ESCOLARIDAD



Fuente: Boleta de recolección de datos

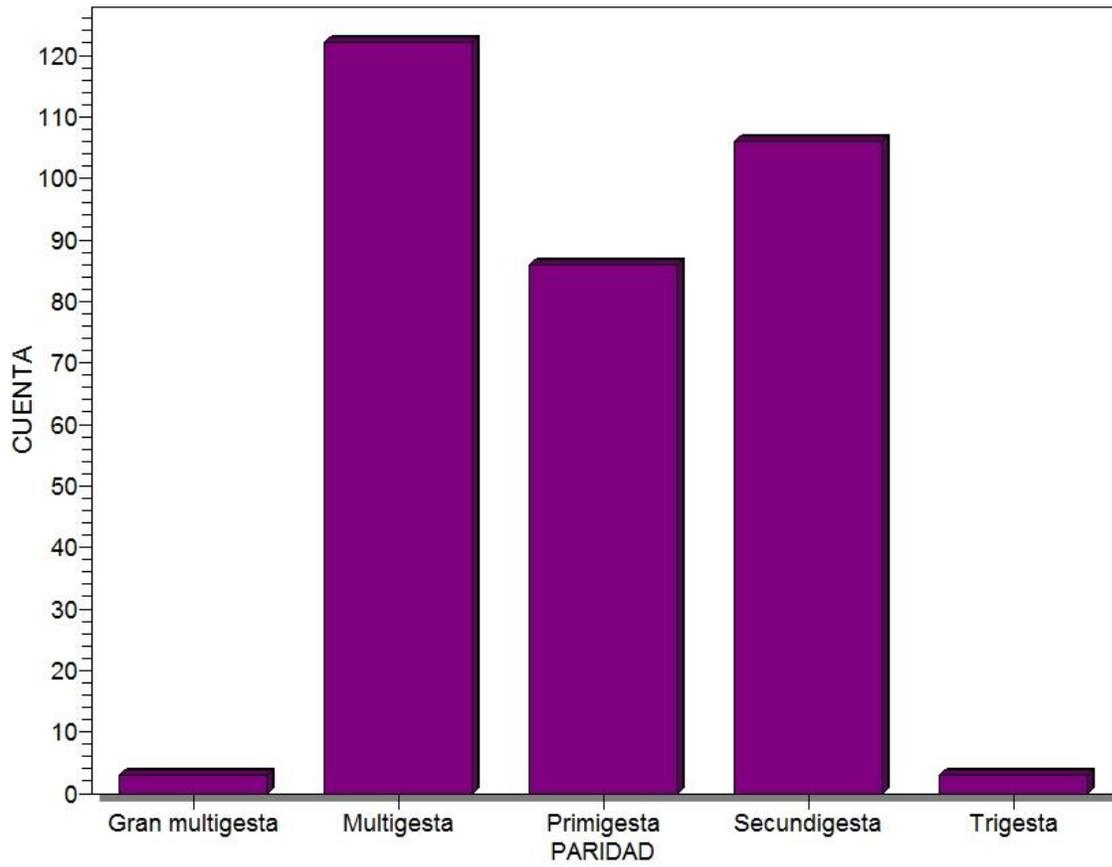
GRAFICA No. 3
ESTADO CIVIL



Fuente: boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 4

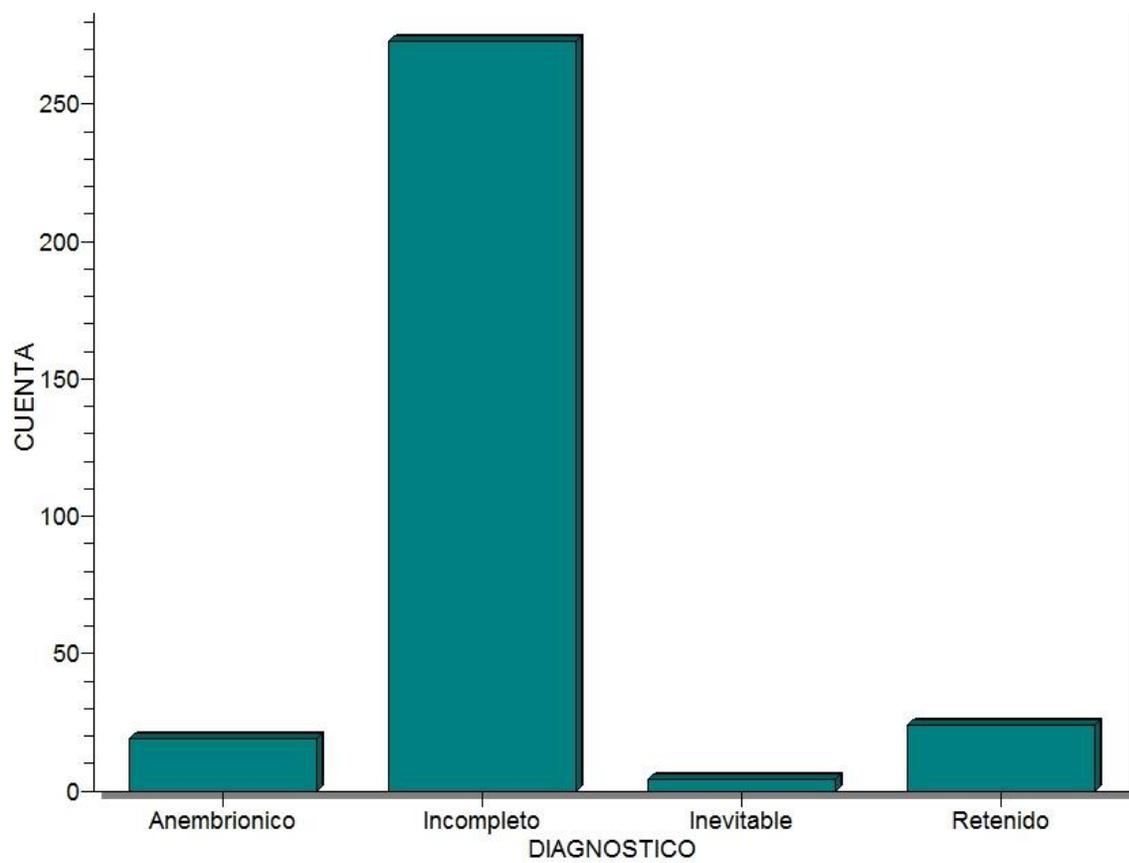
PARIDAD



Fuente: boleta de recolección de datos

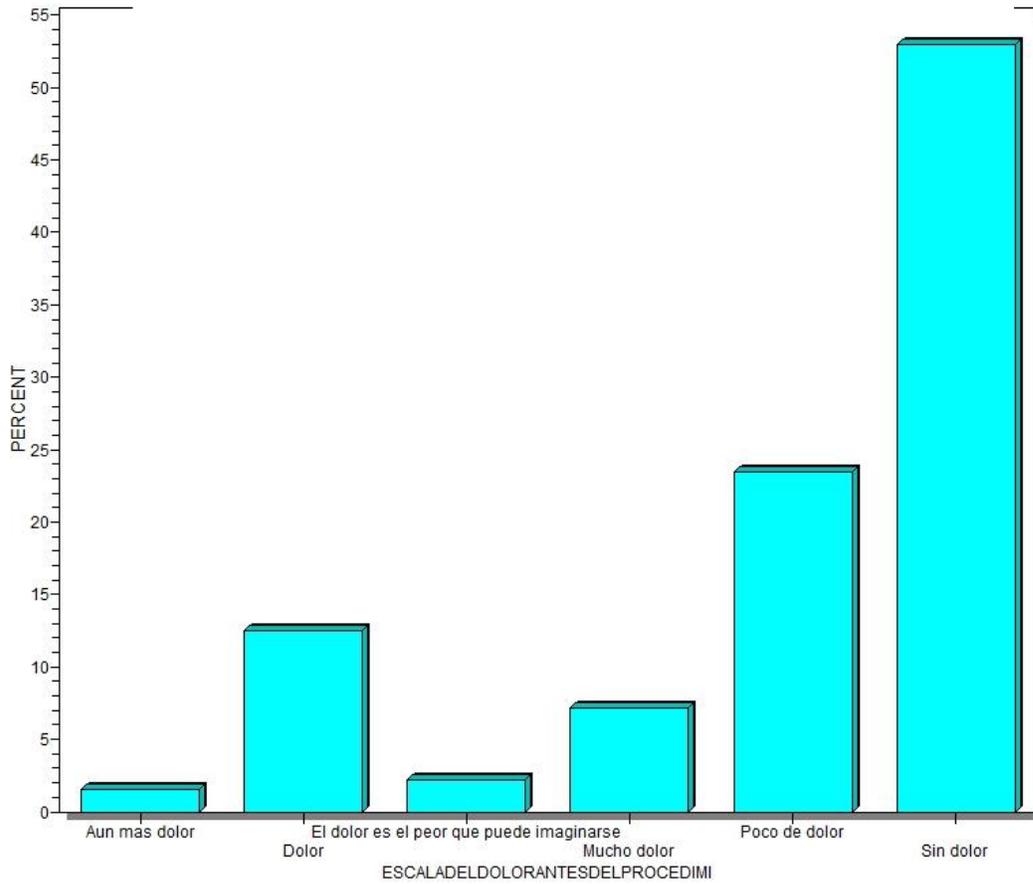
GRAFICA No. 5

DIAGNOSTICO



Fuente: boleta de recolección de datos

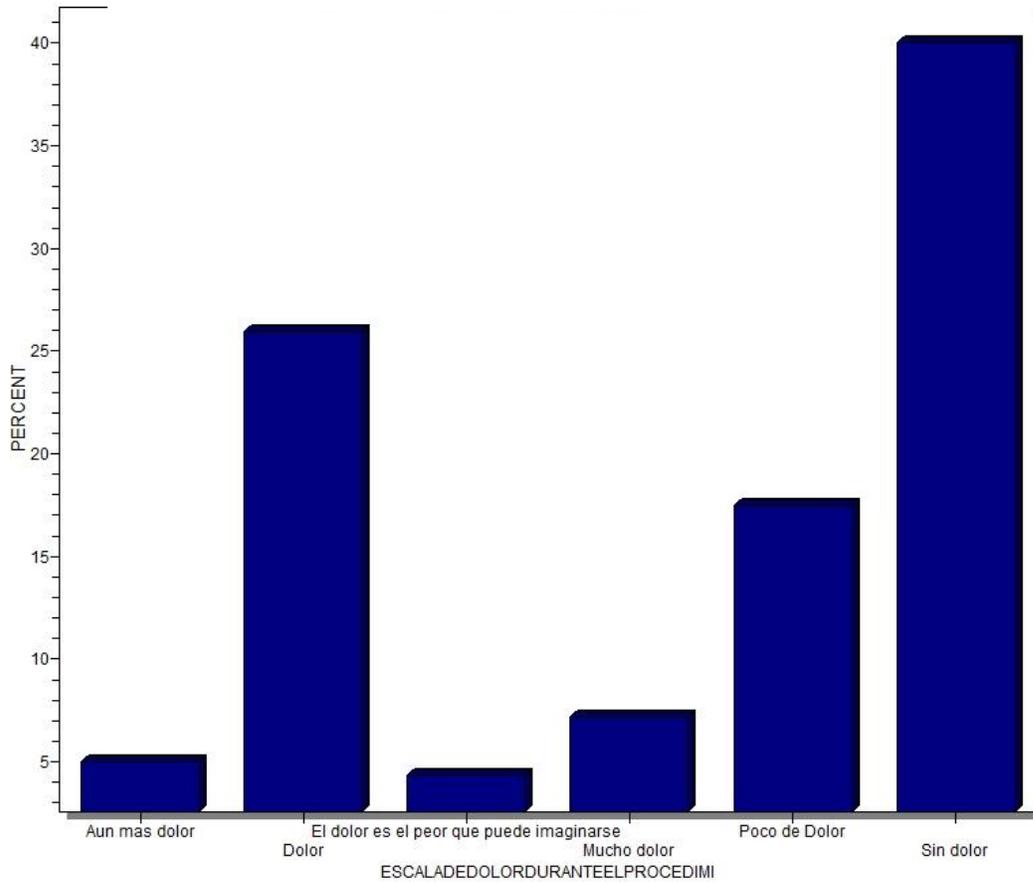
GRAFICA No. 6
ESCALA DE DOLOR ANTES DE AMEU



7-8	3-4	9-10	5-6	1-2	0
Demasiado	Dolor	Dolor	Dolor	Poco	Nada de
Fuerte	Leve	Insoportable	Fuerte	Dolor	Dolor

Fuente: boleta de recoleccion de datos.

GRAFICA No. 7
ESCALA DE DOLOR DURANTE AMEU

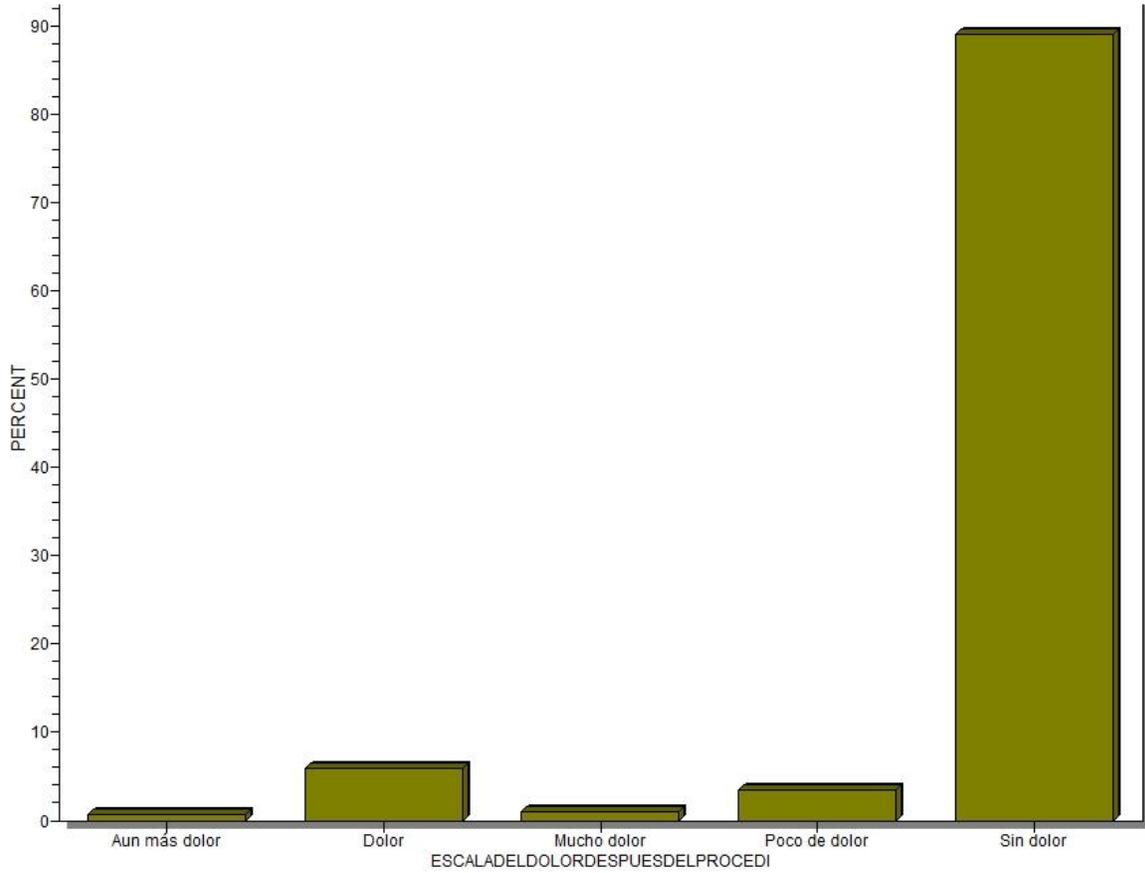


7-8	3-4	9-10	5-6	1-2	0
Demasiado	Dolor	Dolor	Dolor	Poco	Nada de
Fuerte	Leve	Insoportable	Fuerte	Dolor	Dolor

Fuente: boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 8

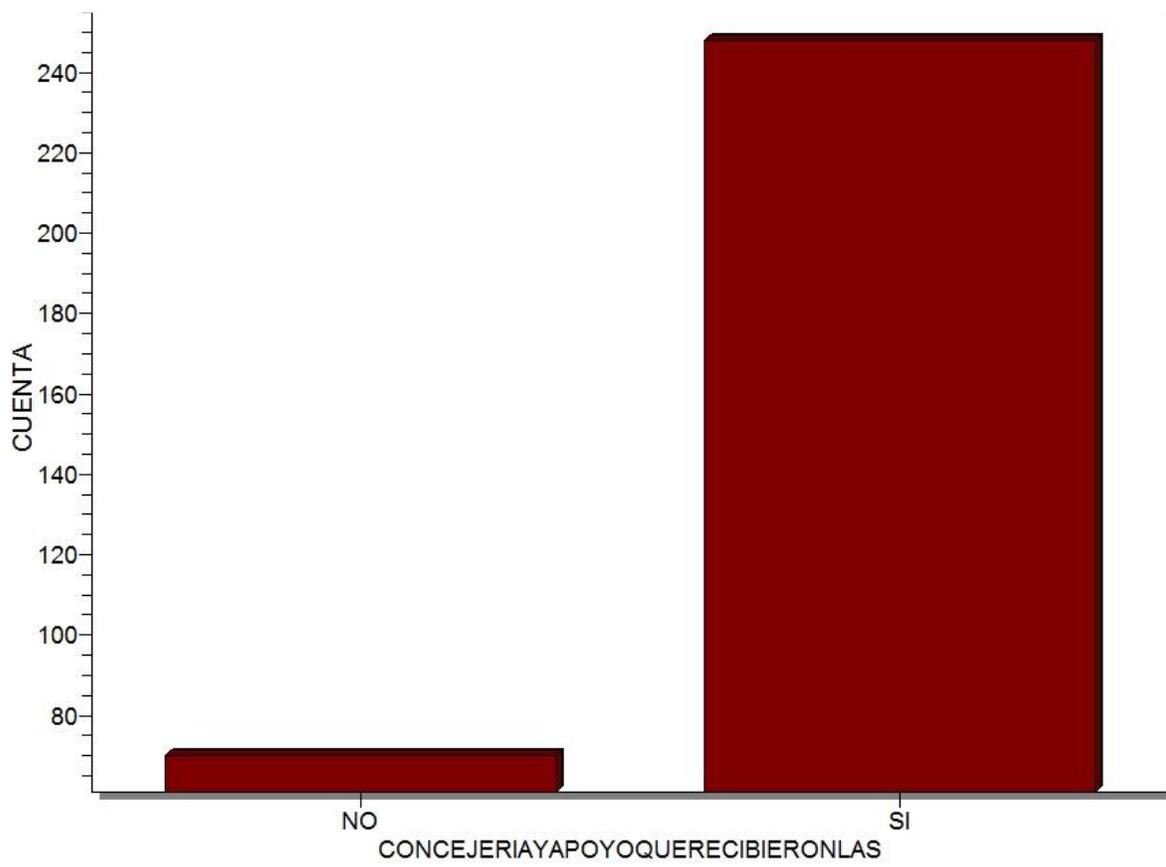
ESCALA DE DOLOR DESPUES DE AMEU



7-8	3-4	5-6	1-2	0
Demasiado	Dolor	Dolor	Poco de	Nada
de				
Fuerte	Leve	Fuerte	Dolor	Dolor

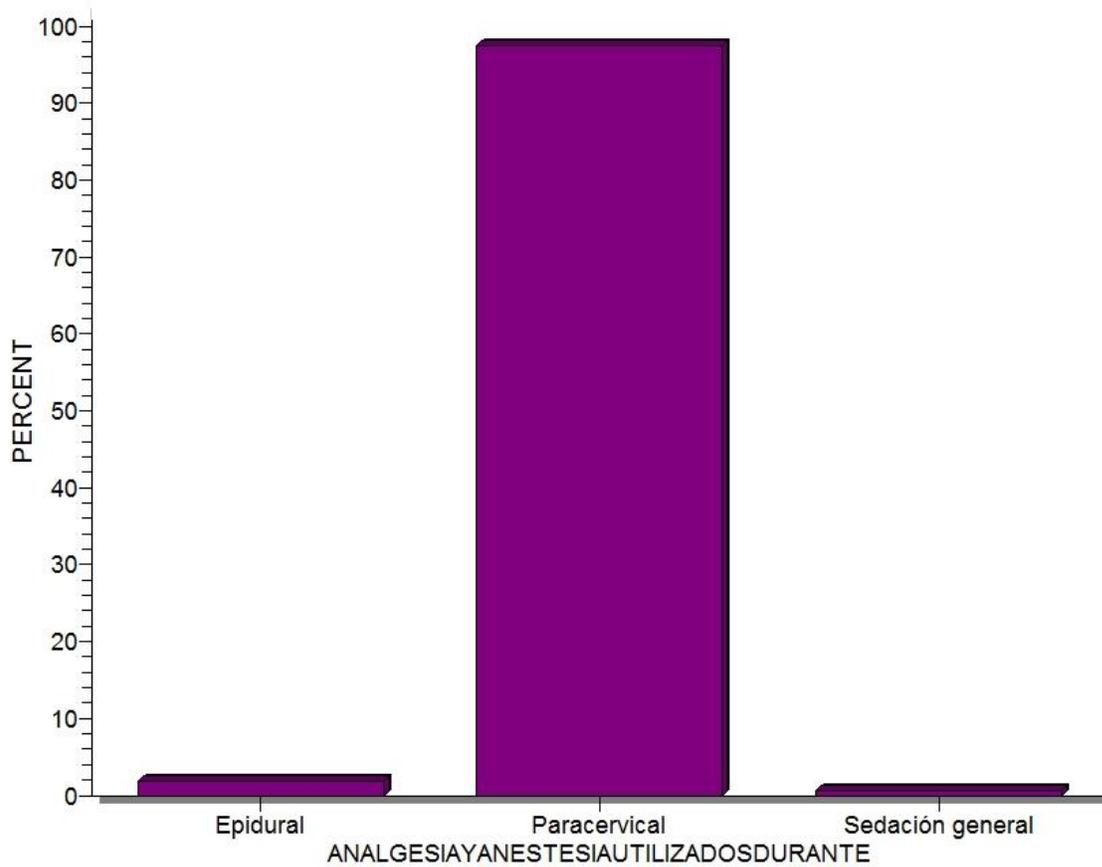
Fuente: boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 9
CONSEJERIA Y APOYO BRINDADO



Fuente: boleta de recoleccion de datos.

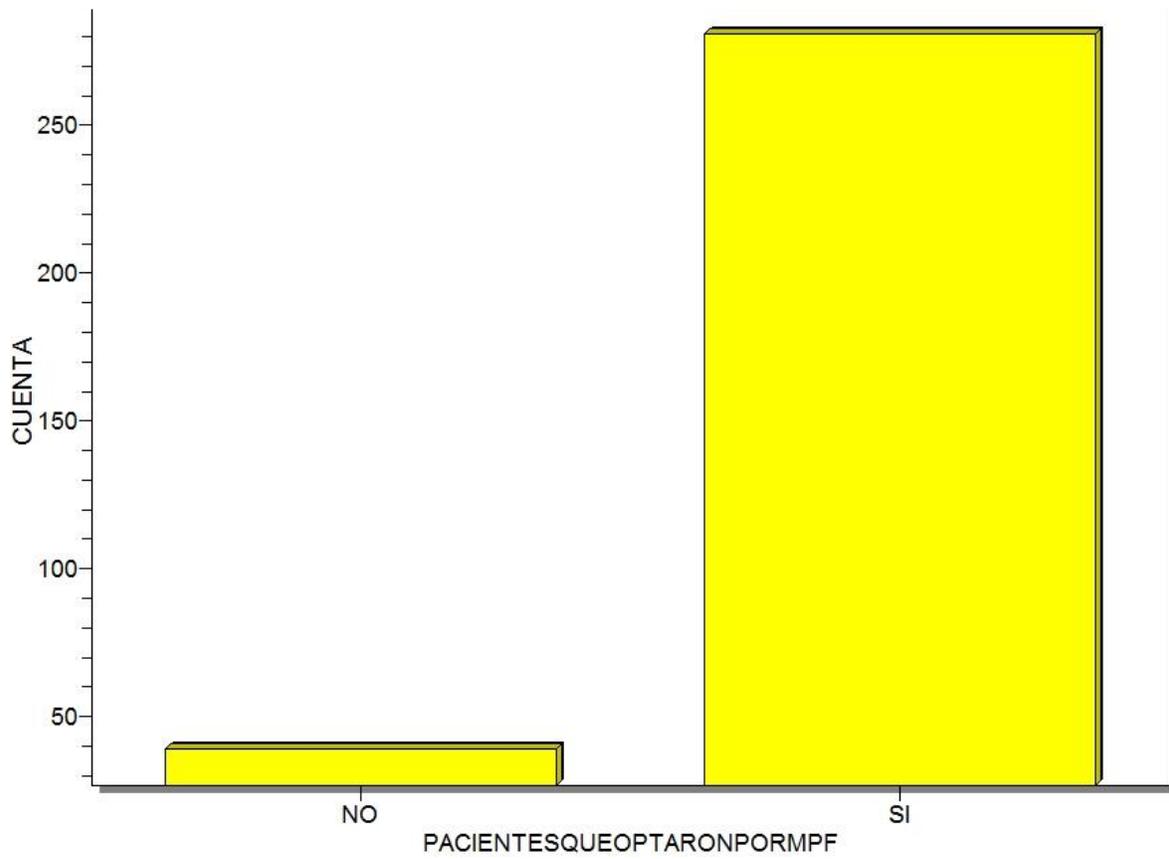
GRAFICA No. 10
ANESTESIA UTILIZADA



Fuente: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 11

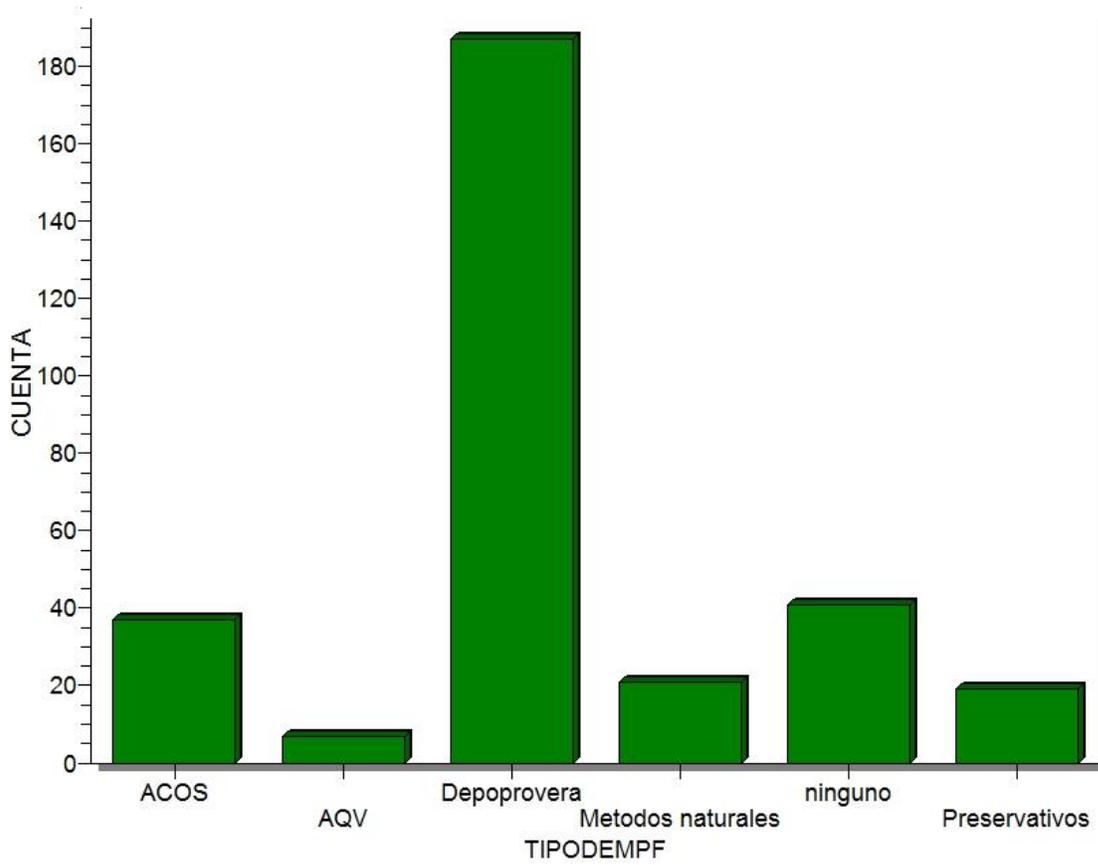
PACIENTES QUE OPTARON POR PLANIFICACION BALANCEADA



Fuente: boleta de recolección de datos.

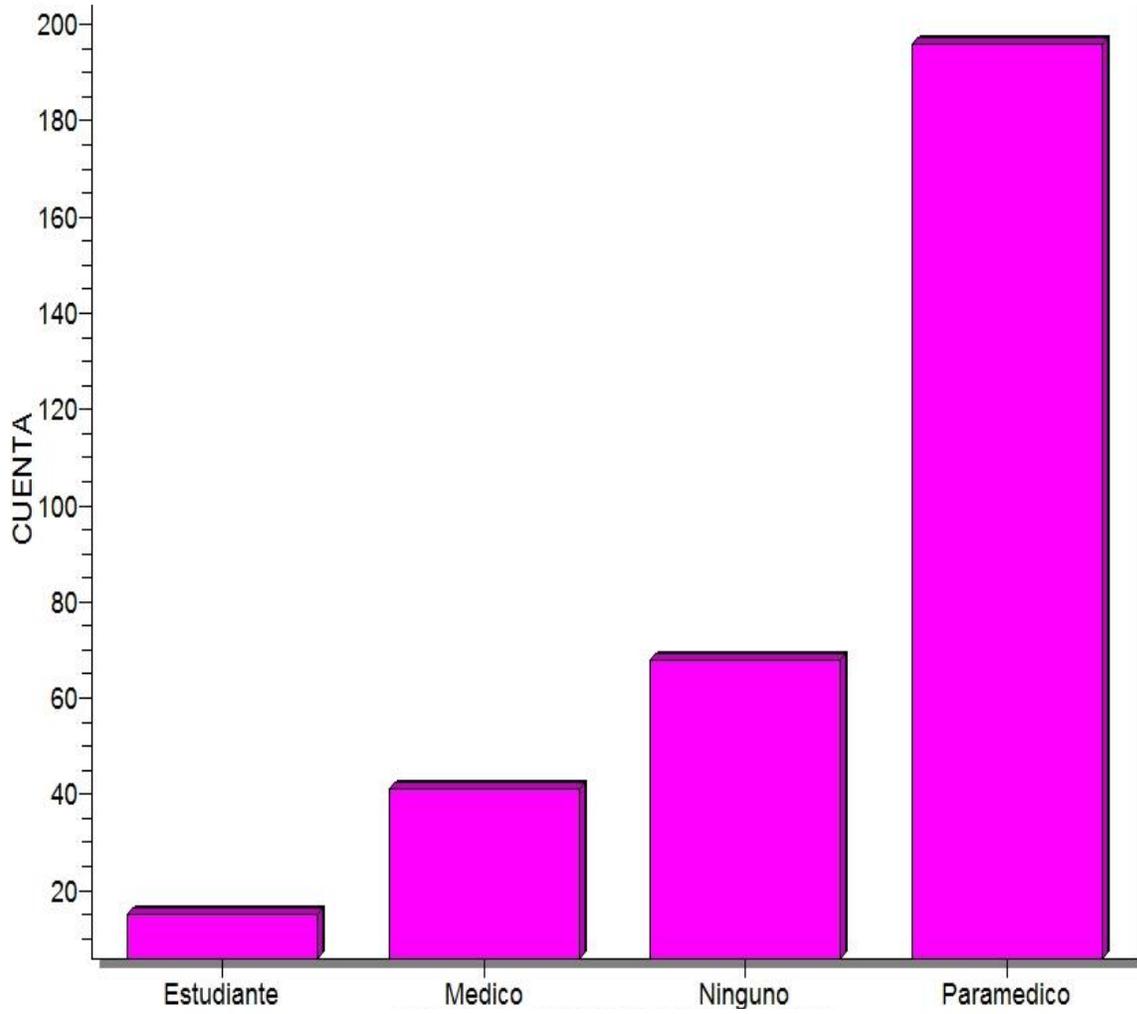
GRAFIA No. 12

**METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR OPTADOS POR
PACIENTES**



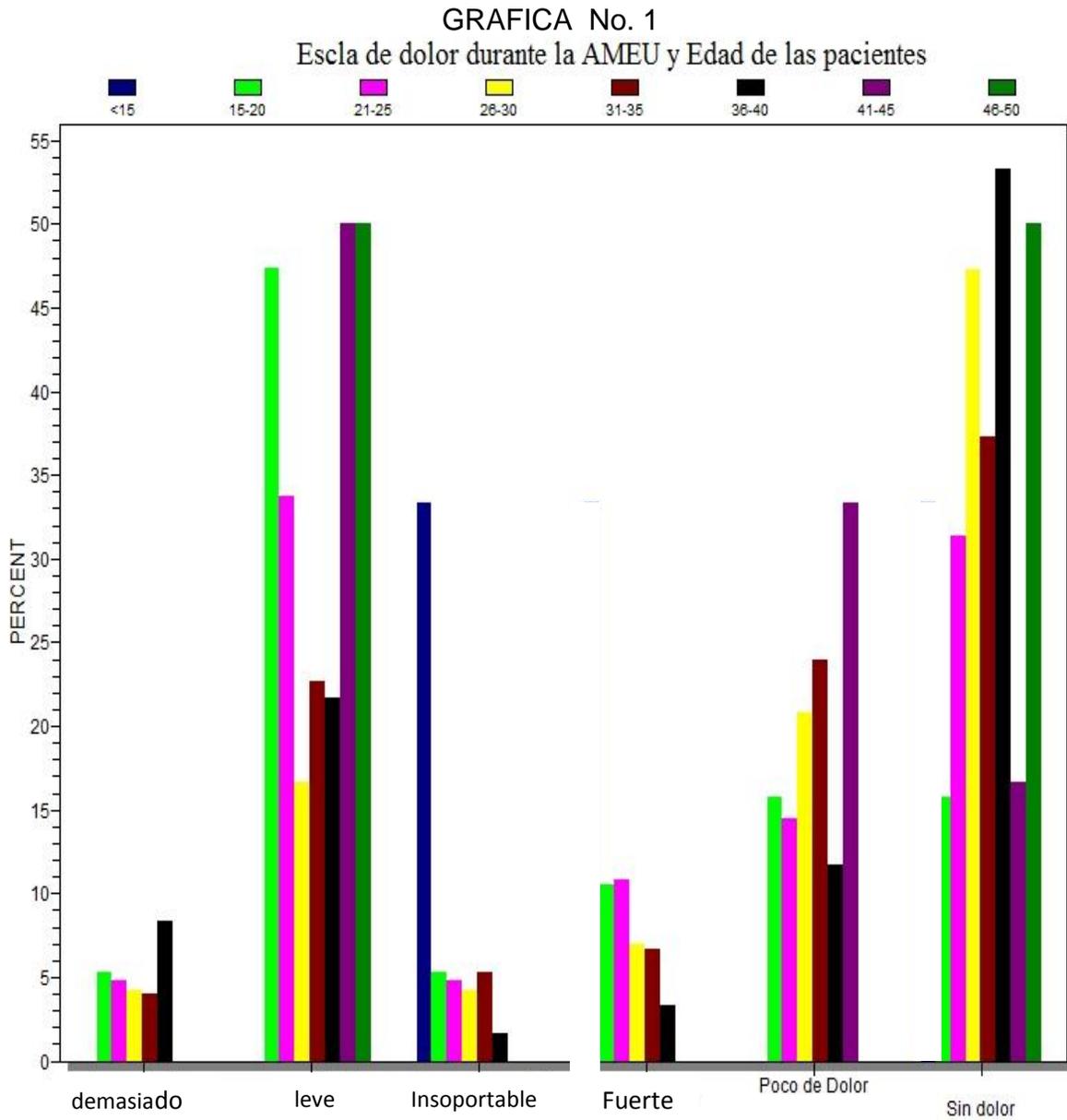
Fuente: boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 13
PERSONAL QUE BRINDO CONSEJERIA



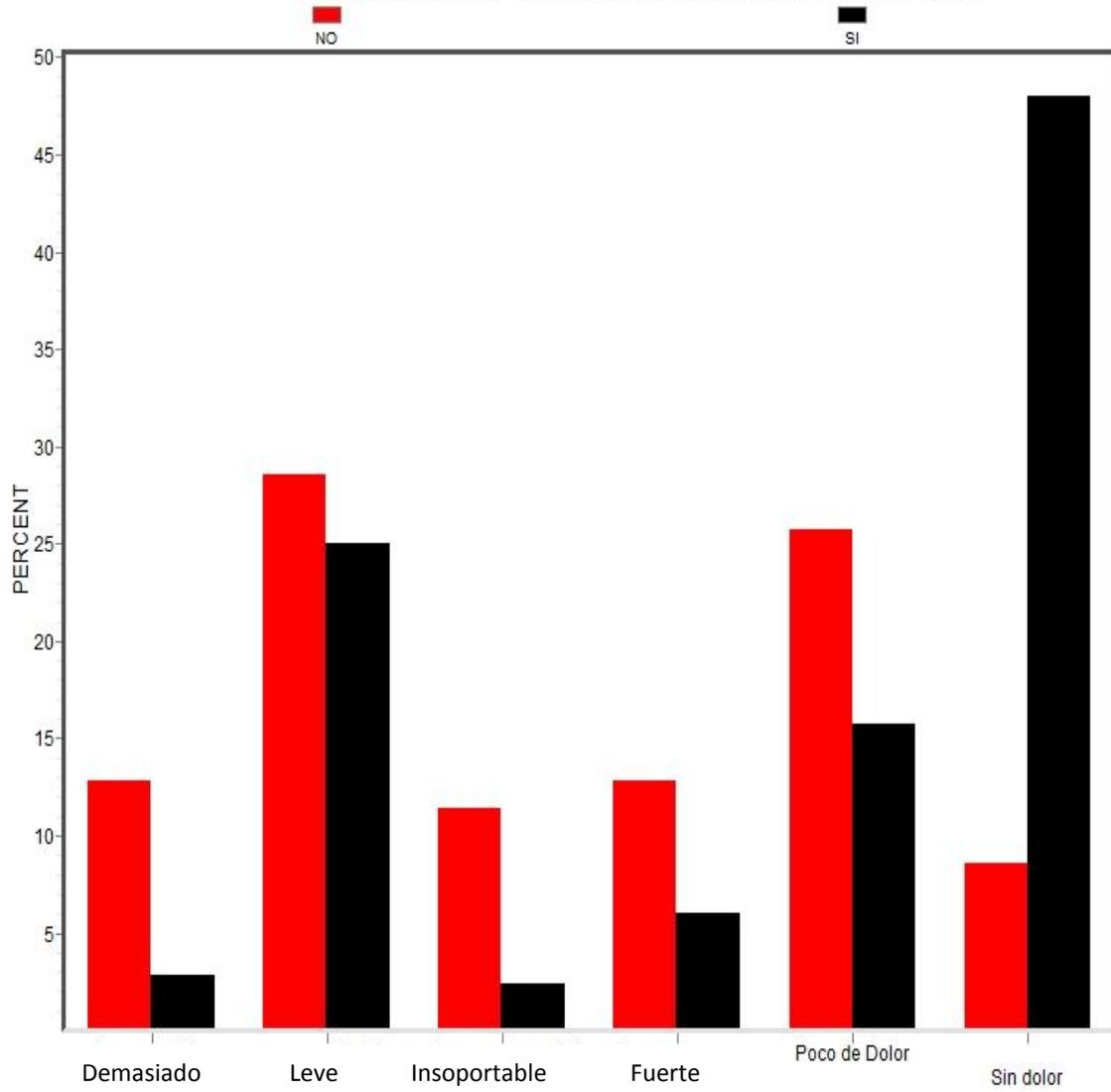
Fuente: boleta de recolección de datos.

5.1. CRUCE DE VARIABLES



Fuente: EPI Info 7

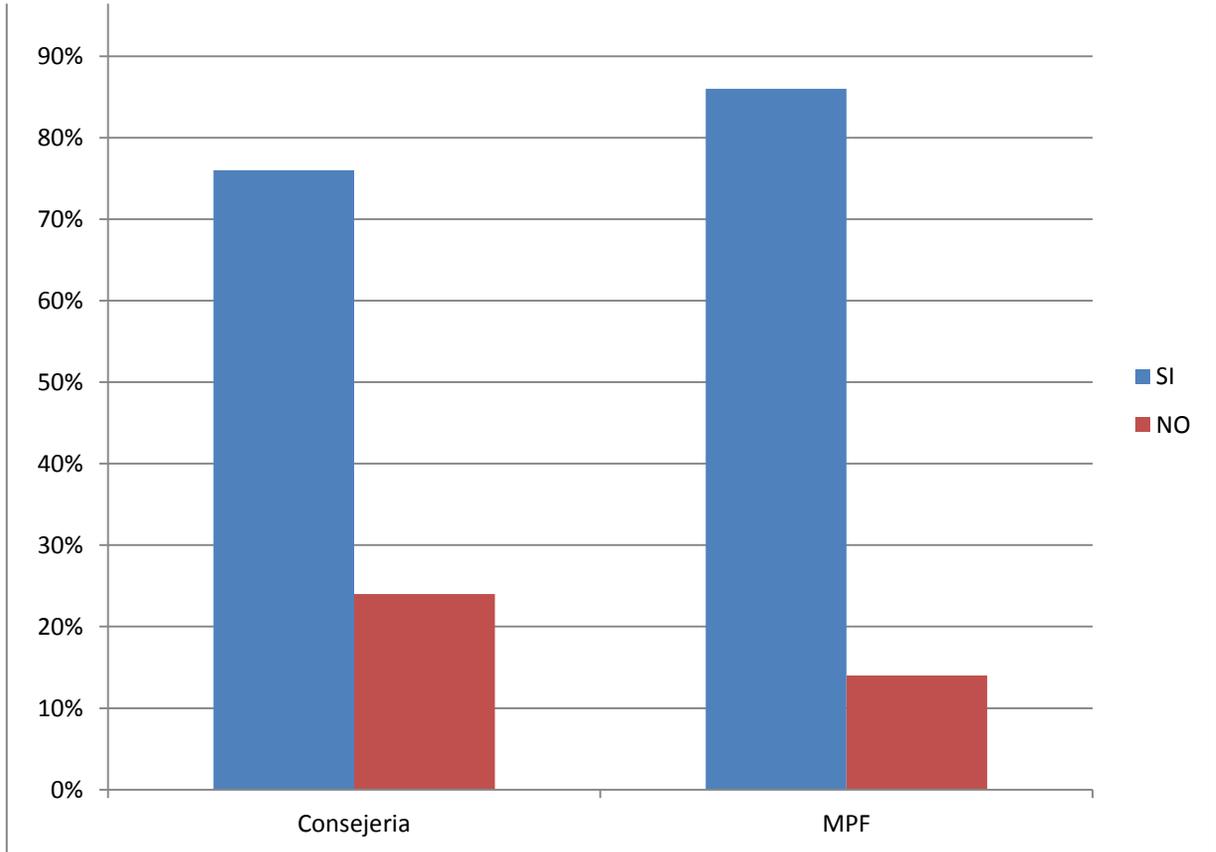
GRAFICA No. 2
Escala de dolor y Consejería durante la AMEU 1



Fuente: Epi Info 7

GRAFICA No. 3

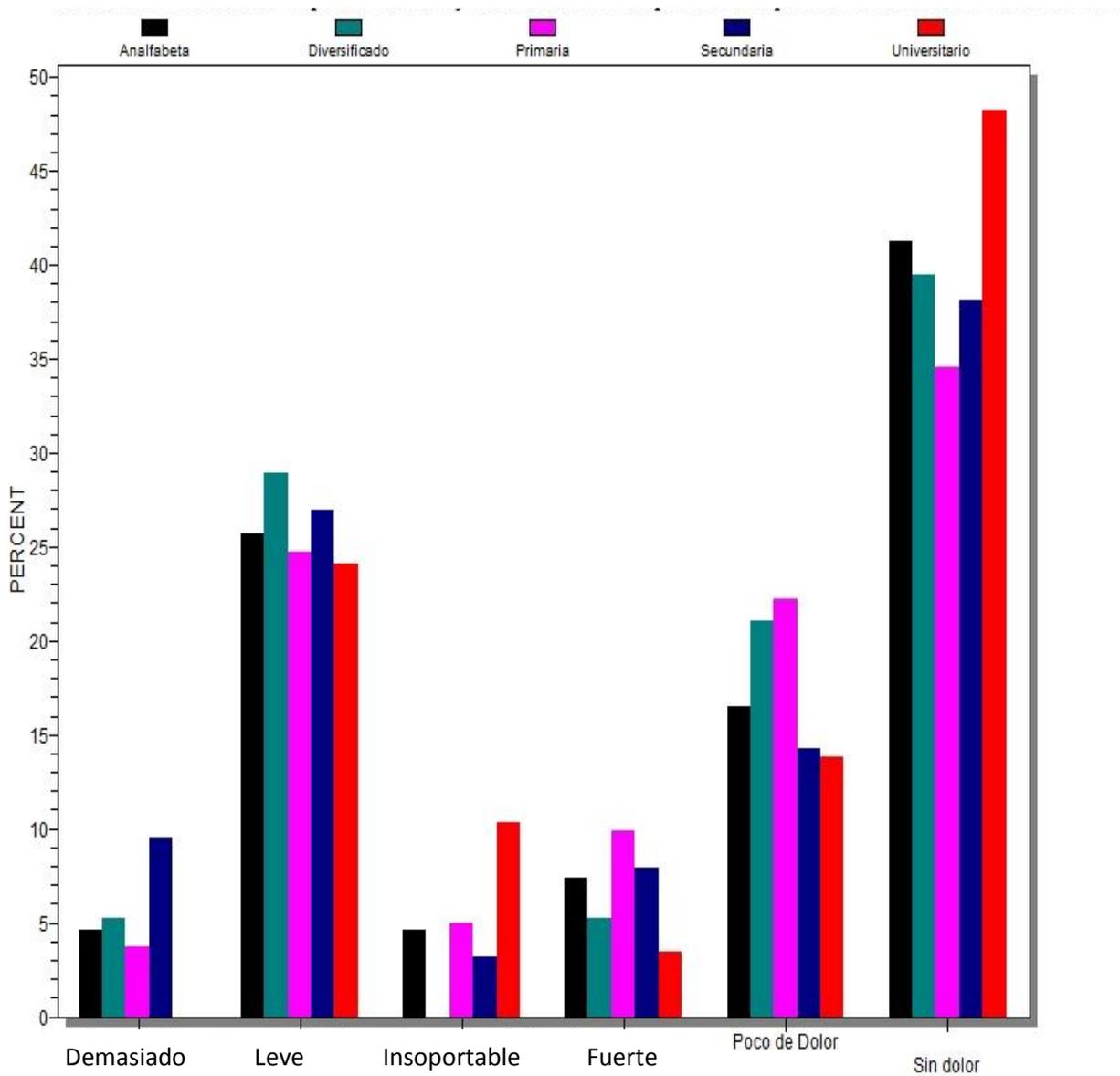
Consejería y apoyo que recibieron las pacientes y pacientes que optaron por Métodos de Planificación Familiar



Fuente: Epi Info 7

GRAFICA No. 4

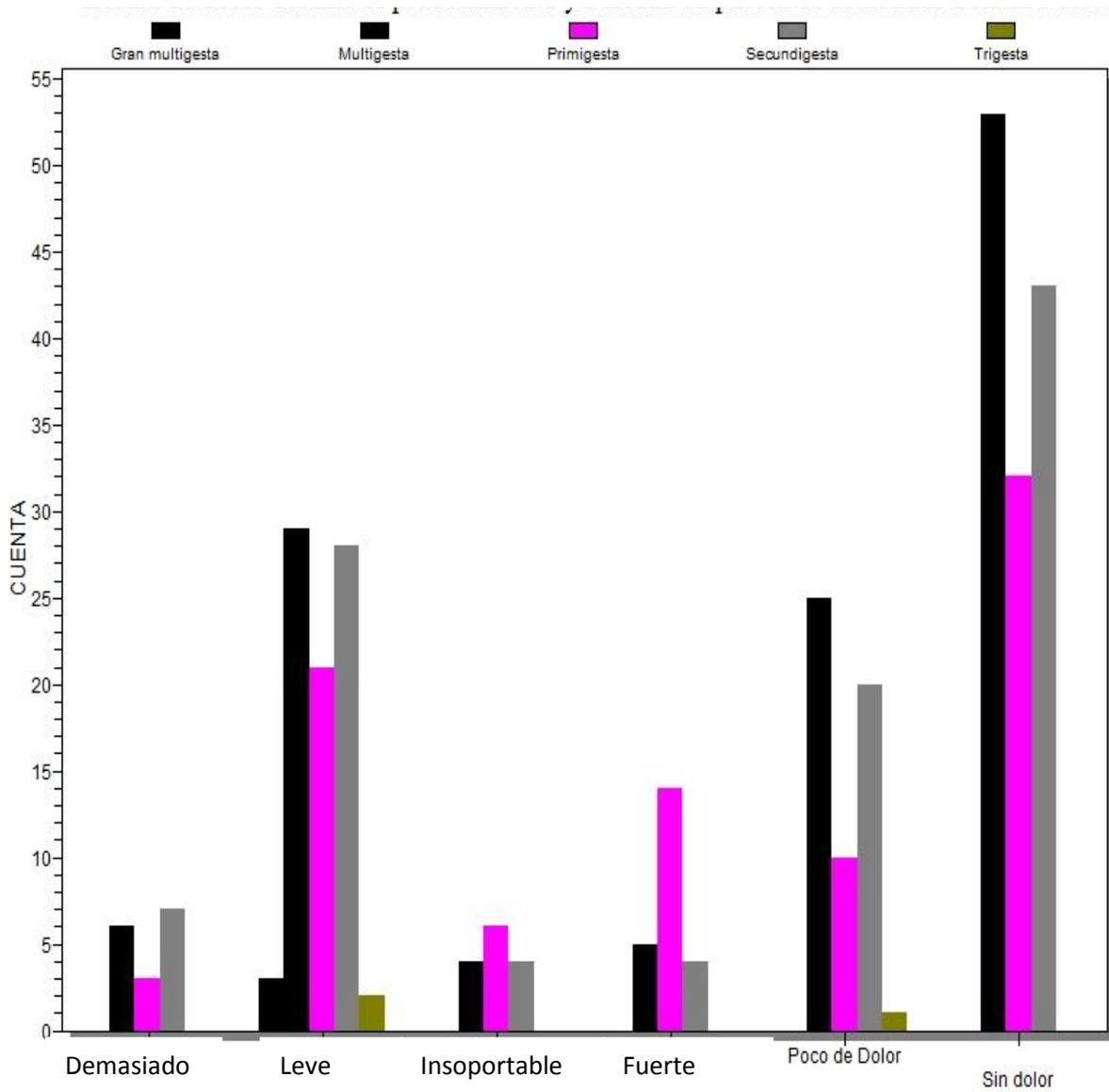
Escala de dolor durante el procedimiento y Escolaridad



.Fuente: Epi Info 7.

GRAFICA No. 5

Escala de dolor durante el procedimiento y Paridad



Fuente: Epi Info 7.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

6.1 DISCUSION

El estudio titulado Satisfacción de usuarias con analgesia y anestesia para cervical en Aspiración Manual Endouterina en pacientes pos aborto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Occidente 2011, es un estudio Analítico Transversal, el cual se llevó a cabo en 320 pacientes que consultaron al Servicio de Emergencia de Ginecología y a quienes se diagnosticó aborto incompleto no complicado menor o Igual a 12 semanas de edad gestacional, a quienes se practicó tratamiento terapéutico con AMEU.

A cada una de las pacientes en estudio se realizó el procedimiento de AMEU, se les pasó una boleta de recolección datos la cual fue llenada por personal hospitalario, donde se presentó lo siguiente:

De las pacientes en estudio (320) 280 fueron diagnosticadas con aborto incompleto, 19 pacientes con Aborto retenido, y 1 paciente con aborto inevitable, todas ellas fueron sometidas a Aspiración Manual Endouterina.

Las edades que se observaron más frecuentemente fueron de 21 a 40 años de edad, ocupando el 93% (21,24 años 26%), dato que no coincide con autores de países desarrollados (17 y 18 a) debido a que en nuestro país aún persisten altas tasas de abortos clandestinos los cuales se observan en mujeres adolescentes, sin embargo en estudios realizados en nuestro país la edad promedio de pacientes que consultan por aborto es de 24 años; las pacientes mayores de 40 años ocuparon un 5% y menores de 20 años el 2% .

Del 100% de las pacientes, 34% eran analfabetas, el 27% cursaron de 1- 6 años de estudio, el 30% curso estudios de secundaria y diversificado y únicamente el 9% tenían un alto grado académico (universitario); coincidiendo con datos estadísticos que mencionan que en nuestro país existe un 31% de tasa de analfabetismo, en su mayoría mujeres indígenas con mayor riesgo de sufrir abortos (13). Con relación al estado civil el 55% de ellas eran casadas y el resto se encontraban separadas, solteras y unidas. De acuerdo al número de gestas, 26% eran primigestas y 74% ya tenían más de una gesta previa.

De las pacientes que se sometieron a AMEU en el HNO en el 2011; las pacientes comprendidas entre 36 a 40 años de edad fueron quienes **no** presentaron ningún tipo de dolor hasta en el 54%, y las pacientes comprendidas entre 45-50 años en un 48%, quienes presentaron dolor como insoportable (9-10puntos) fueron las pacientes menores de 15 años de edad evidenciándolo en el cruce de variables (escala de dolor durante el procedimiento y edad de las pacientes) del cual no hay ningún estudio previo sobre ello.

En estudios realizados en años anteriores en Hospitales de referencia de Guatemala, se evaluó el protocolo de manejo del dolor con tratamiento farmacológico, con uso de escala del dolor en donde encontraron alivio en el 61% de pacientes para el 2005 y en un 73% para el 2010 en este último estudio se tomó en cuenta tanto el tratamiento farmacológico como la consejería propuesta por el MSPAS encontrando aumento de pacientes aliviadas hasta en el 73%. En nuestro estudio se tomó en cuenta los 3 pilares básicos de Atención posaborto (AMEU, Consejería y MPF) encontrando un alivio del dolor hasta en el 80% de la población en estudio.

Se pudo identificar que del 100% de las pacientes en estudio el 23% no recibió consejería ni apoyo emocional antes, durante y después del procedimiento de Aspiración Manual Endouterina y el 77% recibieron consejería y apoyo. Lo que evidencia que no se cumple al 100% el protocolo de Atención Pos Aborto implementado por el MSPAS(16). De éste 77% que recibieron consejería, fue proporcionado por parte de personal paramédico en un 75% y de ellas el 41.3% no presentó ningún tipo de dolor, el otro 25% de consejería a las pacientes fue proporcionada por médicos externos y residentes, en donde se observó que sorprendentemente el 85.4% de las pacientes no presentaron dolor.

El tercer elemento de la Atención Posaborto corresponde a la consejería que está dirigida a identificar y responder las necesidades de salud emocionales y físicas, así como a otras preocupaciones de la mujer(16,7). Con respecto a lo anterior se puede decir que influye la calidad de consejería balanceada hacia las pacientes antes durante y después del procedimiento de AMEU, ya que en total, el 49% de las pacientes que recibieron consejería presentaron dolor a pesar de recibir la misma, sin embargo se evidenció que el personal con mayor experiencia y quizá el más capacitado para la consejería fue el de

mayor nivel académico. Mencionando que la literatura indica que con un trato amable y adecuado apoyo emocional, el bloqueo para cervical es generalmente la mejor opción para el manejo eficaz del dolor en la AMEU. (5) El objetivo del manejo del dolor es asegurar que la paciente tenga el mínimo de ansiedad y de molestias, así como el menor riesgo para su salud.

En cuanto a Planificación Balanceada, el 89% aceptaron algún método de planificación familiar; de ellas 68% de pacientes optaron por depoprovera, 13% pacientes por ACOS, 7% de pacientes por métodos naturales y 6% por preservativos, y únicamente 2.7% de pacientes optaron por Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, y el 11% de todas las pacientes no optaron por ninguno de los métodos mencionados. Lo anterior manifiesta que de acuerdo a varios estudios realizados en diferentes países de Latinoamérica al implementar el programa de APA hay mejoras en los servicios de anticoncepción postaborto. En cuanto a la demanda, llama la atención que las pacientes no hayan optado por métodos como T de cobre y Jadelle a pesar de tener suministros en dicho centro.

Se puede decir que en cuanto a la consejería y la aceptación de métodos de planificación familiar influye en un buen porcentaje de las pacientes (92.7%)

Con los datos anteriores podemos concluir que la edad, la escolaridad y la consejería y apoyo balanceado proporcionado por personal calificado son factores determinantes en la percepción del dolor durante el procedimiento de AMEU en pacientes afectadas por Aborto, con relación a quienes brindan la consejería y apoyo se puede afirmar que médicos residentes y externos influyen significativamente en la disminución de la percepción del dolor durante el procedimiento, por el conocimiento teórico y práctico de los pilares esenciales de la Atención pos Aborto. En relación a la Planificación y consejería balanceada proporcionada a las pacientes sometidas a estudio se puede decir que es altamente influyente en cuanto a la adquisición elección y aceptación de Métodos de Planificación Familiar por parte de las pacientes, evidenciando la escasa oferta demanda de todos los métodos existentes en el HNO.

6.2. CONCLUSIONES

- 6.2.1 No se cumple con el protocolo oficial propuesto para la realización de AMEU, dado que no se da consejería al 100% de las usuarias.
- 6.2.2 Del total de pacientes sometidas a AMEU se encontró un alivio del dolor hasta en el 80% de la población en estudio, siendo el 48% de ellas que no presentaron ningún tipo de dolor durante el procedimiento ya que recibieron consejería y apoyo.
- 6.2.3 Más del 80% de pacientes que recibieron consejería y apoyo optaron por un método de planificación familiar,
- 6.2.4 La paridad, el estado civil no son factores condicionantes en la percepción del dolor.

6.3. RECOMENDACIONES

- 6.3.1 Que el departamento de Enfermería coordine con el Departamento de Ginecología para elaboración de programas de educación continua relacionados a protocolos de atención a la usuaria con aborto incompleto tratadas con la técnica de AMEU, optando medidas de cambio en la atención a fin de modificar positivamente la satisfacción de las usuarias.
- 6.3.2 Que se realicen periódicamente evaluaciones del nivel de satisfacción de la usuaria sobre la atención integral que brinda el personal de médicos y paramédicos.
- 6.3.3 Que se gestione a autoridades del HNO para la disponibilidad de medicamentos que se utilizan en el protocolo de AMEU

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Atención Post aborto. Atención humanizada en el tratamiento del postaborto. Evaluando la calidad de la prestación de servicio en la atención postaborto (APA) Guatemala. Ministerio. 2005
- 2.-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá*, San José, Costa Rica: PNUD, 2003, Cuadro 1.4, p. 35.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1996; y MSPAS et al., 2003, op. cit., (ver referencia 6).
- 4.- Botero, Jaime. *Obstetricia y ginecología* 7ma edición. Colombia, Universidad de Antioquia. 2004. 660p
- 5.- MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6). 4.-. Cleland J y Ali M, Dynamics of contraceptive use, en: *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2006.
- 6.- MSPAS, INCAP e IRD/Westinghouse, 1989, op. cit. (ver referencia 6); y MSPAS et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).
- 7.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de atención post aborto: Atención humanizada en el tratamiento del postaborto. Expansión de la atención postaborto en 22 hospitales departamentales de Guatemala. Guatemala Ministerio, 2005v 1. No. 4
- 8.- FIGO/WHO Task Force. Abortion: a professional responsibility for obstetricians and gynecologists: Workshop Final Report. Cemicamp, Campinas, Brasil, March, 1997.

9.- Academia Nacional de Medicina de México. A.C. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Vol 139. Suplemento 1 Julio-agosto 2003. Pag 3,4.

10.- Post abortion Care. PAC Consortium in Action. Número 1, marzo 2012
Pathfinder International Perú Office.

11.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de Atención Posaborto Manejo del equipo AMEU: control de infecciones. Guatemala: Ministerio, 2006.
11p.

12.- Santiso-Galvez R y Bertrand JT, The delayed contraceptive revolution in Guatemala, *Human Organization*, 2004, 63(1):57–67.

13.- Elena Prada, Lisa Remez, Edgar Kestler, Sandra Sáenz de Tejada, Susheela Singh, Akinrinola Bankole. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala. 2006
Guttmacher Institute,

14.-Castillo M. L. E. Métodos estadísticos. 2005. Universidad Autónoma Chapingo.
Chapingo México. 312 p.

15.- Gimes, DA y Cates W. Deaths from Para cervical anesthesia used for first trimester abortion. *New England Journal of Medicine* Vol 295, pgs 1397-1399 stubblefield PG. Control of pain for women Undergoing abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* suplemento 3 págs 131-140. 1989

16.- Dr. Edgar Kestler, Dra. Linda Valencia. Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala. Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva y Sexual (CIESAR). Cap 1, pag 9.

VIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCION DE INFORMACION EN
PROCEDIMIENTOS DE AMEU TERAPÉUTICO**

BOLETA No. _____

Con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del objetivo de recolección de datos y su utilización en el proceso de investigación sobre la satisfacción del usuario en analgesia y anestesia para cervical en pacientes atendidas post aborto en Ginecología, por lo cual solicitamos consentimiento para la obtención de los mismos. Por lo que deberá llenar los siguientes:

La pacientede.....años

DPI:extendido en.....

Y/o el señor/señora

DPIextendido en:.....

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el Dr. y/o Dra.:.....identificado con DPI.extendido en.....; ginecólogo y obstetra colegiado: me ha explicado que es importante la información que proporcionaré para lo que nos ha suministrado la siguiente información:

1. consiste en la realización de una serie de preguntas que se me harán relacionadas a mis antecedentes Ginecoobstetricos y datos personales.
2. El principal propósito es la recolección de datos
3. la recolección de datos se hará durante toda mi estancia hospitalaria.
4. Se garantiza la confidencialidad de los datos que yo proporcione para dicho estudio
5. Además comprende un test observacional que se realizara durante el procedimiento de AMEU
6. De manera expresa.....autorizo que los datos obtenidos sean utilizados para el estudio necesario (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 CURSO DE INVESTIGACION EFECTIVIDAD DE ANALGESIA EN AMEU
 ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ Edad: _____

Estadocivil: _____ Escolaridad: _____

Gestas _____ partos _____

Edad gestacional _____ Recibio consejería antes del AMEU si_ no_

ESCALA DE DOLOR ANTES DEL PROCEDIMIENTO



Se utilizó analgésico si _____ no _____

Se utilizó Ansiolitico si _____ no _____

Se colocó bloqueo Paracervical si _____ no _____

Recibio consejería durante el AMEU si _____ no _____

ESCALA DE DOLOR DURANTE EL PROCEDIMIENTO



Se realizó consejería después del procedimiento: si _____ no _____

ESCALA DE DOLOR DESPUES DEL PROCEDIMIENTO



Qué tipo de personal realizó la consejería:
Medico: _____ Paramedico _____ Estudiante _____

Paciente opto por método de planificación familiar:
SI _____ NO _____

Cual: _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN ANALGESIA Y ANESTESIA PARA CERVICAL EN AMEU, POST ABORTO" 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.