

**NORMATIZACIÓN TÉCNICA DE LA  
ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA  
(AMEU) COMO TRATAMIENTO DEL  
ABORTO INCOMPLETO**

**ADENDUM AL CAPÍTULO DE ABORTO DE LAS NORMAS Y  
PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA  
SALUD REPRODUCTIVA**

**ECUADOR - 2003**

## **AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**DR. ERNESTO GUTIERREZ VERA**  
**MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**

**DR. OSWALDO RIOS NUNOZ.**  
**SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD**

**DR. HUGO JURADO**  
**DIRECTOR GENERAL DE SALUD**

**DR. LUIGI MARTINI**  
**SUBSECRETARIO DE MEDICINA TROPICAL**

**DRA. NARCIA BRITO MONTERO**  
**DIRECTORA NACIONAL DE PRONOCION Y ATENCION INTEGRAL DE SALUD**

### **PERSONAL TECNICO DEL OEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA DE PAIS**

**DR. IVAN PATRICIO JACOME ARTIEDA M.D/G.O**  
**DR. ANGEL RACINES M.D.**  
**DRA. NARIA ELENA ACOSTA M.D.**  
**OBST. DALIA JARAMILLO.**  
**LDA. NANCY BEDON T.S.**  
**LDA. ROSA RODRIGUEZ COM. S.**  
**LDA. LOURDES PAZMIÑO ENF.**

## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE LAS NORMAS SOBRE ANEU**

- 1) Ministerio de Salud Pública: DPAIS (Dpto. Salud Reproductiva) UGLMG y Al.
- 2) Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador: Escuela de Graduados
- 3) Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca
- 4) Facultad de Ciencias Médicas Universidad Estatal de Guayaquil
- 5) Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Loja
- 6) Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito
- 7) Hospital Enrique Garcés Quito
- 8) Hospital Pablo Arturo Suárez Quito
- 9) Hospital General de las Fuerzas Armadas Quito
- 10) Hospital Quito de la Policía Nacional
- 11) Maternidad Santa Marianita Guayaquil
- 12) Junta de Beneficencia de Guayaquil: Maternidad Enrique Sotomayor
- 13) Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia Capítulo Pichincha
- 14) Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
- 15) Fondo de Población de las Naciones Unidas: UNFPA
- 16) I P A S . México

## **COMITÉ DE EXPERTOS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE PARTICIPARON COMO AUTORES EN LA ELABORACION Y REVISION DEL ADENDUM SOBRE AMEU A LA NORMA NACIONAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION A MANEJO DE LA SALUD REPRODUCTIVA**

- 1.- Dr. Patricio Jácome A: MD/GO, Dto de Salud Reproductiva, DPAIS, MSP.
- 2.- Dra. Carmen Laspina: MD, Dto. de Salud Reproductiva, DPAIS, MSP.
- 3.- Dr. Angel Racines: MD, Dto. de Salud Reproductiva, DPAIS. MSP.
- 4.- Dra. Ximena Abarca: Unidad de gestión de la LMGAI- NSP.
- 5.- Obs. Dalia Jaramillo: Dto. de S.R. MSP.
- 6.- Dr. Luis Escobar C: Director de la Escuela de Graduados .Facultad de Ciencias Médicas de la U.C. del Ecuador.
- 7.- Dr. Julio Procel A: Docente de Gineco Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas Universidad Estatal de Guayaquil.
- 8.- Dr. Xavier Molina: Docente de Gineco Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- 9.-Dra. Betty Carrión: Docente de Gineco Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Loja.
- 10.-Dr. Armando Chávez: Secretario General de la SEGO-Pichincha, y de la FESGO
- 11.- Dr. Francisco Hidalgo: Dpto. Gineco Obstetricia Hospital Enrique Garcés Quito.
- 12.-Dr. Marcelo Dávalos: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito.
- 13.-Dr. Fernando Ron: Jefe del Dpto. de Ginecología y Obstetricia Hospital General de las Fuerzas Armadas Quito.
- 14.-Dr. Alfredo Proaño: Jefe del Dpto. de Ginecología y Obstetricia. Hospital Quito de la Policía Nacional.
- 15.-Dr. Manuel Crespo: Maternidad Santa Marianita . Guayaquil.
- 16.-Dr. Jorge Daher: Maternidad Enrique Sotomayor . Guayaquil.
- 17.-Dr. Francisco Delgado: Dpto. de Gineco Obstetricia H.PA.S. Quito
- 18.-Dr. Walter Moya: Jefe del Dpto. de Patología Obstétrica H.G.O.I.A. Quito
- 19- Dra. Marcia Elena Álvarez: UNFPA
- 20; Dr. Fernando Cazares: UGLNGAI - MSP.
- 21.- Dr. Rubén Ramirez Sanchez - IPAS - México.
- 22; Dr. Carlos Arturo Campos Nava - IPAS - México
- 23.- M.A. Gustavo Quiróz Menaloza - Sub director de Tecnología y Logística para América Latina. IPAS - México

### **REVISION FINAL**

- Dr. Patricio Jácome A. MD/GO Dto. de Salud Reproductiva DPAIS, MSP  
Dra. María E. Acosta MD/E, DPAIS, MSP  
Dra. Marcia Brito M. Magíster Investigación y Administración en Salud, Directora de Promoción y Atención Integral de Salud MSP.  
Obs. Dalia Jaramillo Dto. S.R. - DPAIS - NSP.

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**  
**CONSIDERANDO:**

Que: de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y numeral 6 del artículo 179, Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado representarán al Presidente de la República en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del artículo 17 del Decreto Ejecutivo 2428, publicado en el registro Oficial No. 536 de 18 de marzo del 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;

Que: el artículo 42 de la Carta Magna dispone que el Estado garantizará el derecho a la salud así como la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Que; mediante Acuerdo Ministerial No. 00987 de 18 de noviembre de 1998, se aprobó el documento "Normas y Procedimientos de Atención de Salud Reproductiva";

Que: la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud ha elaborado las normas de atención del aborto en curso, mediante la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y que debe constar en el capítulo correspondiente de las normas de Salud Sexual y Reproductiva;

Que: mediante memorando #SFO-10-154 de 28 de agosto del 2002, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, solicita la elaboración del presente instrumento Jurídico; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 179 de la Constitución Política de la República y el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva.

**ACUERDA:**

Art.1.- Disponer que en el documento de "NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA", al Capítulo de Aborto, se agregue la Normalización Técnica de la aspiración Manual Endouterina (AMEU) Como Tratamiento del Aborto Incompleto

Art. 2.- Difundir el documento mencionado en el artículo 1 del presente Acuerdo a nivel nacional para que el mismo sea aplicado.  
Obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector Salud tanto públicas como privadas.

Art. 3.- De la ejecución del presente Acuerdo que entrará en vigencia, a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial, reencárguese a la Dirección General de Salud y a la Dirección Nacional de promoción y Atención Integral de Salud de esta Cartera de Estado.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a 18 SEP 2002

  
**Dr. Patricio Jamriska Jácome**  
**MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**



## ***NORMATIZACION TÉCNICA DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) COMO TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO***

*Adendum al Capítulo de Aborto Impreso en las Normas y Procedimientos para la  
Atención de la Salud Reproductiva*

### ***INTRODUCCION.***

Los y las prestadores de servicios de salud suelen encontrarse con mujeres con abortos espontáneos, con embarazos no deseados, embarazos forzados productos de violencia sexual, o bien mujeres con abortos "espontáneos" que han sido violentadas durante su gestación. La frecuencia de estos casos así como las implicaciones que tienen en la salud femenina constituye un llamado a que se requiere fortalecer la atención de las necesidades de ellas mismas y no exclusivamente del aborto en sí. Es importante atender tanto los aspectos clínicos, como identificar las circunstancias de las mujeres en situación de aborto para brindarles servicios apropiados.

En la actualidad la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), se está constituyendo en la primera opción para el tratamiento de este problema, recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y está avalada por la OMS. La AMEU es una técnica segura efectiva, rápida con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental (LUI). La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones como son la perforación uterina, el sangrado excesivo, la infección pélvica y las lesiones cervicales que suelen presentarse con el legrado.

Con el objetivo de garantizar la calidad de los servicios, se ha considerado un modelo de atención post aborto (APA) con la técnica de AMEU el mismo que está conformado por cinco elementos claves a saber:

- 1) Vinculación entre la comunidad y los proveedores de servicios.
- 2) Consejería para identificar y responder a las necesidades emocionales y de salud física de las mujeres.
- 3) Tratamiento de emergencias de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo que pudieran poner en riesgo la vida de la mujer
- 4) Orientación y servicios de salud de anticoncepción postaborto.
- 5) Vínculos entre los servicios de atención postaborto y el sistema de atención de la salud sexual y reproductiva.

La implantación de servicios de APA constituirá una respuesta de los servicios de salud a las distintas necesidades de atención a las mujeres con aborto incompleto y para de esta forma prevenir los abortos que ocurren en condiciones de riesgo (provocados).

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

La Aspiración Manual Endouterina (AMEU), es un método alternativo para el tratamiento de las diferentes formas clínicas del aborto incluido el aborto incompleto, en el cual se utiliza un aspirador manual con cánulas flexibles de plástico (cánulas de Karman) para evacuar los tejidos residuales o retenidos mediante la aplicación de vacío (presión negativa) producida por el aspirador, y adicionalmente porque las cánulas proporcionan un le- grado suave representando un método apropiado efectivo y seguro. Este instrumental debe ser utilizado solamente por personal de salud perfectamente capacitado, especial- mente médicos/as y obstetrices.

La AMEU, se asocia como ya se indicó con niveles más bajos de complicaciones en relación a las que se presentan con el LUI. Demostrándose en diversos estudios que la AMEU tiene una efectividad mayor al 98%. Es conveniente destacar que la AMEU ha comprobado ser un procedimiento altamente eficaz y seguro incluso en el primer nivel de atención. La mayoría de mujeres se recuperan en el transcurso de unas pocas horas (un mínimo de dos horas) después del procedimiento. Siendo la recuperación más rápida cuan- do se utiliza la AMEU sin anestesia general ni sedación de larga duración. Las características de la AMEU posibilitan la adecuación del servicio para que sea costo efectivo ya que puede realizarse de manera ambulatoria y con analgesia y sedación ligera o diferentes técnicas de anestesia local como el bloqueo paracervical que permite disminuir los riesgos de la anestesia general con las posibles implicaciones que esta significa facilitando así su realización en salas de cirugía ambulatoria, lo cual resulta en intervenciones de corta estancia y bajo riesgo, permitiendo una significativa reducción de costos y un mejor aprovechamiento y uso de los recursos físicos y humanos disponibles. Adicionalmente el modelo de atención considera un componente de intervención personal humanizada y consejería que facilita el proporcionar apoyo emocional durante el acto quirúrgico y posteriormente entregar información acerca de su futura salud reproductiva y los beneficios de utilizar un método anticonceptivo de alta eficacia, que le permita a la mujer tomar decisiones libres, responsables e informadas.

Mediante la implementación de este método de tratamiento del aborto se espera que el personal de salud de las distintas unidades de salud del país, modifiquen las actitudes de estigmatización hacia las pacientes que necesitan atención por un aborto incompleto, lo cual deberá traducirse en un trato más humano y de alta calidad, situación ésta que es básica para poder implementar y normatizar este método en las distintas unidades de salud del país.

La interacción (relación humana) entre el personal de salud y la paciente se inicia desde que la paciente ingresa a la unidad de salud hasta que es dada de alta de la misma, y el trato involucra especialmente el que cada uno/una de los miembros del equipo de salud que atiende a esa paciente contribuya a mejorar la calidad y la calidez de la atención que se brinda a la misma, procurando una amplia comunicación, garantizando y asegurando la confidencialidad y privacidad, siendo muy respetuoso/sa durante toda su estancia en la unidad de salud..El mejoramiento de todos estos aspectos y la realización del procedimiento no implican gastos adicionales en estructura y materiales y por lo general no re- quiere de más personal que el que normalmente está designado para el efecto. El sitio donde deba realizarse el procedimiento deberá tener las facilidades de espacio, asepsia y antisepsia adecuadas, contar con recursos de soporte y estar ubicado preferentemente dentro de un ambiente hospitalario.

## **INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

## Indicaciones

Tratamiento del Aborto Incompleto espontáneo

Tratamiento del aborto provocado

Tratamiento del aborto infectado (septico previo manejo con antibióticos y selección de casos)

Tratamiento del aborto diferido (huevo muerto y retenido de hasta 12 semanas)

Embarazo anembrionado hasta 12 semanas.

Enfermedad Trofoblástica Gestacional (mola hidatiforme) de hasta 16 semanas por altura de fondo uterino.

Aborto terapéutico (en los casos indicados y de acuerdo a los códigos de ética médica y penal)

Biopsia de endometrio.

Retención de restos postparto.

## **CONTRAINDICACIONES**

Edad gestacional mayor a 12 semanas por FUM.

Tamaño uterino mayor a 12 semanas por FUM excepto mola hidatiforme,

Dilatación cervical mayor a 12 centímetros.

No conocer la técnica.

## **PRECAUCIONES**

Ansiedad excesiva de la paciente.

Antecedentes de trastornos de la coagulación (discracias sanguíneas)

Cirugía uterina previa reciente.

Sospecha de perforación uterina.

Anemia severa

Imposibilidad para determinar el tamaño del útero (por ejemplo: fibromas uterinos obesidad) de preferencia si se realiza deberá efectuarse con control ecográfico y en unidades de 2do, 3er nivel de atención.

Anomalía uterina.

Inestabilidad hemodinámica: cardiopatía, shock hipovolémico, shock séptico.

Infecciones de transmisión sexual: sífilis, VIH/SIDA, gonorrea.

Cervicitis purulenta aguda (si se requiere aplicar AMEU deberá realizarse en unidades de 2do o 3er nivel de atención.

## **CONPLICACIONES**

Laceraciones o desgarro cervical.

Reacción vagal

Perforación Uterina. En caso de que suceda se debe hospitalizar a la paciente y tomar las medidas adecuadas.

Infección Pélvica.(por inexperiencia en la técnica)

Sangrado persistente.

Hipotensión arterial.

Evacuación incompleta (retención de restos) v' Infección pélvica (por malas técnicas de asepsia y antisepsia)

Hematometra agudo.

Embolia de aire.

## **PROCEDIMIENTOS PARA EFECTUAR LA AMEU**

### **Sala de procedimientos**

El sitio deberá estar como ya se indicó anteriormente adecuado para brindar las garantías del caso tanto de asepsia y antisepsia así como de infraestructura básica incluyendo un sistema de gases y equipo de reanimación cardiopulmonar y de ser posible debe ser una sala exclusiva para el efecto, puede realizarse inclusive en sala de expulsión además de la sala de operaciones.

### **Precauciones generales**

Lavado de manos:

Debe efectuarse antes de ponerse guantes estériles y realizar la AMEU, así como después de realizado el procedimiento.

También se debe lavar las manos y cambiar de guantes antes de cualquier contacto entre una paciente y otra entre los exámenes vaginales y rectales de una misma paciente.

Evite pinchazos y cortaduras de piel con instrumentos cortantes o punzantes.

No toque las agujas.

Si tiene lesiones cutáneas abiertas en la piel, no tenga contacto con pacientes o instrumentos médicos sino hasta que las lesiones sanen.

### **Atuendo del Personal:**

Es recomendable usar una vestimenta que lo proteja la cual debe incluir: guantes estériles, mascarilla, si es posible anteojos adecuados para el efecto.

### **Atuendo de la paciente:**

Una bata adecuada para el efecto que deberá ser proporcionada por el personal de la Unidad de Salud.

## **EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN DE LA PACIENTE**

La evaluación integral de la paciente se debe realizar mediante una historia clínica completa que incluya: la identificación de las condiciones que dieron lugar a su problema, sus condiciones emocionales y físicas generales especialmente en lo referente al área pélvica y genital, apoyándose además en los exámenes de laboratorio que sea pertinente solicitar.

Todo lo anterior se puede encontrar en el formulario 051 de la historia clínica peri natal actualmente vigente en el país y permitirá elaborar un diagnóstico correcto antes de realizar el procedimiento de aspiración manual Endouterina.

El tomar "atajos" en la evaluación, puede causar dificultades durante el procedimiento y aumentar el riesgo de complicaciones y/o yatrogenias.

La preparación de la paciente para el procedimiento de la AMEU es fundamental para alcanzar el éxito del tratamiento. Incluye el mejoramiento de las condiciones físicas generales y del área genital así como el manejo y acondicionamiento emocional de la paciente.

Los exámenes básicos a realizarse en una paciente que va a someterse a la AMEU son los siguientes:

1. Biometría hemática
2. Tipificación sanguínea
3. Pruebas cruzadas
4. Tiempo de protrombina (TP)
5. Tiempo parcial de tromboplastina (TTP)
6. Plaquetas
7. VDRL
8. EMO
9. Un examen actualmente considerado como ideal si se lo puede realizar es el tamizaje del VIH (previa información y consentimiento informado de la paciente)

## **PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN DE LA PACIENTE**

Determinar los antecedentes familiares y personales de importancia.

Confirmación de que existe o existió embarazo.

Detección de posibilidad de interrupción del embarazo, para un adecuado tratamiento (sin emitir juicios de valor).

Evolución del padecimiento actual.

Clasificar el tipo de aborto y determinar posibles complicaciones.

Reconocer las características y condiciones en que se encuentran los órganos sexuales.

Elaborar un diagnóstico certero.

Establecer un plan de tratamiento.

## PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL

Coloque el instrumental necesario para el procedimiento en un campo o recipiente estéril. Para el tratamiento del aborto incompleto el diámetro de la cánula estará determinado en base a las semanas de gestación y a la dilatación cervical de acuerdo a la exploración bimanual como se indica más adelante y que debe realizarse previamente al procedimiento, se recomienda tener a la mano cánulas de varios diámetros, así como tener si esto es posible dos jeringas preparadas con vacío antes de iniciar el procedimiento para el caso de que pudiese haber una gran cantidad de sangre y restos dentro cavidad uterina lo cual no puede determinarse con certeza si no se ha realizado una ecografía previa.

De este modo la selección de cánulas para la AMEU de acuerdo al tamaño del útero por FUM deberá ser de la siguiente forma:

TAMANO UTERINO APROXIMADO (Semanas por FUM)	CALIBRE APROXIMADO DE CANULA
5 A 7 FUM	4 a 6mm
8 a 9 FUM	7 a 8 mm
10 a 12 FUM	9a 12mm

Nota Revisión de jeringas y Cánulas: Para que una jeringa funcione correctamente esta deberá conservar el vacío se deberán desechar aquellas que tengan roturas visibles u otros defectos o las que no conserven el vacío, igualmente desechar las cánulas rotas, o desgastadas.

## ARNADO DE JERINGAS ADAPTADORES Y CANULAS

Es muy importante tener en cuenta que los adaptadores son dispositivos cilíndricos que se utilizan para conectar entre si el sistema valvular con las cánulas y vienen en diferentes colores correspondientes cada uno de ellos a un diámetro específico para determinada cánula, siendo en total un juego de cinco adaptadores por cada jeringa.

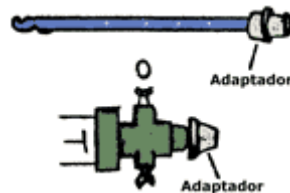
Cada cánula presenta en la superficie distal de la misma una serie de puntos de un color específico para cada calibre de cánula. Es importante señalar que el primer punto se encuentra a 6 cm de distancia de la punta (donde se encuentran las ventanas o fenestraciones), entre cada punto hay un centímetro de distancia lo cual permite realizar la histerometría, sin necesidad de introducir un histerómetro metálico disminuyendo así la posibilidad de perforación uterina, ya que las cánulas son flexibles.

La selección de los adaptadores se hará según la cánula y el tipo de jeringa que se va a usar de la siguiente forma:

<b>CANULAS</b>	<b>ADAPTADOR</b>	<b>JERINGA</b>
34,5 y 6 mm	No necesita	Sencilla
34,5 y 6 mm	Azul	Doble
7 mm	Marrón claro	Doble
8 mm	Marfil	Doble
9 mm	Café oscuro	Doble
10 mm	Verde oscuro	Doble
12 mm	No necesita	Doble

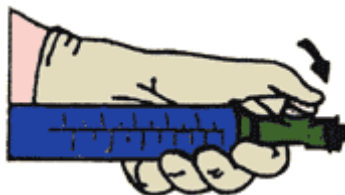
Luego se seguirá los siguientes pasos.

a) Conecte el adaptador. (Si es necesario) ya que algunas cánulas como las No: 4, 5,6 no necesitan de el al adaptarse a jeringas de válvula sencilla, igualmente con la cánula No.12 al adaptarse a jeringas de válvula doble como se indica en la Fig. #1, La cánula se conectará más tarde a la jeringa directamente o mediante el adaptador luego de que el extremo de la cánula se haya introducido a través del cervix. Fig1

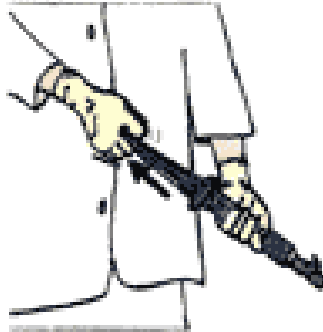


b) Revise la posición del émbolo y el botón o botones de la válvula de la jeringa. Antes de hacer el vacío el émbolo debe llegar al fondo del cilindro y la válvula estar abierta (con el botón o botones hacia fuera).

c) Cierre las válvulas empujando el botón hacia adentro y adelante (hacia la punta de la jeringa). Escuchará y sentirá cuando la válvula encaja en su sitio. Fig. #2.



d) Hale el émbolo hacia atrás hasta que los brazos del émbolo al llegar al extremo distal de la jeringa se abran, anclándose para mantener el émbolo en su lugar. Así se establece un vacío dentro de la jeringa. Fig. #3



e) Asegúrese que la posición de los brazos del émbolo esté firme. Ambos brazos deben estar totalmente extendidos a los lados y asegurados sobre el borde del cilindro. Con los brazos sujetos en esta posición, el émbolo no se moverá hacia delante y se conservará el vacío. Una posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro de la jeringa empujando su contenido o el aire hacia dentro del útero. Nunca tome la jeringa por los brazos del émbolo. f) Revise en la jeringa la tensión del vacío antes de usarla, para lo cual debe dejar la jeringa con el vacío formando durante varios minutos. Enseguida abra la válvula soltando el botón. Deberá escucharse la irrupción brusca de aire en la jeringa que indica que había un vacío. Si esto no sucede tendrá que verificar lo siguiente:

1; Que el anillo "O" (empaquetado) que se encuentra en el canal del extremo distal del émbolo se encuentra correctamente colocado.

2; Que se han cerrado correctamente las válvulas. Si a pesar de todo aún no conserva el vacío utilice otra jeringa (esto puede suceder cuando los empaques de la jeringa se encuentran muy deteriorados o viejos).

g) Repita los pasos 3 a 5 para reestablecer el vacío en el momento del procedimiento.

## TECNICA DEL PROCEDIMIENTO AMEU

Todo instrumento o parte del mismo que se lo vaya a introducir en la cavidad uterina debe estar completamente estéril, si esto no es posible se lo debe someter a desinfección intensiva. En el caso de la jeringa de AMEU y las cánulas estas no pueden ser esterilizadas en autoclave de vapor ni en esterilizador de calor seco, ya que esto causaría deformaciones en su estructura. Para realizarlas hay que hacerlo con gas, "óxido de etileno" y en caso de no contar con esto se debe realizar la esterilización intensiva con soluciones estériles como el Sabvlon (hibicet). Se sugiere hacer referencia a la posibilidad de descartar las cánulas cuando exista riesgo de infección.

Además durante todo el procedimiento se debe tomar en cuenta la técnica del "No-contacto" que se refiere a no contaminar el extremo de la cánula que tiene ventanas y que se introducirá en la cavidad uterina es decir evitar que este extremo entre en contacto con otros objetos o superficies antes que sea introducida a través del canal cervical.

Para realizar el procedimiento se deberá seguir los siguientes pasos:

### a) Exploración pélvica bimanual:

Es necesario realizarla siempre en todas las pacientes, ya que nos permite obtener datos sobre la posición del cuello uterino con la finalidad de identificar la posición, tamaño, consistencia superficie, sensibilidad, movilidad del útero y dilatación cervical. Además con respecto de los anexos igualmente se podrá explorar las características que estos tienen y de esta forma descartar la presencia de masas tumorales y/o pélvicas, es importante este paso para que el procedimiento pueda ser seguro y exitoso. Figura 04.



Útero en ante versión: (inclinado hacia delante): Se deberá tener un cuidado especial y realizar una maniobra de corrección del ángulo traccionando ligeramente (gentilmente) el cérvix con el tenáculo durante cualquier intervención para disminuir la posibilidad de perforación. Fig 05.



Útero en retroversión: (inclinado hacia atrás): Este tipo de posición uterina se palpa mejor mediante una exploración rectovaginal. Es importante realizar la misma maniobra de corrección del ángulo uterino, para ponerlo en directo, evitando así la posibilidad de perforación, que es más factible con instrumental metálico como los histerómetros y las curetas. Fig #6.



## **b) Introducción del espéculo adecuado**

Se deberá elegir un espéculo de tamaño adecuado para cada paciente considerando características como edad, nuliparidad, multiparidad, tensión de las paredes vaginales, etc. Es importante siempre solicitarle que "puje" hacia abajo, con la finalidad de que esta maniobra relaje el piso pélvico y la introducción del espéculo sea menos molesta para la paciente. Debemos recordar que toda maniobra debe ser avisada (informada) y gentil.

Una vez el espejo introducido y conociendo la posición del útero mediante la exploración bimanual fije firmemente el cérvix con un tenáculo (pinza de Pozzi o tirabalas), y ejerza una suave tracción con la finalidad de alinear el canal cervical,

### **c) Aplicación del bloqueo paracervical**

Es preciso que antes de iniciar todo el procedimiento, el/la, médico/a, haya interactuado con su paciente y le haya explicado claramente cual es su diagnóstico, cual es su estado general de salud, y cuales son las posibilidades de intervención en este caso con AMEU, además deberá exponerle las diferentes posibilidades de anestesia, con la finalidad de que la paciente participe en la toma de decisiones y de esta manera pueda colaborar durante el procedimiento, ya que si se ha decidido que se lo hará con bloqueo paracervical, la participación y colaboración de la paciente es muy importante.

Como sabemos las pacientes en estos casos por lo general presentan un estado emocional de orden negativo, ya que experimentan diversos tipos de situaciones como el miedo, angustia, temor, depresión, culpa, dolor, etc. Es importante que haya acompañamiento y consejería proporcionado por personal de salud capacitado, (médico/a, enfermera/o, obstetrix etc.) y que este acompañamiento se mantenga todo el tiempo.

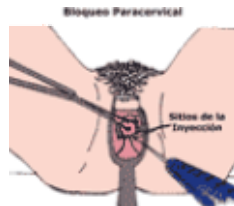
Para el caso o casos que nos ocupan, es muy posible que se pueda manejar además la "medicación preanestésica", la cual consiste en la aplicación de un analgésico como por Ej.: el metimazol Ig IM, y un ansiolítico como las benzodiacepinas del tipo del diazapam Smg VO o IM una media hora antes del procedimiento, ya que esto eleva el umbral del dolor y disminuye la ansiedad, lo cual permitirá una mayor colaboración durante el procedimiento realizado con bloqueo paracervical.

C.1 Se puede utilizar una aguja para bloqueo raquídeo de calibre 422, o un extensor con aguja convencional de calibre 422, y una jeringa de 10 cc. Cargue su jeringa con 10 cc de xilocaina o lidocaina al 1% simple (sin epinefrina).

C.2 Antes de pinzar el sitio elegido del cérvix con el tenáculo, usted puede infiltrar 1cc de lidocaina, para evitar cualquier dolor y poder así movilizar mejor el cervix, ya que tanto la movilización cervical como la dilatación pueden causar reacción vagal. Para evitar la percepción del dolor es importante que antes de realizar cualquier punción se le pida a la paciente que "tosa", ya que esto distrae su atención y no tiene una percepción clara del dolor, es decir lo que siente no lo identifica como dolor propiamente dicho.

C.3 Una vez fijado el cervix con el tenáculo, debe lateralizarlo y levantarlo, para poder visualizar perfectamente la unión del fondo de saco vaginal con el cervix.

Hay que considerar que los sitios de infiltración ideales se encuentran en el radio de las 4 - 5 y 7 - 8 (considerando los radios de la circunferencia del reloj). La aguja se debe dirigir en un ángulo de 15 grados con respecto al eje del cervix, e introducirla a una profundidad de entre 3 mm y un máximo de 5 mm en dirección a la inserción de los ligamentos útero- sacros. Fig #7.



En cada sitio de inyección (4 - 5 y 7 - 8) se debe infiltrar lentamente 4 a 5 cc de lidocaina. Siendo importante que antes de iniciar la infiltración se aspire, para asegurarse que no está en un vaso sanguíneo. Si se observa cualquier evidencia de sangre en la jeringa NO APLIQUE, la inyección, si esto sucede, retire la aguja y ubique otro sitio de la región paracervical para realizar la infiltración. Tanto el médico tratante como el personal de apoyo (enfermera, obstetrix u otro), deberán estar pendientes de posibles efectos sistémicos o reacciones anafilácticas a la lidocaina, para tomar las medidas adecuadas (ver acápite dedicado a efectos indeseables de los fármacos).

C. 4 Una vez realizadas las infiltraciones en los sitios elegidos, se debe dejar transcurrir entre 4 y 5 minutos, para que el anestésico se difunda correctamente en el tejido infiltrado. Es importante recordar que la concentración máxima de la lidocaina se alcanza entre los 5 y 25 minutos.

D.- Haga la dilatación cervical especialmente en aquellos casos en los cuales el canal cervical no permita el paso de la cánula adecuada al tamaño uterino. Si esto es requerido debe hacerse con suavidad con los dilatadores disponibles en la unidad, o con cánulas de diámetro progresivamente mayor, cuidando de no lesionar el cervix o producir una falsa vía.

E.- Introduzca suavemente la cánula en la cavidad uterina, un poco más allá del orificio interno, mientras el cervix es sostenido firmemente. Eventualmente es

necesario aplicar un movimiento de rotación y ejercer una suave presión a la cánula para facilitar su introducción y vencer el endocervix. Fig#8.



F.- Recuerde que la cánula en su superficie tiene una serie de puntos de color a partir de los 6 cm de la punta, que le permitirán hacer una histerometría y de esta forma verificar su correlación clínico exploratoria. Por lo tanto introduzca lenta y suavemente la cánula con los puntos hacia la parte superior, hasta tocar el fondo uterino. Una vez que ha- ya medido el fondo uterino, retire un centímetro la cánula antes de conectarla a la jeringa e iniciar la evacuación. Fig #9



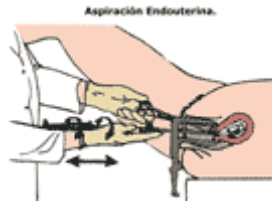
G.- Conecte la jeringa ya preparada (con el vacío) a la cánula. Sostenga la cánula con el dedo índice y el pulgar, traccionando levemente el tenáculo con los otros dedos y con la jeringa en la otra mano, haga la conexión. Asegúrese que la cánula no se desplace hacia delante en el útero mientras se conecta a la jeringa. Fig #10.



H.- Suelte la válvula de la jeringa para que el vacío se transfiera hacia la cánula y de esta hacia la cavidad uterina a través de la cánula. Deben empezar a fluir restos tisulares con sangre y burbujas, hacia la jeringa. Fig #11.



I.- Evacúe el contenido del útero moviendo suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación y al mismo tiempo hacia delante y atrás. Fig #12.



Es importante que no se retire (n) la (s) apertura (s) de la cánula más allá del orificio cervical externo ya que esto provocará que se pierda el vacío. Si así ocurre o si se llena la jeringa, siga las instrucciones para volver a formar el vacío.

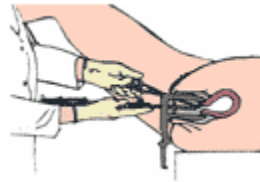
Mientras se mantiene el vacío, y la cánula se encuentra dentro del útero nunca tome la jeringa por los brazos del émbolo, para asegurar que éstos no se muevan de la posición de seguridad del borde de la jeringa. Si se deja que el émbolo se deslice dentro de la jeringa, puede devolverse restos de tejido o aire hacia el útero lo que puede provocar complicaciones.

J.- Señales de terminación del procedimiento:

1. Se observa en la cánula espuma de color rojo rosado.
2. No se observa la salida de más restos de tejidos.
3. Se oye o percibe la sensación de aspereza al raspar las paredes uterinas.
4. Hay mayor dificultad para deslizar la cánula, ya que el útero vacío empieza a contraerse y esto dificulta el deslizamiento.
5. La paciente puede quejarse de dolor cólico difuso en hipogastrio.

**K.-** Desconecte la jeringa de la cánula, retire la cánula y vacíe el contenido de la jeringa en un recipiente para poder inspeccionar los tejidos obtenidos. Fig # 13.

Separación de la Jeringa. (retiro de la cánula de Karman)



**NOTA:** Si durante cualquier momento mientras se realiza el procedimiento la cánula penetra más de lo esperado o si en el tejido aspirado hay restos de grasa u órganos internos, es señal de que el útero está perforado, lo cual pudo haber sucedido antes del ingreso o durante el procedimiento (siendo esto último extremadamente difícil que suceda debido a las características flexibles de las cánulas).

**L.-** Inspeccione los restos extraídos del útero para ver la cantidad (volumen) y características del tejido extraído. Cuele (sinónimo de cernir) y enjuague los restos tisulares para eliminar el exeso de coágulos sanguíneos y colóquelos en un recipiente transparente con agua, solución salina, o ácido acético débil (vinagre), para examinarlos visualmente. Inspeccione el tejido en busca de: vellosidades coriales, restos tisulares, membranas o partes de feto (después de 9 semanas de la FUM).

La ausencia de vellosidades puede sugerir un embarazo ectópico que requiere una revaloración inmediata y si corresponde una laparotomía exploratoria o laparoscopia donde se disponga. Si está indicado puede enviarse muestras al laboratorio de patología. Si no se observa tejido óvulo placentario, sería una señal de que el aborto pudo haberse completado antes de que se llevara a cabo la AMEU.

**N.-** Descontamine todo el material (jeringas, cánulas, tenáculo, especulo), en una solución de hipoclorito al 0,5% . Aspire con la jeringa a través de la cánula dicha solución varias veces, hasta verificar que no queda sangre dentro del interior de la o las cánulas. Luego desarme todo el instrumental contaminado y déjelo en inmersión en la solución de hipoclorito al 0,5%, por un mínimo de tiempo de 10 minutos. Los instrumentos de metal, sufren corrosión si se dejan más de 10 minutos en este tipo de soluciones.

El instrumental que va a utilizarse de nuevo debe limpiarse y desinfectarse de acuerdo a los pasos señalados en el capítulo correspondiente de la norma.

## **RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS TÉCNICOS DURANTE EL PROCEDIMIENTO**

En la mayor parte de los procedimientos de AMEU, el vacío se conserva constante en la jeringa hasta que ésta se encuentra aproximadamente al 90% de su capacidad. Sin embargo, puede ocurrir que se presente una disminución del vacío antes que se complete la aspiración debido a que la jeringa se llene, la cánula sea retirada en forma prematura o se obstruya.

Si la jeringa está llena:

1. Cierre la válvula.
2. Separe la jeringa de la cánula, dejando el extremo de la cánula dentro del útero. (No empuje el émbolo cuando separe la jeringa).
3. Vacíe el contenido de la jeringa en un recipiente abriendo la válvula de seguridad y empujando el émbolo dentro del cilindro.
4. Vuelva a formar el vacío en la jeringa, conéctela nuevamente a la cánula y reanude la aspiración. Muchos de los responsables del procedimiento tienen a la mano una segunda jeringa para la aspiración para cambiarla si la primera se llena. (Esto es lo más recomendable)

**Si las aperturas de la cánula se retiran fuera del útero más allá del orificio cervical externo (dentro del canal vaginal):**

1. Retire la cánula teniendo cuidado de no contaminarla por contacto con las paredes vaginales u otra superficie no estéril.
2. Cierre la válvula de seguridad de la jeringa
3. Desconecte la jeringa de la cánula, vacíe el contenido de la jeringa y vuelva a formar el vacío.
4. Si la cánula no se ha contaminado, vuelva a introducirla. Si se contaminó, introduzca otra cánula estéril.
5. Vuelva a conectar la jeringa, suelte la válvula y continúe la aspiración.

**Obstrucción de la Cánula, si el tejido y las burbujas dejan de correr hacia la jeringa, es posible que la cánula esté obstruida: si eso sucede, siga los siguientes pasos:**

1. Retire la jeringa y la cánula teniendo cuidado de no contaminar ésta por contacto con las paredes vaginales y otras superficies no estériles. 2. Retire todo el tejido del orificio de la cánula con una pinza o gasa estéril sin que se contamine la cánula. Si llega a contaminarse, use otra estéril. Nunca trate de destapar la cánula empujando el émbolo hacia dentro del cilindro

## **VIGILANCIA DE LA RECUPERACIÓN DE LA PACIENTE**

1. Se debe tomar los signos vitales mientras la paciente todavía se encuentra en la camilla de tratamiento.

2. Permita el descanso cómodo de la paciente en un sitio donde pueda vigilarse durante su recuperación.

3. Revise las características del sangrado por lo menos en una ocasión antes de darla de alta. Vuelva a tomar los signos vitales consignando los datos en la hoja de enfermería correspondiente. Asegúrese que hayan disminuido los dolores tipo cólico de origen uterino. (No se consideran normales los cólicos de duración prolongada.)

4. Si se ha iniciado el tratamiento de las complicaciones (por ejemplo, por una infección) continúe con la terapia y la vigilancia o ambos, según se requiera

5. Si la paciente es Rh negativa, adminístrele inmunoglobina anti-Rh antes de darla de alta.

6. Si no es necesario un tratamiento adicional para alguna complicación, la paciente puede ser dada de alta tan pronto como se encuentre estable, pueda caminar por sí sola y haya recibido la información necesaria para su recuperación. (Información que debe ser conferida por personal capacitado para el efecto y de ser posible en forma escrita de acuerdo a los ítems consignados a continuación)

## Información esencial sobre la recuperación de la paciente

Los signos de una recuperación normal son:

1. Cierta nivel de cólicos localizados en hipogástrico, de origen uterino de leve intensidad sin irradiaciones, durante los siguientes días, y que las más de las veces no requiere de la administración de fármacos. En caso de requerir de algún fármaco pueden utilizarse analgésicos suaves del tipo del paracetamol, diclofenaco o dextropropoxifeno. Si se prescribe algún fármaco debe hacérselo en la receta correspondiente con letra clara y legible asegurándose que la paciente ha entendido perfectamente las instrucciones.

2. Puede haber goteo o sangrado transvaginal, pero este último no debe ser mayor a mojar profusamente más de dos toallas sanitarias en 24 horas.

3. El período menstrual normal debe aparecer dentro de las 4 a 8 semanas siguientes a la ANEU.

4. Información sobre la reanudación de la actividad sexual y 4 higiene personal, así como sobre el reinicio de la menstruación y sobre la planificación familiar. No debe tener relaciones sexuales o colocarse ningún objeto dentro de la vagina hasta varios días después que haya cesado el sangrado (no debe ducharse ni colocarse tampones).

5. La paciente debe recibir información de cuándo debe volver a la unidad de salud para la consulta de control.

6. La paciente debe ser informada sobre los signos y síntomas de alarma que requieren atención médica de urgencia, entre estos datos se encuentran los siguientes:

- a. Cólicos intensos que se prolonguen más de unos cuantos días.
- b. Sangrado en cantidad mayor a dos toallas sanitarias empapadas en 24 horas.
- c. Dolor abdominal severo o que va en aumento.
- d. Fiebre, escalofríos o malestar general.
- e. Síncope (desvanecimiento).

7. Qué hacer y a dónde acudir *si* estas complicaciones se presentan,

Es importante que las mujeres, antes de ser egresadas en el postaborto (particularmente las que pueden haber tenido un aborto inducido en condiciones insalubres o inseguras) sean informadas y entiendan muy bien lo siguiente:

1. Que pueden quedar embarazadas después del tratamiento si reinician su vida sexual sin protección anticonceptiva efectiva.

2. Que si no desean otro embarazo estas pacientes hayan recibido un método anticonceptivo de alta eficacia, o informarles donde conseguirlo así como la información completa sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles.

3. Cómo puede recibir un método si quiere usarlo.

Además es necesario recordar que: la fecundidad de una paciente se restablece casi inmediatamente después de que ha abortado. Por lo tanto ella debe decidir si quiere o no embarazarse otra vez en el futuro cercano. En caso de tratarse de un aborto espontáneo es posible que la paciente desee pronto un nuevo embarazo y de no haber algún problema médico que lo contraindique, no hay razón para desalentarla al respecto.

Sin embargo, para muchas pacientes el aborto señala el deseo de que no haya pronto un nuevo embarazo. En esta situación la mujer (y su pareja, si ella lo decide) necesita recibir consejería e información sobre su fecundidad y sobre los métodos anticonceptivos disponibles, de acuerdo a su situación, preferencias personales y sus factores de riesgo reproductivo,

El tratamiento de las complicaciones del aborto puede ser difícil para la paciente y quizás no sea el momento más adecuado para que tome decisiones que sean permanentes o de duración prolongada.

El consentimiento plenamente informado es fundamental en la selección de todos los métodos y especialmente en los que requieren de la vigilancia y control del personal de salud.

La anticoncepción puede iniciarse inmediatamente si no existen complicaciones graves del, aborto o si la paciente no tiene factores de riesgo específicos para un determinado método. La anticoncepción natural no se recomienda sino hasta que nuevamente se establezca el ciclo menstrual. Para mayor información sobre el uso de métodos anticonceptivos específicos después del aborto se deberá indicar que acuda a la consulta con el personal capacitado para el efecto que lo encontrará en una unidad de salud.

## **EFFECTOS INDESEABLES DE LOS FARMACOS UTILIZADOS EN LA AMEU Y MANEJO DE SUS COMPLICACIONES**

Entre los efectos indeseables de los fármacos que se pueden utilizar durante el bloqueo paracervical se encuentran los siguientes:

Toxicidad de la xilocaina o lidocaina (efectos sistémicos)

-Reacción anafiláctica (alergia).

Los dos efectos deben ser evaluados en caso de presentarse, para considerar su gravedad y las posibilidades de manejo. Para ello el personal de salud debe estar capacitado en el manejo de estos fármacos, en las maniobras de urgencia y en resucitación cardio pulmonar, además de contar con los medicamentos que sirven para revertir y manejar dichos efectos indeseables.

### **Xiloraina (lidocaina)**

Duración: 60 - 90 minutos.

Ventajas: pocas reacciones alérgicas.

Tiempo de latencia: corto. v Concentración máxima: 5 a 20 minutos luego de la administración.

Degradación: por metabolismo hepático.

Manifestaciones de absorción del medicamento: zumbido de oídos, sabor metálico, adormecimiento de la boca y en la lengua, hipotensión, alucinaciones, estupor, convulsiones, coma.

### **REACCION TOXICA (rara): Evítela usando la dosis eficaz más pequeña y aspire antes de cada infiltración**

Si es leve proporcione apoyo verbal y supervise de cerca por varios minutos.

Si es grave, proporcione oxígeno de inmediato y 5 mg de diazapan lentamente por vía intravenosa, dosis-respuesta.

Hidrocloruro: 50 mg/kg/IV.

### **REACCION ALERGICA (rara)**

Si la paciente tiene urticaria o rash, suministre 25 a 50 mg de difenhidramina (Benadryl IV)

Si la paciente tiene dificultad respiratoria, suministre (H mg de epinefrina subcutáneamente y asista la respiración. V' Hidrocloruro 50 mg/kg/IV

Oxígeno suplementario.

## **MANEJO Y PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SU REUSO**

a) Limpieza y desinfección del material. Descontamine todos los instrumentos y guantes inmediatamente luego de su uso y antes de lavarlos para garantizar la personal seguridad en su manejo. Coloque un balde plástico con solución de cloro al 0,5% al lado de la mesa de tratamiento. Inmediatamente luego de la ANEU aspire la solución en la jeringa y ponga todos los instrumentos y guantes en el balde. Remoje por 10 minutos.

Utilice guantes o un colador para retirar los instrumentos de la solución, no olvide cambiar la solución por lo menos diariamente.

b) Limpie las cánulas y la jeringa luego del proceso de descontaminación. Lavando todas las piezas minuciosamente en agua tibia y jabonosa. Si hay tejido retenido en la punta de la cánula debe dejar pasar agua a chorro a través de la misma o golpear suavemente su punta con la punta del dedo, No introduzca ningún objeto dentro de la cánula.

- Retire el aro de empaque y hale el émbolo fuera del cilindro para desarmar la jeringa.

- Retire el conjunto de montaje de las válvulas y abra las mismas. Utilice un cepillo suave si es necesario, para limpiar todas las piezas con sumo cuidado.

- Enjuague la jeringa y las cánulas minuciosamente con agua potable. Seque todos los instrumentos con una toalla limpia o al aire libre.

c) Desinfecte las cánulas y la jeringa después de limpiarlas. Remoje los instrumentos en una solución de cloro al 0,1 o 0,5% durante 20 minutos. Retire los instrumentos de la solución con pinzas desinfectadas intensivamente. No olvide cambiar la solución por lo menos diariamente.

d) Almacene: Las cánulas desinfectadas en recipientes esterilizados y desinfectados intensivamente, secos y cubiertos con tapas que queden ajustadas. Almacene solamente unas pocas cánulas en cada recipiente, tome el extremo sin apertura de la cánula con pinzas desinfectadas o esterilizadas. Almacene las jeringas desinfectadas en recipientes o espacios cerrados, protegiéndolas del polvo y otros contaminantes.

## **EQUIPO Y MATERIALES NECESARIOS PARA LA AMEU**

### **Muebles y Equipo:**

Mesa de exploración con pierneras (mesa ginecológica) Luz intensa, por ejemplo, una lámpara de cuello de ganso. Asiento o banquillo para el médico (opcional). Recipiente de plástico con solución descontaminante preferible de cloro al **0.5%**.

Utilice guantes o un colador para retirar los instrumentos de la solución, no olvié cambiar la solución por lo menos diariamente.

b) Limpie las cánulas y la jeringa luego del proceso de descontaminación. Lavando todas las piezas minuciosamente en agua tibia y jabonosa hay tejido retenido en la punta de la cánula debe dejar pasar agua a chorro a través de la misma o golpear suavemente su punta con la punta del dedo, No introduzca ningún objeto dentro de la cánula.

- Retire el aro de empaque y hale el émbolo fuera del cilindro para desarmar la jeringa. - Retire el conjunto de montaje de las válvulas y abra las mismas.

Utilice un cepillo suave si es necesario, para limpiar todas las piezas con sumo cuidado. - Enjuague la jeringa y las cánulas minuciosamente con agua potable. Seque todos los instrumentos con una toalla limpia o al aire libre.

c) Desinfecte las cánulas y la jeringa después de limpiarlas. Remoje los instrumentos en una solución de cloro al 0,1 o 0,5% durante 20 minutos.

Retire los instrumentos de la solución con pinzas desinfectadas intensivamente. No olvide cambiar la solución por lo menos diariamente.

d) Almacene: Las cánulas desinfectadas en recipientes esterilizados y desinfectados intensivamente, secos y cubiertos con tapas que queden ajustadas. Almacene solamente unas pocas cánulas en cada recipiente, tome el extremo sin apertura de la cánula con pinzas desinfectadas o esterilizadas. Almacene las jeringas desinfectadas en recipientes o espacios cerrados, protegiéndolas del polvo y otros contaminantes.

## **EQUIPO Y MATERIALES NECESARIOS PARA LA ANEU**

### **Muebles y Equipo:**

Mesa de exploración con pierneras (mesa ginecológica) Luz intensa, por ejemplo, una lámpara de cuello de ganso. Asiento o banquillo para el médico (opcional). Recipiente de plástico con solución descontaminante preferible de cloro al **0.5%**.

### **Instrumental y materiales:**

Espéculo vaginal Tenáculo (pinza tirabalas). Pinza de anillos (aro). Esponja/gasas suficientes. Solución antiséptica (preferiblemente que no contenga alcohol) Jeringa de 10 ml con aguja raquídea No 22 (o extensores de aguja) para bloqueo paracervical. Guantes: 'guantes para exploración, nuevos o limpios, desinfectados intensivamente, guantes desinfectados para todo uso.

**Medicamentos:**

Analgésicas (por ejemplo, acetaminofén, ibuprofén, dextropropoxifeno ,petidina, o áiclofenaco) Anestésicos (lidocaína o cloroprocaína sin epinefrina) Corticoides: B. Metazona, o Hidrocortizona. Antihistamínicos: Difenhidramina (benadry I).

**Instrumental para la AMEU:**

Jeringas para el vacío Cánulas flexibles de diferentes diámetros Adaptadores – Dilatadores

**En el aborto incompleto**

Colador (metálico, de plástico o de gasa) Recipiente transparente (preferible) o el que se disponga.

**Para la resucitación de Emergencia:**

Estos se necesitan muy raras veces en los casos de evacuación uterina, pero debe disponerse de ellos para casos de urgencia.

- Atropina
- Equipo y líquidos para infusión IV
- Bolsa de ambú con oxígeno
- Vía aérea

**Para el tratamiento de las complicaciones:**

No son necesarios en todas las salas de tratamiento pero debe poder disponerse de ellos en forma rápida.

- Antibióticos de amplio espectro
- Toxoide tetánico
- Medicamentos ocitócicos

**Para la desinfección de alto nivel del instrumental lo básico indispensable es:**

- Recipientes no metálicos
- Detergente
- Agua limpia
- Solución clorada
- Agente para desinfección intensiva o para esterilización
- Olla grande para hervir las cánulas (opcional)

## INSUMOS, MEDICAMENTOS, MATERIALES, EXAMENES DE LABORATORIO Y COMPLEMENTARIOS PARA ASPIRACION

DETALLE INSUMOS:	PRESENTACION	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	OBSERVACION
Equipo de venoclísis	Paquete de un equipo estéril descartable.	1	1	1	
Guantes quirúrgicos estériles.	Par estéril descartable		2	2	
Gasas(25cm x 25Cm) aproximadamente	Paquete de 100 metros x 90 cm		15 gasas	15 gasas	Un paquete de gasas de 90cm x 100cm y se obtienen 1.600 gasas de 25 x 25cm aprox.
Jeringuilla de 10cc.	Paquete estéril descartable.		1	1	Para bloqueo endocervical.
Aguja para anestesia raquídea	Paquete estéril descartable.		1	1	Para bloqueo endocervical.
Savlón (Hibicet)	Concentrado líquido por 1 000cc.		100cc	100cc	Un litro de concentrado (hibicet) produce aproximadamente 100 litros de savlón para uso antiséptico.
Solución de cloro al 0.5%	Galón.		1 000cc	1 000cc	Para lavado y descontaminación de material e instrumental quirúrgico contaminado
Sonda Nelatón No.14	Unidad estéril		1	1	
Vasocán (cateter venoso) No. 18 o 20	Paquete estéril descartable.	1	1	1	
Tubos para muestras de laboratorio: tapa roja(pruebas serológicas), lila(BH), celeste (pruebas de coagulación)	Tubos estériles.		1 de c/u	1 de c/u	En casos de tomar muestras durante la canalización de vía en la atención de emergencia.
<b>MEDICAMENTOS:</b>					
Solución parenteral	Frasco de 1 000cc	1000cc	1000cc	1000cc	Puede utilizarse dextrosa en agua al 5% o en solución salina a 0,9%
Analgésicos:acetaminofen	Tabletas de 500mg		12	12	Alternativas: ibuprofeno dextropropoxifeno petidina
Lidocaina al 2% sin epinefrina	Frasco de 50cc		12cc	12cc	Anestesia paracervical
Diazepam	Ampollas 10 mg		5-1 Orng	5-1 Orng	IV Lento.en caso de necesidad.

## MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Atropina	Ampolla de 1 mg x 1 cc	3 amp	3amp	Dosis de 0.04 0.06 x kg de peso.
Oxitocina	Ampolla de 10 UI x 1 cc	1 amp,	1 amp	
Metilergometrina (methergin)	Grageas de 0.125mg	10 grageas	10 grageas	
<b>LABORATORIO:</b>				
Biometria hemática	Set	1 exam	1 exam	Luego del procedimiento 1
EMO	Frasco de 100 tirrillas	1 exam	1 exam	
Tipificación (grupo y factor)	Set	1 exam	1 exam	cada 8 horas x 3 días
TP,TTP,Plaquetas	Set	1 exam	1 exam	
VDRL	Set frasco de 5mi	1 exam	1 exam	Revisar si tiene los resultados; sí tiene exámenes de rutina sólo se repetirán los que sean necesarios.
<b>EXAMENES</b>				
<b>COMPLEMENTARIOS:</b>				
ECO Obstétrico		1 exam	1 exam	Una tirrilla se utiliza para una Prueba.
<b>OTROS:</b>				
Instrumental para AMEU.				Descrito anteriormente.
Bolsa de Ambú con oxígeno,		1	1	
Frasco para muestra histopatológica	Frasco estéril	1	1	En casos en que se requiera realizar estudios histopatológicos.
Haemacel	Frasco de 500cc	500 cc	500 cc	En caso que amerite
Cánula de Guedel PRN	Unidad	1	1	En caso que amerite
Histopatológico		1 exam	1 exam	
Hoja de rasura PRN		1	1	Usado sólo caso necesario no de rutina
Suplemento de hierro	Tabletas	30 tab	30 tab	En caso que amerite
Toallas sanitarias maternas	Paquete de 10 toallas	1 paq	paq	Entregadas a la paciente

en caso de aborto séptico, las especificaciones son las mismas de sepsis (Normas Nacionales de S.R)

## **INFORMACION BASICA SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR**

Es importante informar a la paciente:

- 1.- Que puede quedar embarazada después del tratamiento.
- 2.- Que si no desea otro embarazo debe recibir información anticonceptiva.
- 3.- Como puede recibir un método post-aborto inmediato si quiere usarlo.

## **PLANIFICACION FAMILIAR POST ABORTO**

La fecundidad de una paciente se restablece casi inmediatamente después que ha sufrido un aborto. Por lo tanto ella debe decidir si desea o no embarazarse otra vez en un futuro cercano. En caso de tratarse de un aborto espontáneo es posible que la paciente desee pronto un nuevo embarazo y de no haber algún problema médico que lo contraindique, no existe razón para desalentarla al respecto.

Sin embargo, para muchas pacientes el aborto señala el deseo de que no haya pronto un nuevo embarazo. En esta situación la mujer (y su pareja si ella lo decide) necesita recibir orientación e información sobre su fecundidad y sobre los métodos anticonceptivos disponibles, de acuerdo a su situación y preferencia personales además sus factores de riesgo reproductivo.

El consentimiento plenamente informado es fundamental en la selección de todos los métodos y especialmente en los que requieren de la vigilancia y control del personal de salud.

La anticoncepción puede iniciarse inmediatamente si no existen complicaciones después del aborto o en caso de que la paciente no tenga factores de riesgo de tipo específico para poder utilizar un determinado método de anticoncepción.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Yordy L, Ann Hogan L, Winkler J: Guía Práctica para la Aspiración Manual Endouterina, IPAS, 1.995.
- 2.- Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva, MSP del Ecuador, 1.999
- 3.- Ferrando D, Programa de Atención Integral del Aborto Incompleto en el Perú, MINSA, Pathfinder International, 2.00 I.
- 4.- Ferrando D: Mejorando la Atención integral del Aborto Incompleto en hospitales del Sector Público en el Perú, Pathfinder International, 1.998,
- 5.- Baird T, Gringle R, Grenslade F, AMEU en el tratamiento del Aborto Incompleto: experiencia clínica y programática, Carrboro, NC: IPAS. 1.996.
- 6.- Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. FLASOG, 1.990.  
W Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud de la Mujer, MINSA Perú, 1.999.
- 8.- Ortiz, J, D, Recursos Técnicos para la Atención del Aborto, Vol. 2, Manual de Capacitación para la atención del Post Aborto, IPAS, 1.999.
- 9.- Molina X, Celi J, Cárdenas J : Técnicas Quirúrgicas. Aspiración Manual Endouterina. Curetaje Instrumental, Facultad de Medicina Universidad de Cuenca, Impresiones Offset Atlantida, Cuenca-Ecuador.
- 10.- Guía básica para la atención y manejo de las Emergencias Obstétricas por niveles de Atención, MSP del Ecuador, 2.00 I.
- 11.- Complicaciones del Aborto; Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento, ONS, Ginebra, 1.995.
- 12.- Adelantos en el tratamiento del Aborto, IPAS, Vol 2 Número I, Carrboro, NC, 1.992.
- 13.- Limpieza y desinfección con Cloro de los Instrumentos para la AMEU, (hojas informativas), IPAS, Rev. 2.000.
- 14.- Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Manual Técnico Operativo, Administrativo, Financiero, M.S.P. Ecuador, 2.002.
- 15.- Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto, OMS; FNUAP; UNICEF; Banco Mundial, dto. de Salud Reproductiva y conexas, 2.002.

NOTA: Las gráficas que constan en este adendum han sido tomadas con pequeñas modificaciones, de las referencias bibliográficas p 1, y p 9 indicadas anteriormente