



# ▶ **COMPLICACIONES DE LA AMEU**

Programa de capacitación

Red de profesionales de la salud por el derecho a  
decidir- 2018



## La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro

- Un estudio sobre 170.000 IVE de primer trimestre llevado a cabo en Nueva York, USA, la mayoría mediante aspiración al vacío, indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requieran hospitalización



Complicación	AMEU (%) (n=834)	DyC (%) (n=589)
Evacuación incompleta	0	0.7
Trauma cervical	0.1	0.3
Perforación uterina	0	0.2
Hemorragia	0.2	0.7
Muerte	0	0



- Retención de restos
- Evacuación en blanco
- Desgarro cervical
- Perforación uterina
- Sangrado persistente - Hemorragia
- Infección
- Hematómetra – Retención de restos
- Embolia gaseosa
- Reacción vagal – síncope
- Reacciones anestésicas/medicamentosas
- Amenorrea post-AMEU -Síndrome Asherman



# Prevención de complicaciones

- Trato amable, respetuoso, cortés
- Historia clínica
- Examen físico
- Ayudas diagnósticas
- Orientación
- Conocimiento AMEU teórico-práctico



- Valoración antecedentes de la usuaria
- Valoración correcta tamaño/posición uterina
- Técnica adecuada “no tocar”
- Protocolos sencillos (anestesia/AMEU)
- Limitarse a procedimientos según competencias y comodidad
- Evitar intervención excesiva



- Dilatar adecuadamente para realizar una evacuación rápida y segura
- Usar MSP pre AMEU según protocolo
- Mantener un alto índice de sospecha de lesiones ocultas y complicaciones médicas insidiosas
- Usar antibióticos profilácticos
- Examen cuidadoso de los tejidos obtenidos e interconsulta (remisión) cuando sea indicada



# RETENCIÓN DE RESTOS

- Es la retención de tejidos post AMEU que puede llevar a una hemorragia e infección.
- Se identifica por sangrado vaginal y dolor en el post-procedimiento, mayores a lo normal.
- Se confirma al observar tejido ovular durante la re-evacuación
- NO se deben hacer re-evacuaciones basadas solo en hallazgos ecográficos si no hay síntomas anormales



La mejor forma de prevenir una evacuación incompleta es observar cuidadosamente las señales de haber completado el procedimiento



# EVACUACIÓN EN BLANCO

- Es la no obtención de tejidos a través de la AMEU.
- Debe hacerse una re-evaluación pélvica que permita identificar la posibilidad de un aborto completo, una evacuación incompleta, una perforación uterina o un embarazo ectópico.
- Esta última posibilidad sobre todo se debe sospechar cuando no se obtiene tejido y existe una prueba de subunidad beta de HCG positiva



# DESGARRO DEL CUELLO UTERINO

- Se puede producir:
  - Durante la colocación inicial de pinza pozzi, al retirarse la usuaria si no se le avisa
  - Durante la dilatación cervical o succión, difíciles, o por no fijar adecuadamente la pinza pozzi
- Menor riesgo de trauma y facilidad de sutura con tenáculo transversal



## Manejo:

- Mayoría de las veces: desfacelación. No requiere de sutura. Solo presión externa con gasa o con pinza
- Compromiso de estroma (raro): sutura reabsorbible continua o puntos separados



# PERFORACIÓN UTERINA

- Prevención:
  - Determinación adecuada de la edad gestacional
  - Dilatar adecuadamente para evitar maniobras forzadas,
  - Evitar movimientos bruscos de la usuaria (manejo del dolor y acompañamiento)



- Se observa con mayor frecuencia en:
  - Edad gestacional avanzada
  - Pacientes con partos previos
  - Uso de anestesia general
  - Aborto inseguro



- El diagnóstico se debe sospechar cuando:
  - Un instrumento dentro de la cavidad uterina no toca fondo o va más allá de los límites calculados sin resistencia
  - No se obtiene tejido al iniciar la succión o se obtiene tejido intra-abdominal



# Fase 1: Identificación de una perforación

- No perder la calma.
- No explorar el útero con otro instrumento para confirmar
- Retirar instrumentos, dejar espéculo, observar si hay sangrado o presencia tejido intra-abdominal en vagina o en la cánula
- Colocar venoclisis: Lactato Ringer
- Verificar mediante el examen de tejidos si la evacuación fue completa
- Si se tiene experiencia, completar la evacuación. Si no, remitir



# Utilidad de ecografía

- Si se cuenta con equipo y experiencia, terminar el procedimiento bajo guía ecográfica, de lo contrario remitir
- La ecografía trans-abdominal no es útil para hacer el diagnóstico



# Utilidad de ecografía

- El líquido en fondo de saco de Douglas no necesariamente es anormal, por lo tanto confirma el diagnóstico por si mismo
- La ecografía trans-vaginal puede sugerir el diagnóstico si se observa:
  - **Líquido libre en la pelvis que sobrepasa la altura del útero**
    - 0
    - **Líquido libre en combinación con coágulos**



## FASE 2

Clasificar el caso para decidir si se da manejo expectante vs remisión según criterios



## *Manejo expectante*

Signos vitales normales  
Ausencia de tejidos intra-abdominales en la vagina  
Perforación antes de iniciar succión  
Ausencia de hemorragia  
No hay sospecha de daño a los órganos vecino  
Ausencia de dolor  
Evacuación completa  
Confianza con la decisión de observar

## *Remisión*

Instrumentación excesiva durante perforación  
Perforación con un instrumento de gran calibre (mayor de 10 mm)  
Tejido intra-abdominal o grasa epiplóica visibles en cuello o vagina  
Inestabilidad hemodinámica  
Hemorragia (sangrado > 500 cc)  
Perforación realizada con la succión activada  
Signos de irritación peritoneal  
Hematoma en aumento  
Ecografía trans-vaginal con Líquido libre en la pelvis que sobrepasa la altura del útero o con coágulos



# Perforación uterina

## **FASE 3: Manejo expectante:**

- La mayoría de perforaciones en el primer trimestre se resuelven sin tratamiento y sin tener consecuencias
- Observación mínimo por 2 horas
- Cada 15 minutos:
  - Monitoreo de los signos
  - Tacto abdominal para medir sensibilidad, irritación peritoneal o masa
- Referir inmediatamente para manejo quirúrgico si hay:
  - Signos de dolor en aumento
  - Inestabilidad hemodinámica
  - Signo de irritación peritoneal



# FASE 3

## Manejo expectante

- Si permanece estable:
- Dar salida con acompañante
- Dar datos de contacto 24 horas y signos de alarma
- Control en 24 horas
- Antibióticos profilácticos usuales
- (Doxiciclina 100 mg VO c/12 horas por 5 días)



# FASE 4

## Remisión:

- Explicar la situación
- Iniciar antibiótico:

*Gentamicina 240 mg + Clindamicina 300 mg*



# Infección pos AMEU

## Diagnóstico de EPI post-aborto

- Dolor abdominal pélvico persistente
- + 1 de los siguientes
  - Dolor a la movilización cervical
  - Dolor a la palpación uterina
  - Anexos dolorosos a la palpación



# Tratamiento

- Ceftriaxona 250mg IM dosis única

+

- Doxiciclina 100 vía VO c/12horas por 14 días  
ó  
Azitromicina 1gm vía oral c/ semana x 2 semanas

TRATAMIENTO IGUAL A LA PAREJA



# HEMORRAGIA

## DEFINICIONES

### Sangrado mayor al esperado

Hasta 11 semanas	150 cc
12 semanas	200 cc

### Hemorragia

Sangrado mayor a 500 cc durante o después de la evacuación uterina en cualquier edad gestacional:

**CÓDIGO AZUL**



# Protocolo de manejo de sangrado pos AMEU

- Detección rápida de casos con ***sangrado mayor al esperado o de hemorragia***
- Activación y desarrollo del ***código azul*** de forma coordinada:

## **Tratamiento general:**

mantenimiento de la volemia

## **Tratamiento específico:**

medidas para detener la hemorragia



# Factores de riesgo

- La edad gestacional a medida que avanza<sup>1</sup>
- La anestesia general<sup>2</sup>
- La edad materna avanzada podría ser un factor de riesgo para hemorragia<sup>4</sup>
- La dilatación cervical insuficiente aumenta el riesgo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ferris 1992, Hakim-Elahi 1990, Bartlet 2004, Peterson 1983, Osborn 1990, Buelher 1985, McKay 1985. <sup>2</sup>Grimes 1970, Osborn 1990. <sup>3</sup>Grimes 1985, Ferris 1996, Cates 1984. <sup>4</sup>Bueheler 1985, Grimes 1983, Frick 2010. <sup>5</sup>Frick 2010



# Causas

AL INICIO	
Placenta baja	Ectópico cervical
Lesión vascular	Perforación uterina
DURANTE	
Atonía uterina	Acretismo
Causas cervicales	perforación uterina
Evacuación incompleta	Enfermedad Trofoblástica
Coagulación intravascular diseminada	Edad gestacional mayor a la esperada
DESPUÉS	
Evacuación incompleta	Atonía uterina



# Prevención

- Evitar errores de cálculo en la edad gestacional<sup>1</sup>
- Dilatar bien<sup>1</sup>
- No dar anestesia general<sup>1</sup>
- Hacer profilaxis con MSP desde la semana 9:  
400 mcg SL justo antes<sup>2</sup>



# MANEJO

## 1.Estado General

- **A. Vía Aérea:** ¿Está ventilando?
  - Si no: máscara laríngea o intubación, llamar a anesthesiólogo y ambulancia para transferencia inmediata
- **B. Oxigenación :** ¿Esta oxigenando? Cómo está saturando?
  - En cualquier caso, iniciar oxígeno por máscara a 10 L x minuto
- **C. Circulación:** ¿Hay palidez? Llenado capilar mayor a 3 segundos?
  - Aumentar la velocidad de infusión de Lactato de Ringer tibio, recalcular volumen de reposición



# Reposición de volumen

- El Lactato de Ringer es el cristaloides de elección<sup>1</sup>
- Reposición de 3:1 con respecto al volumen perdido<sup>2</sup>
- Lactato de Ringer **tibio** para evitar la hipotermia y posiblemente la coagulopatía<sup>3</sup>
- El uso de coloides no ha demostrado tener ningún beneficio clínico comparado con los cristaloides<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Powell-Tuck 2011. <sup>2</sup>Choi 1999, Perel 2007. <sup>3</sup>Yokoyama 2009, Lier 2008, Shuja 2008

<sup>4</sup>Schierhout 1998, Perel 2007, Choi 1999



## Clasificación de la hemorragia

Pérdida sanguínea	Sensorio	Perfusión	Pulso	TA sistólica	Grado choque	Volumen a reponer en la primera hora
500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	1500-3000 ml
1000-1500 ml	Ansiosa	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500 ml
1500-2000 ml	Confusa o agitada	Palidez, frialdad, sudoración	101-120	70-79	Moderado	4500 – 6000 ml
>2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar >3 segundos	>120	<70	Severo	> 6000 ml



# MANEJO

## 1. Manejo específico

### Fase 0

- Identificación de sangrado mayor al esperado

### Fase 1

- Activación del **código azul** y medidas básicas

### Fase 2

- Taponamiento

### Fase 3

- Remisión

## IDENTIFICACIÓN DE SANGRADO MAYOR AL ESPERADO

**Fase 0**

Canalizar vena: Lactato Ringer a chorro

Identificar origen del sangrado

**Uterino**

**Cervical**

Masaje bimanual

Presión directa, sutura

Metilergonovina 0,2 mg IM c/5min max. 5 dosis

Sutura, pasta de Monsell

Si es al inicio del procedimiento, proceder a evacuar con agilidad

## SANGRADO MAYOR A 500 CC: CÓDIGO AZUL

Pedir apoyo

Evaluar ABC

Continuar masaje y uterotónicos

Reposición de volumen con LR

Continuar **Metilergonovina** c/5m

Reevaluar la causa del sangrado:

**Misoprostol 600 mcg SL**

Revisar tejido

**Oxitocina 40 UI en goteo**

prueba de cánula

## SANGRADO NO CEDE CON UTEROTÓNICOS: TAPONAMIENTO UTERINO

Sonda de Foley

Prueba de tubo seco

Dejar 2 horas

Reevaluar reposición de líquidos

Retirar 10 cc/ 20 minutos

Antibiótico

**Fase 3**

## REMISIÓN

Si continúa el sangrado o si la prueba de tubo seco es positiva

Controlar  
signos  
vitales  
mantener la  
temperatura  
y  
acompañar



# HEMATOMETRA

- Obstrucción del drenaje del útero, creando distensión uterina y hemorragia intrauterina continua, cólicos severos y síntomas vagales, generalmente dentro de las primeras dos horas de terminado el procedimiento.
- Su tratamiento incluye re-evacuación del útero y administración de uterotónicos o masajes para mantenerlo contraído.



# EMBOLIA GASEOSA

- Esta condición se presenta muy rara vez pero puede suceder si se empuja el émbolo de la jeringa hacia adelante mientras la cánula se encuentra todavía en la cavidad uterina.



# SHOCK NEUROGENICO - REACCIÓN VAGAL

- Se produce por dolor intenso en personas muy ansiosas, lo que ocasiona hipotensión y bradicardia, que lleva al síncope
- El manejo debe ser fundamentalmente preventivo
- Debe darse soporte cardio-respiratorio
- Administrar atropina 0.5 mg EV
- La mayoría de las veces se resuelve en pocos minutos sin tratamiento

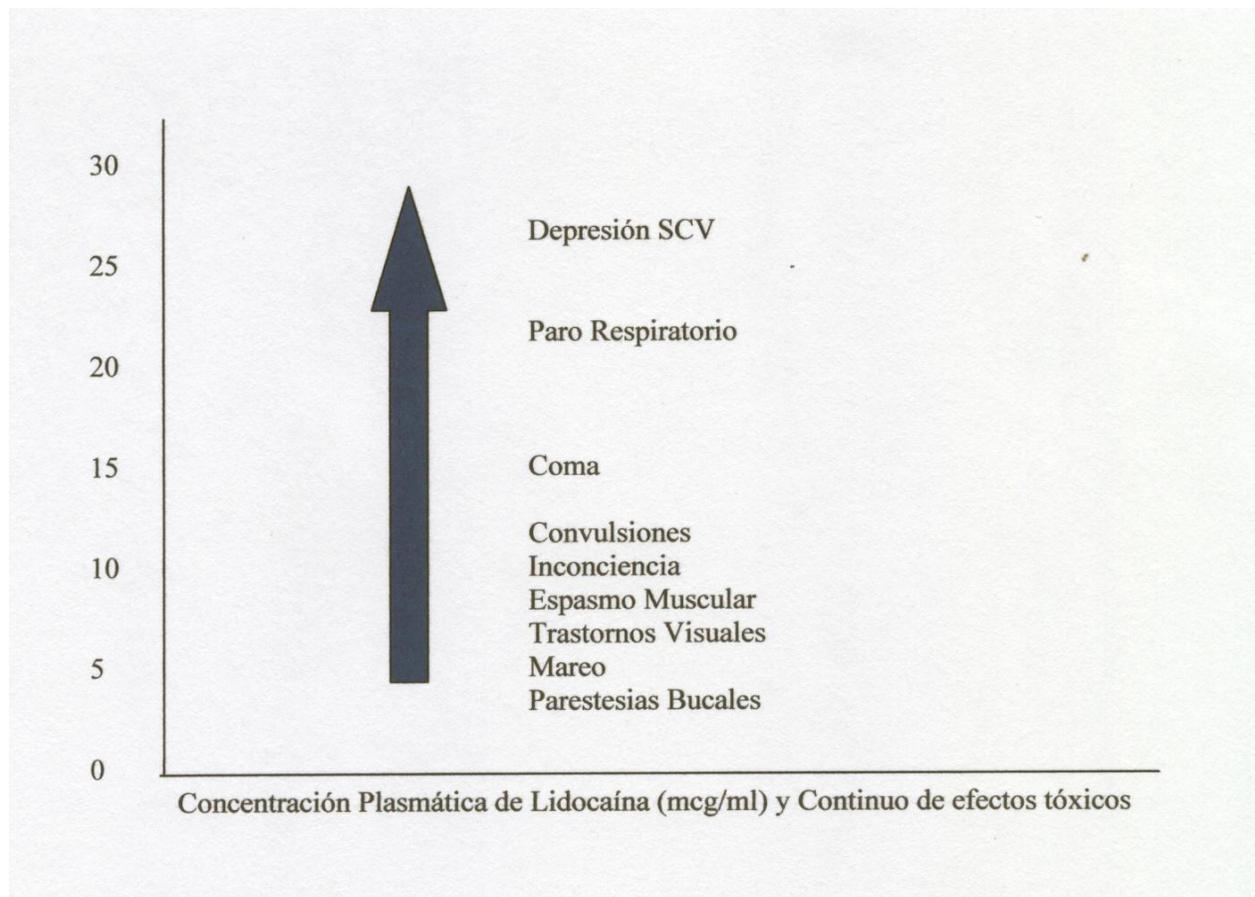


# REACCIÓN ANESTÉSICA

- Puede producir una reacción alérgica o tóxica a los fármacos utilizados
- El tratamiento será de acuerdo al tipo de complicación que se presente
  - Antihistamínicos EV, IM u Oral
  - Corticoides sistémicos EV ó IM



# REACCIÓN POR LIDOCAINA





# MANEJO

- Ante síntomas relacionados **suspender** la aplicación
- Mejorar la ventilación. ¿Oxígeno suplementario?
- Tranquilizar a la usuaria
- Si presenta convulsión, esta es corta.
- Mantener vía aérea. Oxígeno suplementario



# AMENORREA POST AMEU

- 60 días post AMEU sin menstruación espontánea
- Mucho menos frecuente que con curetaje
- Descartar nueva gestación
- Hematometra. Drenaje
- Sinequias parciales o totales (Asherman). Por excesivo raspado o trauma OCI. Ecografía. Histeroscopia



**Gracias**