

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen 46
Volume

Número 2
Number

Marzo-Abril 2003
March-April

Artículo:

Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹, Edgar Díaz García¹

¹Arbitraje Médico, CONAMED

Motivo de la queja

Paciente con sangrado transvaginal, se le diagnosticó aborto incompleto efectuándose legrado uterino. Sus familiares refieren que la atención se brindó en consultorio, donde la enferma permanecía sobre un sillón, inconsciente, convulsionando, informando el médico tratante que requería ventilador mecánico, por ello, fue trasladada a hospital privado donde falleció. Se aduce negligencia médica del personal actuante en el primer establecimiento.

Resumen clínico

Expediente clínico, atención inicial:

27 de agosto de 2001, 15:00 horas médico privado: Femenino de 23 años de edad, refiere retraso menstrual de cinco días, dolor abdominal y sangrado transvaginal en moderada cantidad con salida de coágulos. Fecha de última menstruación 16 de julio de 2001; vida sexual activa de 18 meses, sin empleo de métodos anticonceptivos. A la exploración física: tacto vaginal con sangrado en moderada cantidad, cérvix abierto en todo su trayecto y presencia de restos de tejido organizado. Diagnóstico: aborto incompleto. Tratamiento: legrado uterino instrumental para eliminar sangrado y posible infección.

16:30 horas, anestesiología: Paciente consciente, poco angustiada, negó antecedentes de importancia. Presión arterial 100/50, frecuencia cardíaca 95 por minuto. Se administra atropina 500 µg, fentanil 100 µg, propofol a dosis de 100 mg **17:10 horas, médico tratante:** Se pinza cérvix y se introduce legra extrayendo escasos restos de tejido organizado, dejando de sangrar la paciente. Posteriormente, la enferma presenta rash generalizado, caracterizado por ronchas y cianosis distal, e inmediatamente paro cardiorrespiratorio.

Anestesiología: A los cinco minutos de iniciada la cirugía, la paciente presenta reacción generalizada, espasmo laríngeo, cianosis distal y paro cardiorrespiratorio, por ello se intubó existiendo salida de líquido por cánula endotraqueal, lo cual hizo sospechar edema agudo pulmonar, debido a choque anafiláctico. Se administraron 8 mg intravenosos de dexametasona, presentándose movimientos tónico-clónicos, se administraron 10 mg de diazepam y por no ceder los espasmos, nueva-

mente se administran 10 mg más de diazepam y 1 mg de difenilhidantoína, cediendo parcialmente el cuadro, decidiéndose aplicar 2 ampollas de furosemida para disminuir edema cerebral, 1 mg de metilprednisolona intravenoso y dos décimas de adrenalina subcutánea. Se solicita valoración por intensivista, quien indica la necesidad de poner a la paciente en coma barbitúrico y trasladarla a hospital con terapia intensiva. **22:30 horas:** Se solicita ambulancia. **23:30 horas:** Se informa a los familiares el estado de salud y la necesidad de traslado.

Expediente clínico, hospital privado

28 de agosto de 2001, 1:14 horas, nota de ingreso a urgencias: Frecuencia cardíaca 123 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto, presión arterial 81/55 mmHg. Traída a este hospital por presentar paro cardiorrespiratorio cinco minutos después de inducción con propofol. Manejo mediante difenilhidantoína, furosemida, tiopental sódico, diazepam y dexametasona. Ingresa con intubación orotraqueal y sedación, campos pulmonares hipoventilados con múltiples estertores crepitantes generalizados; ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, con buen tono e intensidad; abdomen blando, depresible, peristaltismo presente; pulsos distales disminuidos. Exploración neurológica: Glasgow 3, crisis parciales, decorticación, pupilas con tendencia a midriasis, adecuada respuesta pupilar, reflejos osteotendinosos aumentados (+++); succedáneos (+); Babinski bilateral. Diagnósticos: status epiléptico posparo cardiorrespiratorio, coma, acidosis metabólica y respiratoria, probable síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto. Tratamiento: soluciones parenterales, difenilhidantoína, dexametasona, furosemida, diazepam y fenobarbital. Se solicita tomografía computarizada de cráneo y radiografía de tórax.

1:21 horas, gasometría: pH 7.24, pCO₂ 52, pO₂ 25.9, HCO₃ 2.2.

3:00 horas, neurocirugía: No responde a estímulos verbales, respuesta de decorticación a estímulo en hemicuerpo derecho, localizando estímulo de hemicuerpo izquierdo; reflejo óculo-cefálico y corneal positivos; pupilas 6 mm de diámetro con respuesta mínima a la luz; fondo de ojo normal; reflejo de hiperflexión en hemicuerpo derecho; Babinski positivo bilateral con signo de Hoffmann negativo. Tomografía axial com-

putarizada simple de cráneo: edema cerebral con predominio en lóbulo temporal izquierdo que cierra cisterna Silviana izquierda, obliterando parcialmente ventrículo lateral izquierdo comprimiendo mesencéfalo izquierdo (pedúnculo cerebral izquierdo). Diagnóstico: edema cerebral. Se descarta manejo neuroquirúrgico hasta este momento.

4:40 horas, neurocirugía: Hipotensión arterial, midriasis, disociación de la mirada conjugada, disminución de reflejos óculo-cefálicos, Glasgow 4-5. No responde a manejo con dopamina. Presión arterial 46/05 mmHg, frecuencia cardíaca 121 por minuto, frecuencia respiratoria 36 por minuto, temperatura 35.6° C. Crisis tónico-clónicas y cianosis distal.

29 de agosto: Presión arterial no audible, frecuencia cardíaca 46 por minuto, asistencia ventilatoria mecánica; hipoaeración derecha importante, sin movilidad de hemitórax derecho en sitio de catéter subclavio; neumotórax derecho en placa radiográfica. Diagnósticos: edema cerebral moderado a severo, encefalopatía hipóxico-isquémica, estado posparo cardiorrespiratorio, crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas secundarias, acidosis metabólica. Debido a neumotórax se coloca minisello de agua en segundo espacio intercostal derecho a nivel de línea media. Presenta importante deterioro hemodinámico que progresa hacia asistolia; se brindan maniobras de reanimación cardiopulmonar por 15 minutos, pero fallece a las 19:10 horas.

8 de septiembre de 2001, dictamen de anatomía patológica, Servicio Médico Forense: Estómago: autólisis de mucosa gástrica. Hígado: congestión generalizada. Páncreas: autólisis total. Suprarrenales: hiperplasia nodular unilateral. Riñones: necrosis tubular aguda difusa. útero y anexos sin alteraciones macroscópicas, útero con peso 80 g, 7 x 10 x 3 cm, endometritis aguda, erosiva y hemorrágica inespecífica en una de sus paredes. Endometrio secretor del día 18, de ciclo 28 x 3, no se observaron datos de gestación como vellosidades coriales, trofoblasto y decidua. Ovarios: en uno foli-culogénesis normal; folículos primordiales, folículos atrésicos, cuerpo amarillo en involución y cuerpos blancos. En otro; con cuerpo amarillo de 2 centímetros de diámetro. Conclusión, la paciente falleció de congestión visceral generalizada. No se encontraron sustancias inductoras de parto en sangre.

En términos de lo anterior, el asunto estriba en establecer si:

- La atención brindada a la paciente en el primer establecimiento se ajustó a la *lex artis* médica.
- El sangrado transvaginal correspondió a aborto.
- Estaba indicada la realización de legrado uterino instrumental.
- El empleo de medicamentos anestésicos se ajustó a la *lex artis*.
- Las maniobras de reanimación ante el paro cardiorrespiratorio que presentó en la atención inicial se ajustaron a la *lex artis*.

- La atención médica subsecuente fue en términos de la *lex artis*.
- La muerte tuvo relación con mala práctica.

Análisis del caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones técnicas:

Atendiendo a la literatura especializada, la impresión clínica de aborto incompleto, requiere ser confirmada mediante ultrasonido, el cual permite identificar engrosamiento endometrial, presencia de saco gestacional y sus características conforme al tiempo de amenorrea, existencia de cuerpo lúteo en alguno de los ovarios, líquido libre en cavidad e inclusive descartar embarazo ectópico. Así mismo, la prueba de embarazo es un elemento útil en estos casos.

Cabe mencionar, que algunos cuadros clínicos por sus manifestaciones pueden confundirse, por ello, resulta necesario hacer diagnóstico diferencial.

Por otra parte, la bibliografía refiere que para la aplicación de anestesia local, regional o general, se deben cumplir los siguientes requisitos: valoración anestésica preoperatoria; historia clínica que incluya antecedentes anestésicos y quirúrgicos del paciente, así como de sus familiares; susceptibilidades, alergias a medicamentos o sustancias; patologías subyacentes; uso de medicamentos; motivo de la cirugía; exámenes de laboratorio preoperatorios básicos (biometría hemática, pruebas de coagulación, química sanguínea, grupo, Rh, y en su caso, estudios especiales que se estimen necesarios). Así las cosas, la evaluación preanestésica es protocolo de estudio para establecer el estado físico e historia médica que conllevan al establecimiento del plan anestesiológico.

Con los datos obtenidos, el anestesiólogo debe valorar el tipo de anestesia, previendo dificultades y complicaciones; lo anterior, además, es de gran utilidad para informar al paciente o sus familiares acerca del manejo anestésico, beneficios, conveniencia y riesgos que implica.

De igual suerte, es obligatorio monitorizar al paciente durante el evento anestésico y posoperatorio inmediato, en forma estrecha y continua; es decir, se deberá vigilar: a) Permeabilidad de la vía aérea. b) Frecuencia cardíaca (estetoscopio precordial, esofágico o electrocardiograma continuo). c) Presión arterial (esfigmomanómetro manual, eléctrico o con línea arterial, según sea el caso), se debe determinar y registrar en periodos no mayores de cinco minutos. d) Oxigenación sanguínea (oximetría de pulso, observación de la coloración de labios y lecho ungueal, color de la sangre en el campo operatorio; también es posible la utilización de línea arterial para toma de muestras sanguíneas seriadas para valorar el estado de oxigenación y el equilibrio ácido base, si el caso así lo amerita. e) Ventilación pulmonar (estetoscopio

precordial o esofágico y verificación de movimientos torácicos. f) Temperatura (termómetro clínico).

Cuando se aplica anestesia regional o general, es recomendable la utilización de electrocardiograma continuo, pues permite detectar en forma oportuna, cualquier alteración del ritmo y trazo de la actividad cardíaca del paciente durante el transoperatorio y posoperatorio inmediato, siendo también elemento indispensable para evaluar la actividad eléctrica del corazón durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Así mismo, es necesaria oximetría de pulso, sobre todo cuando se emplea anestesia general, y en casos específicos el uso de capnógrafo.

El médico anesthesiólogo debe registrar en forma completa el procedimiento de anestesia en el expediente clínico. Al efecto, en las hojas de registro anestésico, deben anotarse las cifras obtenidas en la valoración de los parámetros mencionados, llevando registro preciso en tiempo y magnitud. De igual forma, debe registrarse el inicio de los procedimientos anestésico y quirúrgico; dosis de medicamentos o agentes utilizados, tiempo en que fueron administrados, técnicas empleadas, contingencias, duración de la anestesia y cirugía, así como el estado del paciente al término de los mismos.

Cabe señalar que para la anestesia general endovenosa, existen diversos medicamentos, entre ellos: tiopental sódico, fentanil, propofol y ketamina. Los citados medicamentos deben aplicarse en dosis aceptadas, atendiendo a las características del paciente. Además, debe estimarse que muchas de las combinaciones entre ellos, pueden potencializar sus efectos, o bien generar efectos adversos, debido a ello, cuando se emplean en combinación, se deberán extremar las precauciones y vigilar de forma estrecha la función respiratoria y cardiovascular. Dependiendo del tipo de cirugía, se debe evaluar la necesidad de premedicar al paciente, para disminuir los efectos vagales, tanto durante la intubación (cuando es requerida), o durante la manipulación visceral, principalmente tracción y dilatación del cuello uterino.

Las dosis aceptadas son: propofol 1 a 2.5 mg por kg de peso para inducción y 50 a 100 µg por kg por minuto para mantenimiento. Fentanil 0.5 a 2 µg por kg de peso para analgesia; 2 a 10 µg por kg cuando se utiliza como coadyuvante de anestesia general en combinación con otros anestésicos y como anestésico único de 50 a 100 µg por kg de peso. La dosis de atropina como premedicación para disminuir la reacción vagal transanestésica 0.01 a 0.02 mg por kg. Debe tomarse en cuenta que la variabilidad en las dosis aceptadas está mediada por la edad y las condiciones generales de los pacientes, así como la combinación con otros medicamentos.

En términos de la legislación sanitaria vigente, los establecimientos prestadores de servicios de atención médica, facultados previamente por autorización de la Secretaría de Salud para la práctica de anesthesiología, deben ser unidades de primer nivel con hospitalización; centros de cirugía am-

bulatoria; hospitales generales, de especialidades e institutos públicos, sociales o privados; los cuales deben contar con el equipo mínimo obligatorio para la práctica anesthesiológica en condiciones razonables de seguridad.

Ahora bien, ante la presencia de paro cardiorrespiratorio, se debe iniciar en forma inmediata apoyo respiratorio con aporte de oxígeno mediante ventilación asistida, apoyo cardiovascular por masaje cardíaco externo, aplicación de volumen y administración de medicamentos para cada caso en particular, a fin de rescatar la función cardiovascular lo más pronto posible, y evitar de esta forma hipoxia e isquemia de tejidos, principalmente a nivel del sistema nervioso central. Así mismo, debe realizarse control electrocardiográfico y tratamiento de arritmias mediante desfibrilación o cardioversión. Dicho en otros términos, se deberá corregir en lo posible, la causa desencadenante.

En el presente caso, la paciente asistió a consulta, pues presentaba retraso menstrual, sangrado transvaginal y dolor abdominal; el facultativo que la atendió, reporta haber encontrado al tacto vaginal, sangrado en moderada cantidad, cérvix abierto en todo su trayecto y restos de tejido organizado, diagnosticando aborto incompleto, por ello indicó legrado uterino instrumental.

En esos términos, se observa mala práctica atribuible al citado facultativo, pues ante el cuadro clínico de la enferma, debía buscar mayores datos clínicos, como son: Chadwick (coloración purpúrea de la vagina y cuello uterino), Goodell (reblandecimiento del cuello uterino), Ossiander (pulsación de la arteria paracervical), Hegar (reblandecimiento del istmo uterino), Pizcasek (abultamiento del cuerpo uterino).

Así mismo, era necesario confirmar la sospecha de aborto incompleto. Para ello, era necesario efectuar prueba de embarazo y ultrasonido obstétrico, este último puede mostrar datos característicos como engrosamiento endometrial, presencia de saco gestacional y sus características conforme al tiempo de amenorrea, cuerpo lúteo en alguno de los ovarios, líquido libre en cavidad e inclusive descartar la posibilidad de embarazo ectópico. De igual suerte, era necesario corroborar el estado general de la enferma y descartar trastornos de coagulación mediante estudios de laboratorio (biometría hemática, pruebas cruzadas, tiempos de sangrado), lo cual no ocurrió en este caso.

Merced a lo anterior, es claro que no se podía sustentar diagnóstico de embarazo y por tanto de aborto incompleto, aun con la presencia de restos organizados, pues bien pudieron tratarse de molde endometrial (endometrio que se esfaca en forma íntegra). En ese sentido, el médico tratante incumplió con sus obligaciones de medios, de diagnóstico y tratamiento, pues está demostrado que efectuó legrado uterino instrumental sin haber estudiado suficientemente a la enferma.

A mayor abundamiento, el resultado de la necropsia confirmó ausencia de embarazo, dado que reportó endometrio secre-

tor de día 18 de ciclo menstrual 28 x 3, sin observarse vellocidades coriales, trofoblasto o decidua. Así mismo, no existe evidencia histopatológica de restos organizados. Lo anterior, confirma la mala práctica en que incurrió el facultativo, al realizar legrado uterino sin haber estudiado suficientemente a la enferma, puesto que no fue correcto el diagnóstico de aborto incompleto. Cabe aclarar que atendiendo al citado resultado, tampoco se demuestra alteración crónica de la función hormonal, la cual se expresa como hiperplasia endometrial.

En igual sentido, no existe evidencia que la enferma presentara alteraciones uterinas (miomatosis, adenomiosis o pólipos endometriales) que explicaran el sangrado. Así las cosas, todo indica que se trataba de sangrado anormal o disfuncional.

Por cuanto hace a la atención brindada por el anestesiólogo, es menester señalar que el citado facultativo incumplió con sus obligaciones de medios, pues estudió insuficientemente a la enferma; es decir, no realizó valoración preanestésica completa, ello quedó demostrado en su nota de las 16:30 horas, la cual es escueta y soslaya los requisitos mínimos necesarios, establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 para la práctica de la anestesiología, pues carece de evaluación clínica; datos fundamentales en relación a la anestesia; medicación preanestésica; edad; peso; signos vitales; antecedentes anestésicos, quirúrgicos, alergias; ayuno, entre otros, elementos indispensables para determinar el estado físico de la enferma y la historia médica, los cuales permiten establecer el plan anestesiológico, así como las precauciones necesarias para efectuar el evento anestésico con razonable seguridad.

Merced a lo antes expuesto, se observan elementos de mala praxis atribuibles al citado facultativo, pues sometió a la paciente a procedimiento anestésico, sin haberla valorado en términos de la *lex artis* médica.

En igual sentido, en el expediente no existe registro alguno del transanestésico; en la especie, no hay hoja de registro anestésico, la cual debe documentar el procedimiento completo incluyendo hora de inicio y fin de la anestesia, así como del legrado; datos de monitorización; signos vitales; medicamentos o agentes empleados, dosis y tiempos en que fueron administrados; técnica empleada; contingencias; entre otros. A mayor abundamiento, no existe evidencia alguna que acredite que el anestesiólogo por lo menos, haya tomado presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura. En ese sentido, incumplió con sus obligaciones de medios, incurriendo en mala práctica.

Debido a la falta de datos, incluyendo el tiempo de ayuno, es difícil evaluar la dosis y tiempo de aplicación de medicamentos; al respecto sólo se puede establecer la falta de observancia a las obligaciones de medios, así como a la integración del expediente clínico.

Ahora bien, la enferma presentó paro cardiorrespiratorio, esta patología es un evento terminal con deterioro progresivo

de la función circulatoria y respiratoria; el objetivo inmediato de la reanimación cardiopulmonar es aplicar maniobras destinadas a restituir rápidamente el aporte de oxígeno al cerebro y órganos vitales. Para tal efecto, la primera fase de reanimación consiste en oxigenación, mediante control de la vía aérea y apoyo respiratorio; es decir, ventilación y oxigenación artificiales, así como apoyo circulatorio (reconocer ausencia de pulso, dar circulación artificial mediante compresiones cardíacas).

La siguiente fase consiste en restaurar la circulación y estabilizar el sistema cardiopulmonar, mediante recuperación de perfusión arteriovenosa y estabilización del transporte arterial de oxígeno; se administran medicamentos y líquidos por vía intravenosa; así mismo, se realiza control electrocardiográfico, aplicándose tratamiento de arritmias incluyendo desfibrilación o cardioversión. La tercera fase, es el tratamiento intensivo posreanimación, orientado a la recuperación cerebral; se debe establecer el tratamiento de la causa del paro cardiorrespiratorio y evaluar la actividad cerebral para realizar medidas para su protección, así como cuidados intensivos para insuficiencia o falla multiorgánica, en caso de presentarse.

En este caso, la paciente fue intubada, administrándose dexametasona, furosemida, metilprednisolona, así como diazepam y difenilhidantoína, estos últimos debido a la presencia de movimientos tónico-clónicos; empero, no se precisa la forma en que sucedieron los eventos, su duración, ni las medidas empleadas para contrarrestarlos, es decir, ni siquiera se reporta la realización de maniobras de reanimación, siendo evidente la presencia de lesiones neurológicas importantes, causadas directamente por el paro cardiorrespiratorio, el cual fue secundario a mala aplicación de la técnica anestésica.

A mayor abundamiento, el anestesiólogo reporta que el cuadro cedió parcialmente, sin embargo, no refiere el tiempo de duración del paro cardiorrespiratorio y atendiendo a la literatura especializada, el paro cardiorrespiratorio que prevalece por más de cuatro minutos, ocasiona lesiones anoxo-isquémicas.

Es menester puntualizar, que el anestesiólogo estableció diagnóstico de shock anafiláctico, empero, en términos de la evidencia disponible, no existen elementos para tener por cierta tal afirmación. Por si fuera poco, a pesar de dicho diagnóstico, no está demostrado que se aplicaran las medidas mínimas indispensables para atender este evento.

Otro elemento de mala práctica fue el retraso del traslado de la enferma a la unidad de cuidados intensivos, pues según el expediente de la primera atención, la paciente presentó paro cardiorrespiratorio el 27 de agosto a las 17:15 horas y el ingreso al servicio de urgencias de hospital privado, fue el 28 de Agosto a la 1:14 horas; es decir, transcurrieron más de siete horas para que recibiera tratamiento específico; por si fuera poco, no se reporta el tipo de manejo ventilatorio brin-

dado durante ese tiempo. Lo anterior, condicionó estado irreversible de daño cerebral.

Por cuanto hace a la atención subsecuente, ésta se ajustó a la *lex artis*, pues se emplearon los medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba; empero, debido a las complicaciones que presentaba, su estado de salud fue hacia el deterioro y muerte.

Cabe señalar, que el dictamen de anatomía patológica establece como causa de la muerte congestión visceral generalizada, la cual evidentemente fue originada por el paro cardiorrespiratorio transanestésico, observado en la paciente.

Conclusiones

- El médico tratante incurrió en mala práctica al no estudiar suficientemente a la paciente y realizar legrado uterino instrumental no justificado.
- La paciente no estaba embarazada y por lo tanto, el diagnóstico de aborto incompleto y la atención brindada fueron equivocados.
- El anestesiólogo incumplió sus obligaciones de medios, pues sometió a la paciente a procedimiento anestésico, sin haberla valorado en términos de la *lex artis*. Así mismo, existe evidencia pericial de que el citado facultativo, incurrió en mala práctica al no monitorizar a la paciente y no efectuar hoja de registro anestésico; es decir, no elaboró nota médica alguna, la cual acredite datos de monitorización, signos vitales, medicamentos o agentes empleados, dosis y tiempos en que fueron administrados, técnica empleada, contingencias, entre otros. Esto traduce elementos de inobservancia a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de la anestesiología.
- El paro cardiorrespiratorio sucedido fue directamente secundario a mala aplicación de la técnica anestésica.
- Las lesiones neurológicas fueron debidas a la hipoxia cerebral durante el paro cardiorrespiratorio.
- Atendiendo al dictamen de anatomía patológica, la causa de la muerte fue congestión visceral generalizada, la cual evidentemente fue secundaria al paro cardiorrespiratorio transanestésico.

- Existió mala práctica por parte de los médicos que manejaron a la paciente durante la primera atención, existiendo relación entre su atención y las complicaciones que presentó la enferma y que finalmente la llevaron a la muerte.
- No existe evidencia que la atención inicial haya sido brindada en hospital.
- El expediente clínico elaborado durante la atención inicial, no se ajusta a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.
- El tratamiento de las complicaciones ofrecido en el hospital subsecuente, fue en términos de la *lex artis*.

Referencias

1. Berek JS. Ginecología de Novak. 12ª. Edición. McGraw-Hill, 1997.
2. Brenner PF. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(3): 766-769.
3. Chuong CJ, Brenner PF. Management of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(3): 787-792.
4. Jennings JC. Abnormal uterine bleeding. *Med Clin North Am* 1995; 79(6): 1357-1376.
5. Kuffer MC, Shiller V et al. Transvaginal sonographic evaluation of endometrial polyps. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 535-539.
6. Long CA. Evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(3): 784-786.
7. Stabinsky SA, Einstein M et al. Modern treatments of menorrhagia attributable to dysfunctional uterine bleeding. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54(1): 61-72.
8. Wathen PI, Henderson MC et al. Abnormal uterine bleeding. *Med Clin North Am* 1995; 79(2): 329-344.
9. Caplan RA, Posner, KL et al. Adverse Respiratory Events in Anaesthesia: A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology* 1990; 72: 828-833.
10. Levy JH. Allergy and Anaesthesia. 47th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A., American Society of Anesthesiologists, 1996.
11. Morgan GE, Mikhail MS. Anestesiología Clínica, 2ª Edición, México: Manual Moderno, 1998.
12. Mulroy MF. Indications for and Contraindications to Regional Anesthesia. 50th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A. American Society of Anesthesiologists, 1999.
13. Otto ChW. Current Concepts in Cardiopulmonary Resuscitation. 49th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A. American Society of Anesthesiologists, 1998.
14. Solgoff S. Intraoperative Cardiac Arrhythmias: Cause, Recognition, and Treatment. 49th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A. American Society of Anesthesiologists, 1998.