

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

LIC. EN ENFERMERÍA

**LA INFLUENCIA DE LAS INTERVENCIONES OPORTUNAS DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABORTO QUE ACUDEN
AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. "BELISARIO
DOMÍNGUEZ"**

Pasante: Javier Alarii García Ruiz

Directora: Dra. Silvia Crespo Knopfler
Codirectora: Amelia Cruz Fuentes

México D.F., Febrero de 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas las personas que amo y por estar involucradas para el logro de mis metas y objetivos.

- A dios, por haber derramado en mi, fortaleza, paciencia perseverancia y sobre todo por haberme dotado de inteligencia.
- A mi madre María Candelaria Ruiz Aguilar, te doy las gracias por haberme dado la vida, por brindarme, tu amor, tu paciencia en todos los momentos felices y difíciles, el apoyo para seguir y continuar mi camino, darme las alas para volar, y aquí el fruto de todo ese esfuerzo.
- A mi papa Enrique García Ramos por darme la vida, a Sergio Aranda González por ser un padre en esos momentos que necesite ayuda, apoyo y amor, gracias
- A mi hermano García Ruiz Raúl Enrique te doy las gracias por tu cariño cordial, por el apoyo que me has brindado en todos los momentos de mi vida, por todos los juegos, conversaciones, experiencias y momentos vividos juntos.
- A mis hermanos Jaime García, Ismael García, Graciela García, Rogelio Gracia, Leticia García, Enrique García, Norma García, Guadalupe García, Samadhi Aranda y Sergio Aranda, por brindarme su apoyo, amor y ser parte de mi familia, por todo esto y más gracias.
- A mis maestros por confiar en mí, ya que sin ustedes a mi lado, no lo hubiera logrado, por tenerme confianza, la paciencia necesaria; tantas desveladas sirvieron de algo, todos los regaños, llamadas de atención, felicitaciones y por fin el fruto de su esfuerzo esta aquí, agradezco a dios el haberme puesto en sus manos.
- A todos mis amigos que me siempre me han acompañado durante mi vida han entregado su amor y apoyo siempre.
- En memoria a mis amigos Alejandro Beltrán y Alejandra Pando, sé que no están presentes, pero agradezco que siempre están ahí para mi, gracias.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	
1.1. Justificación.....	1
1.2. Planteamiento del problema.....	3
2.3. Objetivo.....	6
2.4. Hipótesis.....	8
2.5. Operacionalización de variables.....	9
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	
2.1. Aborto.....	13
2.2. Definición.....	13
2.3. Tipos de aborto.....	13
2.4. Aborto espontaneo.....	14
2.5. Aborto inducido.....	15
2.6. Aborto legal.....	15
2.7. Aborto ilegal.....	16
2.8. Aborto químico.....	17
2.9. Complicaciones del aborto.....	17
2.10. Aborto (derecho).....	22
2.11. Aborto y derechos humanos.....	22
2.12. Historia clínica perinatal.....	23
2.13. Lavado de manos.....	24
2.14. Llenado de hoja de enfermería.....	25
2.15. Aspectos éticos.....	26
2.16. Epidemiología del aborto.....	27
2.17. Ley general de salud.....	29
2.18. Declaración de helsinki de la asociación médica mundial.....	32

2.19. Estado del arte.....	37
----------------------------	----

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio.....	43
3.1.1. Población.....	43
3.1.2. Técnica de muestreo.....	43
3.1.3. Muestra.....	44
3.1.4. Criterios de selección.....	44
3.1.5. Criterios Inclusión.....	44
3.1.6. Criterios Exclusión.....	44
3.2. Técnicas y procedimientos.....	45
3.3. Metodología de la investigación.....	46
3.4. Diseño del instrumento de valoración.....	47
3.5. Aspectos legales.....	49

CAPITULO IV RESULTADOS 50

CAPITULO V

5.1. Discusión.....	62
5.2. Conclusiones.....	64

GLOSARIO 65

ANEXOS..... 71

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 78

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, tiene por objeto analizar las intervenciones de enfermería oportunas del personal adscrito dirigidas a pacientes gineco obstétricas que presentan aborto con atención en los servicios de urgencias Gineco Obstetricia y unidad toco quirúrgica, del Hospital Belisario Domínguez.

En el capítulo II dentro del marco teórico se hace referencia al aborto tipos y complicaciones, considerando que las complicaciones del aborto pueden ser diferentes según sea un aborto inducido o espontáneo. Entendemos que el aborto, se produce en muchos casos de una forma en que pasa totalmente desapercibido, por lo que es fácil comprender que no dan ningún tipo de síntoma o patología sin embargo durante la estancia hospitalaria surgen diferentes complicaciones por mala práctica o atención a pacientes.

Según el marco teórico la mortalidad debida al aborto inducido es muy baja en los países desarrollados, donde usualmente el procedimiento es legal, sin embargo, en las regiones en vías de desarrollo (excluyendo China), donde generalmente el aborto es ilegal o está bastante restringido, la mortalidad por aborto es cientos de veces más alta que en los países desarrollados. Se considera que existen en los países donde es ilegal el aborto 330 muertes por cada 100.000 abortos.

Alrededor de un 33% de las mujeres que se someten a abortos inseguros sufren serias complicaciones, pero menos de la mitad de éstas alcanzan a recibir tratamiento en un hospital.

En la investigación bibliográfica, que se realizó se observa que el riesgo de morir durante el parto y puerperio de las jóvenes de edades entre 15 y 19 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 20 a 30 años. Este riesgo es cinco veces mayor en las menores de 15 años. En el mundo, la principal causa de muerte de

adolescentes de 15 a 19 años son los embarazos tempranos, así como de abortos mal practicados con personal precariamente capacitado en conjunto a sus riesgos y complicaciones.

En el capítulo III que trata de la metodología de establece que el estudio es de tipo descriptivo, de campo, transversal, y prospectivo; el universo fueron las enfermeras adscritas al servicio de urgencias de gineco obstetricia y unidad de urgencias y unidad toco quirúrgica del turno vespertino del Hospital "Belisario Domínguez". Mediante un estudio de sombra a 15 enfermeras y 25 pacientes con aborto se coteja un instrumento de valoración con las técnicas realizadas y las técnicas establecidas, usando una escala de Likert que mostró tanto las fortalezas así como carencias y debilidades, del personal adscrito de enfermería que atiende específicamente a pacientes con aborto.

Tomándose en cuenta las actividades a realizar tales como son: valoraciones y entrevistas, así como de signos vitales y signos de infección a pacientes con aborto a comparación de otras patologías, preparación física y psicológica a los procedimientos tales como, lavado de manos, técnicas de asepsia y antisepsia, veno punción, y de un registro adecuado en hojas correspondientes, de la misma manera se observo si esto se realiza de manera continua e independiente o por indicación médica.

El capítulo IV se presentan los resultados más relevantes donde se observa que, en la preparación quirúrgica un el 33%del personal realiza una preparación quirúrgica tanto física como psicológica adecuada de manera independiente a las pacientes de 15 a 30 años con aborto, el 40% realiza esta actividad por indicación médica y el 27%lo realiza con ayuda de alguna compañera; en el lavado de manos 33% no realiza esta actividad manifestando que se trata de una urgencia médica realizándolo solo al ingreso al servicio, pero aunque en su mayoría lo realiza bien; la mayoría realiza un secado de manos con una sabana, bata o campo húmedo por lo cual se rompe esta armonía, en los toma y registros de signos vitales en

hojas de enfermería se obtiene que en su gran mayoría realizan esta actividad de manera independiente o por indicación médica mientras que un 7% solo repite las cifras de turnos anteriores u otros servicios, mientras que en preparación de materia para venopuncion, se observa que en su mayoría lo realizan adecuadamente, puncionando de 1 a 2 punciones mientras que un porcentaje bajo realiza más de 3 punciones en ambos miembros torácicos.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El aborto realizado en condiciones de riesgo coloca en peligro la vida de muchas mujeres, lo cual representa un problema de salud pública grave. La mayoría de estas muertes, los problemas de salud y las lesiones podrían prevenirse mediante un mayor y mejor acceso a servicios adecuados de atención en salud, atención obstétrica de urgencia.

El 62% de la población mundial vive en 55 países donde el aborto inducido está permitido, ya sea sin restricciones en cuanto a su causa o por razones socioeconómicas, mientras que el 25% vive en 54 países que lo prohíben completamente o lo permiten sólo para salvar la vida de la mujer.

La CONAPO informa que el número de mujeres que anualmente abortan en el país se elevó en el mismo período en un 64 por ciento, de 533.000 a 875.000. En 2006, casi 150.000 mujeres recibieron tratamiento en hospitales públicos mexicanos por complicaciones derivadas de un aborto inseguro, lo indican también la OPS, INEGI Y CONAPO.

Todos los métodos y técnicas de aborto en mayor o menor grado presentan riesgo de complicaciones, las cuales para su mejor comprensión las dividimos en tempranas y tardías, según ocurran antes o después de 30 días de realizada la interrupción.

Las complicaciones tempranas a su vez pueden ser inmediatas cuando ocurren durante la interrupción o en las tres horas siguientes al proceder y mediatas cuando ocurren pasadas las tres horas.

El aborto puede ser inducido de muchas maneras, y la elección depende del tiempo de desarrollo del "Embrión"o "Feto", de la salud de la madre, del contexto socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el acceso a los servicios médicos, y de los límites puestos por la legislación, entre muchos otros factores.

Por lo que cabe la enfermería en Gineco Obstetricia como elemento importante del equipo de salud en las instituciones hospitalarias, es responsable directa de proporcionar un entorno seguro y confortable a la paciente desde el punto de vista bio psicosocial y holístico, que le asegure el cuidado sin riesgos, bienestar durante su estancia, y que proteja de lesiones y complicaciones ulteriores.

Lo anterior fundamenta que durante la atención directa, debe proporcionarse cuidados de calidad, libres de riesgos a todas las pacientes Gineco Obstetras que demanda atención a su problema de salud, a fin de evitar complicaciones.

Para efectuar la siguiente investigación se toma en cuenta la disponibilidad de las instalaciones del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez recursos financieros, humanos y materiales, que determinaron en última instancia los alcances de la investigación, esto es parcialmente importantes cuando se sabe de antemano que se dispondrá de los recursos necesarios para efectuar el estudio.

El propósito final es que al identificar los puntos de riesgo durante la atención, se den a conocer y se pondere la importancia de implementar programas de actualización al personal de enfermería, para que la calidad de atención sea continua, oportuna y humana.

Por lo tanto se realiza la presente investigación con el propósito de corroborar o rectificar el cuidado en las pacientes gineco-obstetras en aborto, con base a las necesidades identificadas para que la práctica, que se constituya como el ejercicio profesional responsable, tomando en cuenta la viabilidad y facilidad que

proporciona el hospital de especialidad Dr. Belisario Domínguez así como el personal del turno vespertino de los servicios de unidad toco quirúrgica y urgencias gineco obstetras.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano. Adquiriendo en la actualidad una gran importancia, tanto por sus implicaciones como por las diferentes posturas que existen frente a este problema de salud.

El aborto es un aspecto muy serio, ya que en pocas palabras se trata de quitarle vida a un ser humano. Pero legalizarlo sería una buena opción. Si se ponen a analizar los puntos buenos de la legalización de aborto, son varios, ya que muy probablemente disminuirían las muertes de madres por abortos.

A mediados de 1992 el 10% de la población mundial vivía en países donde la práctica del aborto estaba prohibida, en todas sus circunstancias y otro 18% de la misma, habitaba en aquellos países en los que estaba permitido solamente para salvar la vida de la mujer.

La CONAPO calcula que alrededor del 17.8% de las mujeres en edad

reproductiva, se han practicado un aborto y estas cifras suelen estar muy bajas, ya que solamente se registran los casos en que hay algún problema que obliga a las mujeres a acudir a algún hospital al tener complicaciones por el aborto provocado. Los números también son revelados en encuestas al azar, lo que no permite ver realmente cuál es el problema en México.

En México, el número estimado de mujeres que han obtenido un aborto se ha incrementado de un 48 % a 64% entre 1996 y 2006.

La OPS indica que a escala mundial, la tasa de abortos es de 29 por cada 1.000 mujeres y el promedio para América Latina y el Caribe es de 31 por cada 1.000. Entre 1990 y 2006 el número de mujeres que se practicaron algún aborto en México aumentó en 64%, pasando de los 533.000 a los 875.000. Esto significa que el número de abortos aumentó 64%, y el grupo de edad de las mujeres que abortan está entre 15 y 44 años.

Un mayor número de complicaciones en las mujeres embarazadas que anteriormente se han provocado un aborto 67.5% en las que han abortado y un 13.4% en las que no han abortado, de todas las complicaciones la más importante es la hemorragia que cataloga el nuevo embarazo como de riesgo elevado, Infección, peritonitis, lesiones de vejiga, vías urinaria o de uréteres.

Complicaciones variables entre un 38 al 61 por mil, son las Intoxicaciones por retención de agua. Efectos secundarios de funcionamiento del corazón y muerte consecutiva, peligro de introducirse la solución salina en el torrente circulatorio de la madre con efectos mortales.

Por lo antes mencionado hacemos la siguiente pregunta:

¿Cómo influyen las intervenciones oportunas de enfermería a pacientes con aborto de 15 a 30 años para evitar complicaciones, en los servicios de urgencias Gineco- Obstetricia y unidad de toco cirugía del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del 01 de abril al 25 de mayo del 2009?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar cómo influyen las intervenciones oportunas de enfermería a pacientes con aborto de 15 a 30 años para evitar complicaciones de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Observar los procedimientos a realizar por el personal adscrito para la preparación quirúrgica, a pacientes de 15 a 30 años con aborto que acude a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.
- Revisar los instrumentos de valoración física mental y social de la paciente con aborto de 15 a 30 años por parte del personal adscrito de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.
- Verificar la técnica de lavado de manos realizada por parte del personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.

- Corroborar la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en pacientes de 15 a 30 años con aborto por parte del personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.
- Valorar las técnicas de registros de signos vitales de pacientes de 15 a 30 años con aborto por parte del personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.
- Corroborar la técnica de venopunción que aplica el personal de enfermería adscrito a pacientes de 15 a 30 años con aborto de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.
- Identificar las complicaciones como hemorragias e infecciones por falta de atención de enfermería a usuarias con aborto de 15 a 30 años de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica.

1.4 HIPOTESIS

Hi. La deficiente técnica de venopunción favorece múltiples punciones en miembros torácicos e infecciones nosocomiales.

Ho. La eficiente técnica de venopunción evita múltiples punciones en miembros torácicos, e infecciones nosocomiales.

Hi. La deficiente técnica de lavado de manos clínico favorece infecciones nosocomiales.

Ho. La eficiente técnica de lavado de manos clínico evita infecciones nosocomiales.

Hi. La falta de instrumentos de valoración e iniciativa del personal, retrasa la intervención oportuna a pacientes con aborto.

Ho. El uso de instrumentos de valoración e iniciativa del personal, favorece la intervención oportuna a pacientes con aborto.

Hi. El deficiente registro de signos vitales favorece complicaciones en las pacientes con aborto.

Ho. El eficiente registro de signos vitales favorece evitar las complicaciones en las pacientes con aborto.

Hi. Las hemorragias, infecciones de vías urinarias altas y peritonitis son

complicaciones por falta de atención de enfermería a pacientes con aborto.

Ho. Las hemorragias, infecciones de vías urinarias altas y peritonitis no son complicaciones por falta de atención de enfermería en pacientes con aborto.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Hipótesis 1:

Operacionalización de variables			
Variable	Tipo	Concepto	Operacionalización
Deficiente técnica de venopuncion	Independiente	Serie de maniobras para suministrar soluciones parenterales y medicamentos a través de una punción vascular.	Técnica de venopuncion que no sigue la secuencia y principios normados
Múltiples venopunciones	Dependiente	Punción de venas vasculares de miembros torácicos.	Más de una punción en venas vasculares de miembros torácicos.
Adecuada Técnica de venopuncion	Independiente	Es la recolección de una muestra de sangre de una vena para ser examinada en el laboratorio.	Estudio de sombra por medio de una lista de cotejo de 12 reactivos.
Deficiente técnica de lavado de	Independiente	Técnica importante y efectivo en la prevención de la	Técnicas de lavado de manos que no siguen la secuencia o principios.

manos		transmisión de infecciones si no se realiza adecuadamente.	
Infecciones nosocomiales	Dependiente	Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria como son: Contacto con una colonia de microorganismos patógenos arraigados en una instalación hospitalaria.	Proliferación de organismos patógenos propios a técnicas mal realizadas.
Técnica de lavado de manos	Independiente	Serie de maniobras para eliminación y proliferación de infecciones intra-hospitalarias	Secuencia de pasos y principios normados
Falta de instrumentos de valoración.	Dependiente	Es recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del cliente	Sin la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno no se pondrán en práctica los cuidados programados.
Intervención de enfermería	Independiente	Una intervención de enfermería es	Es la realización o puesta en práctica de

Instrumentos de valoración	Dependiente	<p>"cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente."</p> <p>Instrumento que permiten a los profesional de la salud a establecer una valoración sistemática sobre un fenómeno en estudio</p>	<p>los cuidados programados.</p> <p>Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.</p>
Deficiente registro de signos vitales.	Independiente	Son medidas de varias estadísticas fisiológicas para así valorar las funciones corporales más básicas	La alteración de registro de signos que distorsiona el estado general de salud así como su asistencia adecuada.
Complicaciones	Dependiente	La hemorragia e infecciones son complicaciones de alta incidencia del aborto.	Son alteraciones que al no ser valoradas adecuadamente puedes llegar a desencadenar alteraciones físicas así como la muerte.
Registro de signos	Independiente	Es el registro de un	Proporciona las pautas

vitales		estado fisiológico regulado por los órganos vitales y son esenciales para la sobrevivencia y son: Temperatura, Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.	para las intervenciones adecuadas a la paciente.
Falta de atención en enfermería	Independiente	Son alteraciones en el método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados por la enfermera	Es la no aplicación del proceso enfermero en la práctica asistencial, desde una perspectiva sistematizado, lógico y racional.
Hemorragias e infecciones de vías urinarias altas y peritonitis son complicaciones de aborto	Dependiente	Son las derivadas de la cirugía o intervenciones para la evacuación del tejido gestacional retenido o productos mal formados.	Las complicaciones pueden ser inmediatas o tardías, las cuales se manifiestan a corto, mediano o largo plazo.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ABORTO

2.2 DEFINICIÓN DE ABORTO

Aborto del latín: *abortus* o *aborsus*, de *aborior*, "contrario a *orior*", "contrario a nacer" es la interrupción provocada del desarrollo vital del feto, antes de que éste haya alcanzado las 20 semanas de gestación. Posteriormente la interrupción se denomina *parto pretérmino*. Es distinto, por tanto, del "aborto espontáneo", que se refiere al hecho que se presenta de manera natural y sin que medie voluntad de eliminar al *nasciturus* (el que ha de nacer) por parte de la madre o por parte del médico que atiende el trabajo de parto¹.

El aborto en el sentido médico se corresponde con los dos trimestres iniciales, no obstante para efectos legales y en casos de malformaciones graves el tiempo puede sobrepasar dichas fechas. La interrupción del embarazo, ya sea natural o inducida, va seguida de la expulsión del producto gestacional por el canal vaginal, y puede estar precedida por pérdidas de sangre por la vagina².

2.3 TIPOS DE ABORTO

Consideramos que el aborto puede ser clasificado en Espontáneo o Inducido y de tipo Legal o Ilegal.

2.4 ABORTO ESPONTÁNEO

Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos. Existen muchas opiniones que dicen que incluso el 50 por ciento de los embarazos pueden considerarse fracasados y terminar de forma espontánea³.

La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas⁴.

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tobaría y la endometriosis que es una enfermedad que ocurre cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él. En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los AER (aborto espontáneo recurrente) puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la cantidad de sangre que se irriga, alteraciones de la placenta y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal. Se cree que el AER (aborto espontáneo recurrente) en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales⁵.

2.5 ABORTO INDUCIDO

Se llama aborto inducido al que es provocado con la intención de eliminar el feto, con distintos fines, en distintos contextos sociales y legales, con o sin asistencia médica. Se estima que cada año entre 42 y 46 millones de mujeres alrededor del mundo recurren al aborto inducido para terminar con un embarazo no deseado. De ellos, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros⁶.

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

Desde las primeras leyes a principios del siglo pasado, el aborto provocado ha ido siendo despenalizado en muchos países, tanto del primer, segundo o tercer mundo y su despenalización ha supuesto en estos países una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad materna⁷.

2.6 ABORTO LEGAL

Se considera aborto inducido legal cuando es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica. En España se considera aborto legal cuando es realizado con consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir cuando hay peligro para la salud o la vida de la embarazada, por causa de violación o por malformaciones fetales.

En otros países existen leyes que permiten la realización del aborto bajo la ley de plazos de tal forma que una mujer puede interrumpir su embarazo solamente con la libre decisión⁸.

2.7 ABORTO ILEGAL

Resulta difícil encontrar información confiable sobre el alcance del aborto ilegal. La comisión LANE que examinó el funcionamiento de la Ley del Aborto en Gran Bretaña, estimó que alrededor del 30% de las mujeres a las cuales se les había negado el aborto en primera instancia acabaron por obtenerlo finalmente. A partir de un estudio de la experiencia americana de las mujeres a las cuales se les había negado el aborto se concluyó que entre un 10% y un 20% de ellas, más adelante obtuvieron un aborto en otra parte, posiblemente de forma ilegal⁹.

Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica.

Cuando el aborto está prohibido por la ley, las circunstancias hacen que muchas mujeres busquen a comadronas o a médicos que se prestan a colaborar. Pero el aborto practicado en estas circunstancias es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna infinitamente superiores a las del aborto legal¹⁰.

El aborto ilegal se practica generalmente en las peores condiciones higiénicas y con las posibilidades escasas de recurrir con urgencia a un hospital. Es importante que antes de continuar con la decisión que tomes valores las circunstancias a las que te puedes enfrentar¹¹.

2.8 ABORTO QUÍMICO

Consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, todo ello inducido por lo que suele ser una combinación de fármacos. Sólo es factible en las primeras semanas del embarazo y representa el 10 por ciento de los abortos realizados en los Estados Unidos y en Europa.

Este tipo de procedimiento suele ser el preferido cuando es posible, porque no requiere anestesia ni tampoco una intervención quirúrgica (el uso de instrumentos), siendo los mayores inconvenientes el sangrado y que la mujer puede observar el proceso y el embrión expulsado, lo que es psicológicamente doloroso para aquellas mujeres que dudan de la moralidad o de la conveniencia del acto¹².

2.9 COMPLICACIONES DEL ABORTO.

➤ Laceración del cuello uterino por el uso de los dilatadores

- Insuficiencia del cuello uterino predisponiendo a los abortos de repetición en el primer y segundo trimestre (10% de los pacientes)
- A partos prematuros a los 20 ó 30 semanas de gestación.

➤ Perforación de útero

- Hecho con la cucharilla del legrado o el aspirador, pero más frecuentemente con el histerómetro (instrumento necesario para medir la cavidad uterina). El útero grávido es muy frágil y blando y puede ser atravesado sin que el cirujano se perciba del hecho.

➤ **Hemorragia uterina**

- Pérdida sanguínea o fuertes hemorragias causadas por la falta de contracción del músculo uterino. Las pérdidas de sangre son más intensas a medida que el embarazo está más avanzado. Esas pérdidas se calculan en 200 c.c. a las 10 semanas de embarazo, 350 a las 12 semanas, 450 a las 13 semanas.

➤ **Endometritis post-abortum**

(Infección uterina secundaria al aborto)

Pase a los antibióticos que se administran antes del aborto existe todavía gran incidencia de infecciones y de obstrucciones de trompas.

➤ **Evaluación incompleta de la cavidad uterina. Necesidades de prolongar la succión y de hacer un legrado inmediato.**

- Posibilidad de arrancar el endometrio
- Formación de adherencia en el interior del útero y como consecuencia esterilidad y frecuentemente amenorrea
- Posibilidad de placenta previa en el embarazo siguiente, lo que haría secundaria una cesárea.

➤ **La llamada extracción menstrual**

- Es posible que la paciente no esté embarazada
- Puede producirse una aspiración incompleta (el huevo frecuentemente no es extraído por lo que haría necesario un legrado)

➤ **La laminaria**

- Puede suceder que quede apresada y haga necesaria una Histerectomía para extraerla del útero

Consecuencias:

- Infecciones graves por la presencia de un cuerpo extraño
- Las mismas que para la Histerectomía

➤ **Solución hipertónica salina**

(Embarazo de 12 a 20 semanas)

Complicaciones muy altas:

- Retención placentaria y hemorragia (un 50% necesitan legrado)
- Las mismas complicaciones posible de un legrado con el agravante de una posible perforación uterina y de la formación de adherencias infección y endometritis.
- Hemorragia
- Coagulopatía y hemorragia abundante
- Intoxicación por retención de agua. Efectos secundarios de funcionamiento del corazón y muerte consecutiva
- Peligro de introducirse la solución salina en el torrente circulatorio de la madre con efectos mortales.
- Posible embarazo más avanzado del que la madre menciona y si no se hace un buen examen previo podría abortar un niño de 2 Kilos ó 2 1/2 Kilos de peso. Este

tipo de aborto presenta un peligro de complicaciones diez veces más elevado que el legrado. La mortalidad es de un 4 a un 22 por mil.

- Las razones de un aborto llamado terapéutico, son una contraindicación para el aborto por solución salina.

➤ **Histerectomía**

(A partir de las 16 semanas de embarazo)

Complicaciones:

Los mismos riesgos y complicaciones que todo acto quirúrgico intra abdominal.

- Hemorragia
- Infección
- Peritonitis
- Lesiones de vejiga urinaria o de uréteres. Complicaciones variables entre un 38 al 61 por mil¹³.

➤ **Complicaciones tardías del aborto**

- Insuficiencia o incompetencia del cuello uterino.
- Aumento de la tasa de nacimiento por Cesárea (con el fin de permitir que el bebé viva aunque sea prematuro)
- Daños causados a las trompas por la posible infección post-aborto, causando infertilidad (en un 18% de las pacientes)

- Mayor número de complicaciones en las mujeres encinta que anteriormente se han provocado un aborto 67.5% en las que han abortado y un 13.4% en las que no han abortado.
- De todas las complicaciones la más importante es la HEMORRAGIA que cataloga el nuevo embarazo como de riesgo elevado.
- El aborto puede crear complicaciones placentarias nuevas (placenta previa) que hacen necesaria una Cesárea para salvar la vida de la madre y la del hijo.
- El aborto ha creado nuevas enfermedades; el Síndrome de Asherman y complicaciones tardías que necesitarán Cesárea o histerectomía.
- Isoinmunización en pacientes Rh negativas. Aumento pues de esta enfermedad que coloca a las pacientes en embarazos de alto riesgo y partos complicados.
- Aumento del número espontáneo de abortos en las pacientes que han abortado.

➤ **Consecuencias psicológicas del aborto inducido**

- *Para la madre:*
- Baja de su estima personal al destruir a su propio hijo
- Frigidez (pérdida del deseo sexual)
- Aversión hacia el marido o el amante
- Culpabilidad o frustración de su instinto maternal
- Desórdenes nerviosas, insomnio, neurosis diversas
- Aparición de enfermedades psicopáticas
- Depresiones

- Puede llegar al suicidio
- La época de la menopausia es una época crucial para la mujer que ha sufrido un aborto provocado¹⁴.

2.10 ABORTO (DERECHO)

El Aborto, entendido como la interrupción intencional del embarazo, es dependiendo del ordenamiento jurídico vigente, una conducta penalizada o despenalizada, atendiendo a las circunstancias específicas.

Las situaciones posibles van desde el aborto considerado como un delito contra la vida humana o despenalizada en caso de que la embarazada consienta¹⁵.

2.11. ABORTO Y DERECHOS HUMANOS

Desde el punto de vista de los derechos humanos, existen fundamentalmente dos enfoques ético-filosóficos opuestos: derecho del feto a la vida o derecho de la mujer embarazada a elegir la maternidad.

Los partidarios de la despenalización sostienen que el aborto es una cuestión de derechos humanos: prohibirlo atenta contra los derechos fundamentales de las mujeres y contra los principios de justicia social, ya que generalmente las mujeres que mueren víctimas de un aborto clandestino mal realizado son las que tienen menores recursos económicos y que pertenecen a los sectores socioeconómicos más vulnerables.

Los opositores del aborto legal, a su vez, afirman también que se trata de una cuestión de derechos humanos: legalizarlo atenta contra el derecho a la vida del nasciturus, que debe de primar sobre el derecho de elección de la madre. Por tanto, legalizar el aborto se atenta contra el derecho fundamental de todo ser

humano, mujer o varón, a la vida, y contra los principios de justicia social, ya que se antepone el derecho de elección de la madre al derecho a la vida de un ser humano que no tiene posibilidades de defensa¹⁶.



Mapamundi con la situación jurídica del aborto en los distintos ordenamientos.

■ Legal ■ Legal en caso de violación, riesgo para la vida de la madre, problemas de salud física o mental, factores socioeconómicos, y/o defectos del feto ■ Illegal excepto en caso de violación, riesgo para la vida de la madre, problemas de salud física o mental y/o defectos del feto ■ Illegal excepto en caso de violación, riesgo para la vida de la madre, y/o problemas de salud física o mental ■ Illegal excepto en casos de riesgo para la vida de la madre, o problemas de salud física y/o mental ■ Illegal sin excepciones ■ Varía por región ■ No hay información
 Líneas verticales (varios colores): Illegal pero tolerado.

2.12. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Se deben recoger los antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes quirúrgicos, alérgicos, transfusionales, historia menstrual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y factores socioeconómicos

Una detallada historia clínica junto a la exploración disminuirá el número de diagnósticos diferenciales y permitirá un uso racional de las pruebas de laboratorio

y de las técnicas de imagen tanto por el personal médico como de enfermería. Es necesario conseguir una historia detallada del/los episodio/s de hemorragia. Interrogar a la paciente acerca de enfermedades familiares o personales que nos hicieran sospechar de la existencia de una discrasia sanguínea o de otra patología sistémica; el uso de fármacos (heparina, anticoagulantes orales, antiinflamatorios no esteroideos, etc.) que puedan comprometer los mecanismos de la coagulación. El siguiente paso será establecer claramente el origen de la hemorragia mediante una minuciosa exploración física (existen numerosas enfermedades que pueden manifestarse como hemorragias uterinas) y ginecológica: exploración detenida de la vulva, ano, recto, uretra; examen con espéculo de la vagina y cérvix, que confirme que el origen de la hemorragia se encuentra en la cavidad uterina y descarte el origen uretral o anal de la hemorragia. La exploración bi-manual nos dará información sobre las características del útero y la existencia o no de patología anexa¹⁷.

2.13. LAVADO DE MANOS

La piel constituye una barrera física que impide el paso de gérmenes patógenos del medio externo al interno del organismo. Podemos clasificar la flora bacteriana de la piel en 2 tipos:

- Transeúnte u ocasional: se obtienen del medio externo, que viven durante un tiempo en la piel. Se elimina en su mayoría mediante lavado.

- Residente: bacterias habituales en la piel. Se encuentra en la parte más interna y por ello es más dificultosa su eliminación por lavado

El tipo de técnica variará dependiendo del material utilizado.

1. Cuando se laven las manos con agua y jabón; mojar primero las manos, aplicar mono dosis de jabón y frotar ambas manos durante un intervalo de

al menos 15 segundos, alcanzando toda la superficie de manos y dedos. Aclarar con agua y secar cuidadosamente con toalla desechable. Usar la toalla para cerrar el grifo, si no es posible accionamiento con codo.

2. Cuando se laven las manos con antiséptico; aplicar el producto en la palma de la mano y frotar ambas manos de tal forma que alcance toda la superficie de las manos y dedos hasta que las manos estén totalmente secas.

Se deben lavarse las manos en casos como:

- Antes de ponerse los guantes estériles.
- Después del contacto directo con piel intacta del paciente (toma de presión arterial,...)
- Antes del contacto directo con los pacientes.
- Después del contacto con fluidos corporales, membranas mucosas, piel no intacta y apósitos de herida.
- Al pasar de una zona contaminada a otra limpia.
- Después del contacto con objetos inanimados.
- Después de quitarse los guantes siempre que no exista ningún tipo de partícula propia de los mismos¹⁸.

2.14. LLENADO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA

Debido a la relevancia que tiene el llenado de hojas de registros clínicos de enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, resaltan la investigación realizada en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" acerca de la trascendencia que tienen los registros de Enfermería, así como el realizado por Chaparro L. acerca

de lo que registra el profesional de Enfermería para la continuidad de los cuidados, y el que se realizó en el Hospital General de México el cual mostró que en el año 2000 hubo un 70% en las mejoras en el llenado de los registros de enfermería y en el 2002 hubo un aumento al 72%¹⁹.

2.15. ASPECTOS ÉTICOS

La Bioética es una disciplina derivada de la filosofía, precisamente de la ética, que estudia “la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en la medida en que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales” y “que tiene como finalidad la regulación de los posibles desmadres, abusos y deslices de todo acto humano que altere irreversiblemente los procesos de la vida.

Si atendemos al último párrafo notaremos que el aborto es un capítulo destacado de esta disciplina. Más aún si lo acotamos en la adolescencia, ya que desde el punto de vista bioético, las características propias de esta etapa evolutiva son las de un mundo moral incompletamente estructurado condicionante del grado de autonomía que torna dilemático el respeto de este principio, lo que redefine la modalidad de la relación médico paciente y la mantención de la confidencialidad del profesional y la confiabilidad de la paciente frente a un tema vinculado frecuentemente con el delito, como lo es el aborto para ciertas jurisprudencias.

Como todo que hacer regulador, la bioética, aparenta tener connotaciones limitantes o prohibitivas que pueden generar antipatías, pero solo hará recomendaciones surgidas de la reflexión racional, expuesta a través de un discurso argumentativo de validez lógica²⁰.

2.16 EPIDEMIOLOGIA DEL ABORTO

De los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos.

De los embarazos no planeados, 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal.

En América Latina se practican 3´700.000 abortos inseguros. El riesgo de muerte a causa del aborto inseguro en los países en desarrollo es de 370 por cada 100.000 casos.

El número de mujeres que mueren a causa del aborto anualmente es 68.000, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es responsable del 17 % de las muertes maternas.

Dos tercios de los abortos practicados al año corresponden a mujeres de 15 a 30 años. En América Latina más del 50% de los abortos se practican a mujeres de 20 a 29 años y casi el 70% a mujeres menores de 30 años.

El riesgo de morir durante el parto de las jóvenes de edades entre 15 y 19 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 20 a 30 años. Este riesgo es cinco veces mayor en las menores de 15 años. En el mundo, la principal causa de muerte de adolescentes de 15 a 19 años son los embarazos tempranos, sus riesgos y complicaciones.

A partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal (abril de 2007), el flujo de información se ha transparentado, la Secretaría de Salud de la entidad reporta periódica y públicamente la cantidad de abortos realizados. Sin embargo, la información disponible acerca del aborto inducido en México confirma que, como se dijo antes, es sumamente difícil establecer con precisión su número.

Una revisión documental muestra que las cifras varían dependiendo de la fuente. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) registra la cantidad más baja de abortos inducidos en el país y el Instituto Alan Guttmacher estima un número mucho mayor, que ha ido en aumento entre 1990 y 2006 (ver cuadro más abajo).

Hay otras cifras disponibles que contribuyen a darnos una idea de la magnitud del problema. Para 1997 se calculó que 19% de las mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas había experimentado un aborto.² Un estudio publicado recientemente reporta que:

En México, el número estimado de mujeres que han obtenido un aborto se ha incrementado 64% entre 1990 y 2006.³

Estimaciones del número de abortos en México		
<i>Fuente</i>	<i>Año</i>	<i>Número de abortos</i>
INSTITUTO ALAN GUTTMACHER 6	1990	533,100
CONAPO 7	1997	102,000
INSTITUTO ALAN GUTTMACHER, COLEGIO DE MÉXICO Y POPULATION COUNCIL 8	2006	874,747

Fuente: Conapo.gob.mx

Si resulta difícil saber el número de abortos que se realiza en la clandestinidad, mucho más complicado es saber el número de mujeres que muere por interrumpir sus embarazos de esta manera y sus complicaciones²¹.

2.17. LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO - Investigación para la Salud - CAPITULO ÚNICO

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- ❑ Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- ❑ Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- ❑ A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- ❑ Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- ❑ Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- ❑ A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se

constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- Solicitud por escrito;
- Información básica farmacológica y pre-clínica del producto;
- Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- Protocolo de investigación, y
- Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables²².

2.18. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICAL MUNDIAL

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédicas con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Medica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Medica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Medica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Medica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son solo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de su propio país.

I. PRINCIPIOS BASICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque el haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.

5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entran se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se citan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome

parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hace imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional. Cuando el menor de edad esta de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

II. INVESTIGACION MÉDICA COMBINADA CON ATENCION PROFESIONAL (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes --incluidos aquellos de un grupo de control, si los hay-- se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.

4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, el debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviara al comité independiente (I.2)

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, solo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

III. INVESTIGACION BIOMEDICA NO TERAPEUTICA EN SERES HUMANOS (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.

2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.

4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona²³.

2.19. ESTADO DEL ARTE

1) Autor: Tay Kcont, Flor de María; Puell Ramírez, Lucie; Neyra, Luis; Seminario, Alain.

Título: “Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas”

Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas en abortos de adolescentes (10 - 19 años). Diseño: Estudio retrospectivo en el Hospital de Apoyo III - Sullana, revisando las 947 historias clínicas, que corresponden al total de gestantes adolescentes atendidas durante los años 2002 y 2003. Se les comparó con un número idéntico de gestantes entre 20 y 34 años (grupo control). El análisis estadístico se efectúa en base a frecuencias, porcentajes, desviación estándar, prueba de chi cuadrado. Los resultados fueron: la incidencia de abortos en adolescentes fue 12,9 por ciento la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8 por ciento se encontraba entre 18 y 19 años. El 54 por ciento era conviviente y 7,2 por ciento soltera. El 75 por ciento, 8 por ciento era primigesta.

Se encontró relación entre gestación en adolescentes y las complicaciones pos aborto, hemorragias, infecciones, infecciones nosocomiales, pre eclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia.

Conclusión: La gestación en adolescentes es un riesgo para la madre como para el recién nacido, por los que se debe promover la atención integral del adolescente, con el fin de evitar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas a prácticas deficientes y asépticas.

2) Autores: Dr. Carlos Guerra Verdecia,1 Dra. Natalia Hernández Fonseca.

Título: “Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico” Diciembre 2006

Se realizó un estudio retrospectivo de 256 pacientes que tuvieron el diagnóstico Operatorio de embarazo ectópico en el período comprendido desde el 1ro. De enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 2006, ambos inclusive, en el Servicio de Ginecología del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo, provincia Granma, con el objetivo de conocer la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos diagnósticos y terapéuticos en esta entidad. Se estudiaron variables como: edad, paridad, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, localización y operación realizada; se utilizaron técnicas de estadísticas descriptivas como la del porcentaje, y de significación estadística como el Chi cuadrado y la diferencia entre proporciones, tomándose como valores significativos de $p < 0,01$.

El 37,9 % de las pacientes tenía entre 19 y 24 años y en este grupo de edad el 15,4 % había padecido de inflamación pélvica con diferencias significativas con respecto a otros grupos de edad ($p < 0,01$). Los factores pre disponentes que aparecen en los primeros lugares fueron: inflamación pélvica, esterilidad y legrados con el 37,9; 26,6 y 19,5 %, respectivamente.

El método más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %). Las principales complicaciones fueron la anemia (62,1 %) y el shock hipovolémico (25,3 %).

3) Autor: Nancy Rodríguez Ortega

Título: “Iatrogenia relacionada con el acto de enfermería: diagnóstico en las de ginecología” 2003

El profesional de enfermería al igual que otros profesionales de la salud no es ajeno a la iatrogenia ocasionada por sus actos. El objetivo fue diagnosticar la iatrogenia relacionada con el acto de enfermería obstétrica que se presentó en el año 2002 en las Unidades de ginecología de dos instituciones de tercer nivel de la

ciudad de Bogotá, D.C.

Materiales y métodos: se realizó una extensa revisión bibliográfica sobre el tema de la iatrogenia entre las que resaltan son el manejo de registros de enfermería, lavado de manos y punción venosa, que están relacionadas con el acto de enfermería tanto a nivel nacional como internacional y para complementar la revisión se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y retrospectivo en el cual se recolectaron todos los incidentes reportados en el año 2002 relacionados con el acto de enfermería, la hora, tipo y las consecuencias del incidente, los protocolos o guías de atención clínica relacionadas con los incidentes establecidas por cada institución, las medidas correctivas tomadas según el tipo de incidente, además de analizar las características de cada unidad.

Resultados: a la institución uno ingresaron a las unidades de ginecología 1.286 pacientes y a la institución dos ingresaron 2.467 pacientes, de los cuales 1,71% y 0,56% respectivamente presentaron algún tipo de iatrogenia relacionada con el acto de enfermería. El tipo de incidente, la hora y las otras variables que se contemplaron en el estudio variaron en cada institución.

Conclusiones: la iatrogenia con los actos de enfermería encaminados a la realización de procedimientos estandarizados y actividades de cuidado básico representaron el mayor porcentaje en las dos instituciones. Las implicaciones para el paciente no tuvieron consecuencias fatales como lo reporta la literatura. Las medidas correctivas ante la presencia de incidentes fueron aplicadas en las dos instituciones pero variaron de acuerdo con el reglamento y las políticas internas de cada institución.

4) Autor: Ivette Mulens Ramos

Titulo: “Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo”25 SEP 07

Estudio cualitativo proveen evidencias que el aborto espontáneo es considerado un evento traumático para la vida de la mujer, las esperanzas en el futuro, la vinculación con el nuevo ser que va a nacer conllevan a reacciones emocionales complejas cuando se frustran los deseos ante la aparición involuntaria del aborto

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la prestación de cuidados de enfermería a las pacientes que sufren la pérdida espontánea del producto de la concepción. Se analizan los cuidados de enfermería enfocados en las respuestas bio-psicosociales ante este problema de salud, utilizando como marco teórico el modelo de adaptación de Callista Roy.

Se brindan consideraciones sobre la prestación de cuidados con un enfoque social y humano. Se emiten conclusiones con relación a las respuestas humanas ante el aborto espontáneo y sobre el cuidado enfermero desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, tomando en consideración la valoración de la conducta y de los estímulos que puedan influir en la adaptación de la mujer en situación de aborto.

Consideraciones finales

El aborto Espontáneo constituye un evento de salud devastante para la mujer, la pareja y su familia. La revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería enfatiza en el cuidado enfermero desde una perspectiva integradora, de desarrollo humano y social, desde el mismo momento en que la paciente arriba al servicio. Es necesario considerar las respuestas humanas ante el aborto espontáneo desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. El modelo de adaptación de Callista Roy permite analizar las dimensiones del cuidado enfocado hacia el logro de mecanismos de adaptación positivos de la mujer que vivencia la pérdida espontánea del producto de la concepción.

5) Autor: Lena María Barros, Raimunda Magalhães da Silva.

Titulo. Autonomía de la enfermera que asiste en abortos en Brasil,
July/Dec. 2007

Objetivo: Identificar los factores que interfieren con la autonomía de la enfermera en la asistencia en abortos.

Metodología: Investigación cualitativa, estudio exploratorio con 9 enfermeras de 4 centros obstétricos de maternidades públicas de São Luís, Maranhão, Brasil, entre abril y mayo de 2005, con utilización de entrevistas grabadas.

Resultados: La autonomía de la enfermera en la asistencia al parto normal está influenciada por el poder médico y su propia sumisión, por el desconocimiento sobre el respaldo legal que asegura la actuación del enfermero en esta área del cuidado, por la deficiencia de conocimiento técnico-científico para el manejo del parto y por la sobrecarga en el trabajo cotidiano, que provoca una respuesta de dependencia e inseguridad profesional.

Conclusión: Es necesaria la movilización y la unión de esfuerzos de esta categoría para la construcción de su base de autonomía, basada fundamentalmente en la competencia y en la definición de roles.

6) Autor: HENRY ESPINOZA, BERNARDO HERNÁNDEZ, LOURDES CAMPERO,

Título: “Muertes maternas por aborto en México” 2001

Objetivo: Desarrollar un procedimiento para investigar las muertes de mujeres embarazadas, o puérperas y determinar si estuvieron o no asociadas con la práctica de abortos inseguros o con violencia doméstica.

Metodología: El estudio se desarrolló en dos localidades: el estado de Morelos y el municipio de Netzahualcóyotl. A través del registro epidemiológico de muertes se identificaron los decesos de mujeres en edad reproductiva (12-50 años) del 2001 en ambas localidades. El procedimiento del estudio comenzaba con la

clasificación de certificados de defunción. Se desarrolló una lista de criterios, bajo los cuales un certificado se consideraba como un caso de muerte materna establecida o posible. De acuerdo con los procedimientos, a partir de estos casos se recababa información de los familiares o amigos de la fallecida usando la técnica de autopsia verbal, y cuando estaban disponibles, se obtenía información de los expedientes clínicos y los informes forenses.

Resultados: Las principales dificultades que se enfrentaron durante la implementación de este procedimiento de investigación fueron, en mayor grado, el retraso en la captación de los certificados de defunción por parte del sistema de salud y el no acceso a expedientes médicos.

En menor grado, las dificultades fueron ubicar domicilios, encontrar informantes concedores de los detalles alrededor de la muerte, revelación de información sensible, particularmente en el caso de muertes de adolescentes que presentaron asistencia por abortos.

Conclusiones: El procedimiento que desarrollamos nos permitió investigar, a través de la técnica de autopsia verbal, un número selecto de muertes de mujeres embarazadas o puérperas, cuyas causas de muerte estuvieron relacionadas con abortos y sus complicaciones.

Los investigadores sugieren que las instituciones médicas definan mecanismos bajo los cuales se pueda estrechar la colaboración para realizar investigaciones relevantes, para que a partir de los resultados, las autoridades de salud puedan tomar acciones eficaces en su lucha por reducir la mortalidad materna en México.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

★ De campo:

Se capta la información directamente de la realidad donde se desarrolla el fenómeno

★ Transversal:

Ya que se desarrollo en un solo "momento" concreto del tiempo

★ Correlaciónal:

Tienen como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables.

★ PERIODO EN EL QUE SE CAPTA LA INFORMACIÓN

Prospectivo, Información obtenida durante el desarrollo del fenómeno

★ UNIVERSO DE ESTUDIO

Personal de enfermería de turno vespertino de los servicios de urgencias gineco, unidad toco quirúrgica y hospitalización gineco.

★ TIPO DE MUESTRA

No probabilístico a conveniencia

★ MUESTRA

Personal de enfermería de turno vespertino de los servicios de urgencias gineco unidad toco quirúrgica, hospitalización gineco que tengan a su cargo usuarias que hayan presentado eventos de aborto a partir del 01 de Abril al 27 de Mayo del 2007. Se tomaron 15 enfermeras del turno vespertino a las cuales se les realizó estudio de sombra en la atención de 25 pacientes durante el tiempo de estudio.

★ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermería de turno vespertino de los servicios de urgencias gineco, unidad toco quirúrgica y hospitalización gineco que tengan a su cargo una paciente con aborto.

★ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal de enfermería de los servicios de urgencias gineco, unidad toco quirúrgica y hospitalización gineco que no tengan a su cargo una paciente con patología de aborto.

★ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Personal de enfermería de turno vespertino que no pertenezca a los servicios de urgencias gineco, unidad toco quirúrgico y hospitalización gineco.

3.2 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Instrumento 1:

Prueba piloto

Estudio de sombra realizado a 10 enfermeras mediante lista de cotejo que contiene las técnicas más usadas de unidades de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica de con una escala distribuida en los siguientes rangos, acorde a una escala de Likert:

Muy Bien
Bien
Regular
Deficiente

De esta misma lista se obtienen los puntos más importantes de riesgo por déficit de atención de pacientes con aborto.

Instrumento 2:

Elaboración de un cuestionario de evaluación conformado por 12 ítems los cuales se aplicaron a 15 enfermeras, que atendieron a un total de 25 usuarias; con opción en los siguientes rangos:

Una punción	SIEMPRE
2 punciones	CASI SIEMPRE
3 punciones	ALGUNAS VECES
Más de 3 punciones	NUNCA

3.3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

- Recolección de información bibliográfica, referente al tema de la relación existente entre el aborto en pacientes de 15 a 30 años y sus complicaciones, por la deficiencia de aplicación en las técnicas de enfermería.
- Selección y organización de información de esta.
- Elaboración de instrumentos de evaluación, cotejo, cuestionarios y de hojas de consentimiento informado
- Evaluación de conocimientos mediante la aplicación de los instrumentos ya mencionados.
- Análisis de datos recolectados así como su graficación, posterior elaboración de resultados.

3.4 DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Estudio de sombra mediante lista de cotejo que contiene la técnica a realizar en unidad de urgencias adultos y unidad toco quirúrgica desglosada:

- a) Lavado de manos
- b) Valoración de paciente ginecológica
- c) Toma de signos vitales
 - 1. Tensión arterial
 - 2. Frecuencia cardíaca
 - 3. Frecuencia respiratoria
 - 4. Temperatura
- d) Venopunción
 - Una sola punción
 - De una a 2 punciones
 - De 2 a 3 punciones
 - Más de 3 punciones
- e) Preparación quirúrgica (colocación de bata, gorro, vendaje en miembros pélvicos o botas)
- f) Técnicas de asepsia y antisepsia (centro a periferia, limpio a sucio y de arriba hacia abajo)

Elaboración de un cuestionario de autoevaluación conformado por 10 reactivos estructurados por escala de Likert, con las opciones siguientes: Sí, Casi siempre, Algunas veces, Nunca. Evaluados con una escala distribuida en los siguientes rangos:

Muy Bien = Siempre

Bien = CASI SIEMPRE

Regular = ALGUNAS VeCES

Deficiente = NUNCA

3.5 ASPECTOS LEGALES

Se realiza la investigación en el hospital de especialidades Dr. “Belisario Domínguez” sin dañar la integridad física o moral de los participantes dentro de la investigación.

CAPITULO IV

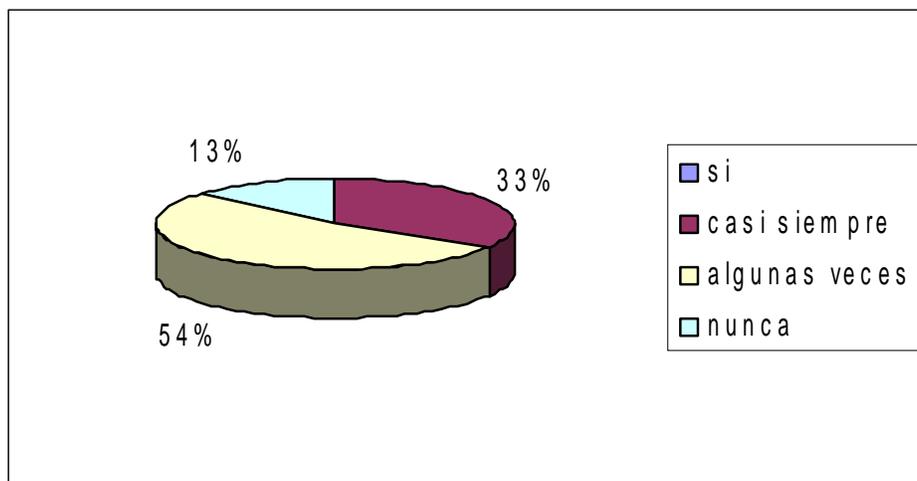
RESULTADOS

Valoración individualizada por parte de la enfermera a las pacientes con amenaza de aborto TABLA 1

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	5	33%
ALGUNAS VECES	8	54%
NUNCA	2	13%

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 1
VALORACION**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

El personal adscrito al servicio de urgencias Gineco Obstetricia no valora a las usuarias de 15 a 30 años con aborto a comparación de pacientes con otras patologías, el 54% realiza valoraciones individualizadas solo por indicación médica, el 33% realiza valoración al ingresar pacientes con aborto por iniciativa propia y el 13% no realiza valoraciones individualizadas a comparación con otras patologías.

Valoración y entrevista mental y social a pacientes con aborto

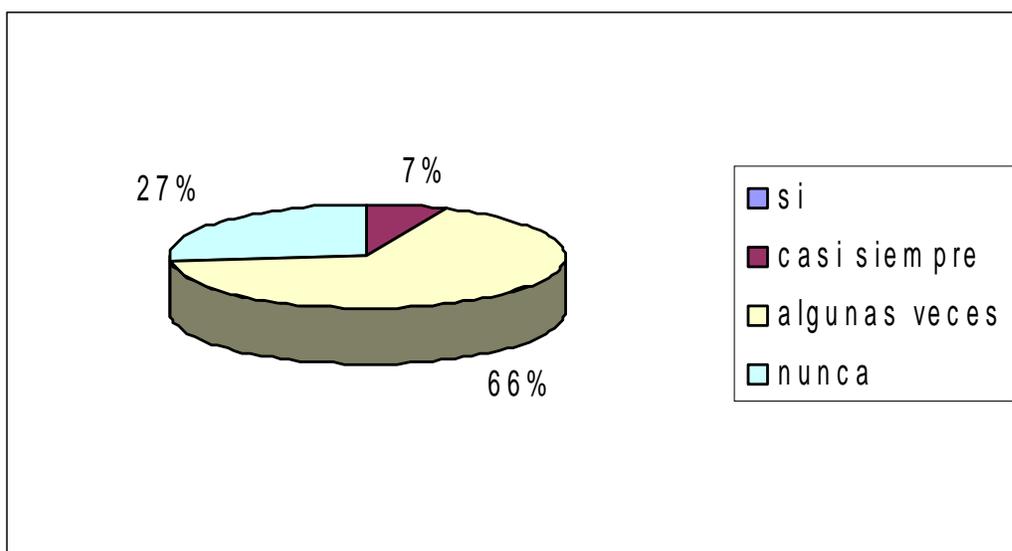
TABLA 2

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	0	0
CASI SIEMPRE	1	7 %
ALGUNAS VECES	10	66 %
NUNCA	4	27 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

GRAFICO 2

VALORACIÓN Y ENTREVISTA FÍSICA MENTAL Y SOCIAL



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANÁLISIS DE GRÁFICA:

En el servicio de urgencias Gineco Obstetricia del turno vespertino del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” el personal no realiza valoraciones físicas, mentales orientación y sociales a pacientes de 15 a 30 años con aborto de manera independiente, un 7% realizan estas actividades en conjunto con el médico, 66% lo realiza algunas veces con apoyo de instrumentos de valoración y con ayuda del médico y un 27% no realiza esta actividad indicando que es actividad medica.

Prevención de complicaciones por falta de atención a pacientes con aborto

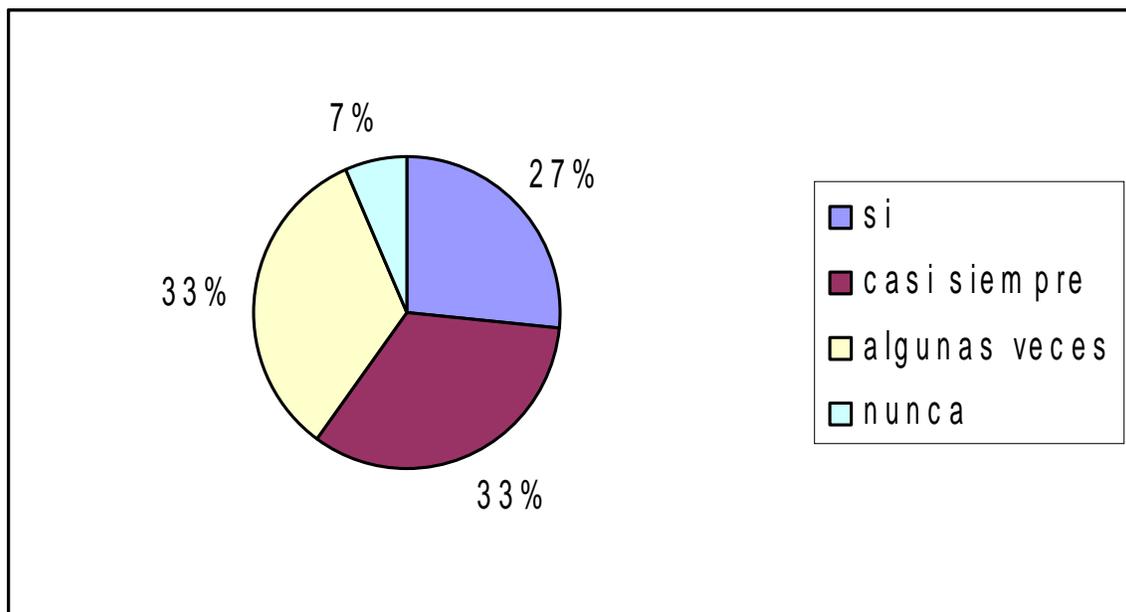
TABLA 3

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	27 %
CASI SIEMPRE	5	33 %
ALGUNAS VECES	5	33 %
NUNCA	1	7 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

GRAFICO 3

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POR FALTA DE ATENCIÓN



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANÁLISIS DE GRÁFICA:

El 27% del personal en los servicios de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” conoce y previene complicaciones por falta de atención tales como son hemorragias e infecciones en pacientes de 15 a 30 años con aborto de manera independiente, un 33% casi siempre y/o algunas veces por indicación médica o con ayuda de este y un 7% lo realiza por indicación médica ya que no conoce cuales son.

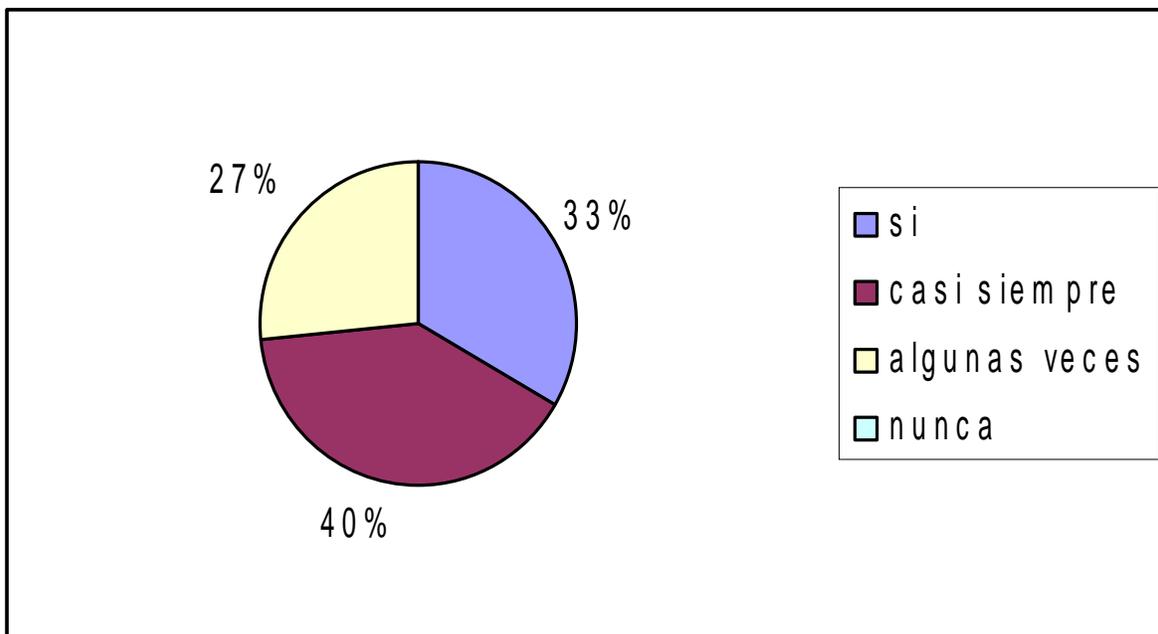
Preparación adecuada a pacientes que ingresan a la unidad de toco cirugía por complicaciones de aborto

TABLA 4

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	33 %
CASI SIEMPRE	6	40 %
ALGUNAS VECES	4	27 %
NUNCA		

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 4
PREPARACIÓN QUIRÚRGICA**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En el servicio de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” el 33%del personal realiza una preparación adecuada tanto física (colocación de bata, gorro, venda en miembros pélvicos o botas) así como psicológica adecuada, de manera independiente a las pacientes de 15 a 30 años con aborto, el 40% realiza esta actividad por indicación médica y el 27%lo realiza con ayuda de alguna compañera.

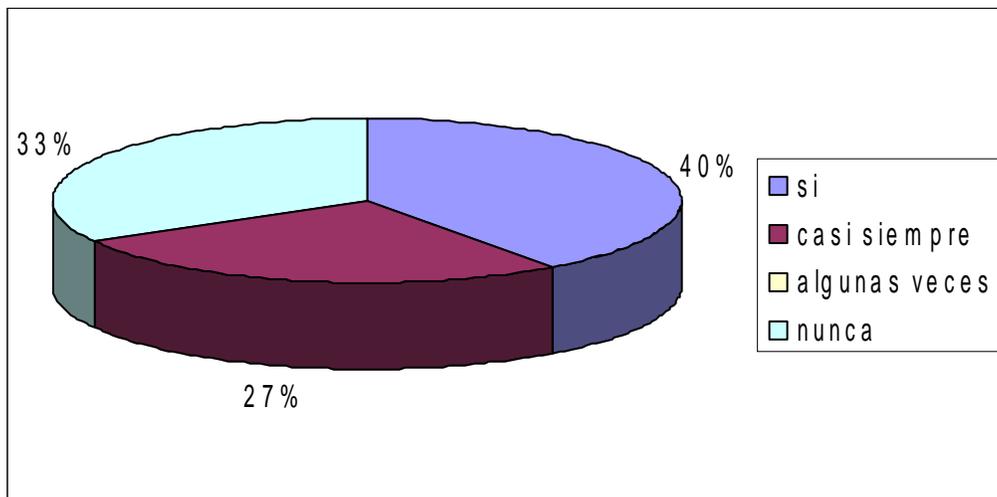
Técnica de lavado de manos

TABLA 5

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	40 %
CASI SIEMPRE	4	27 %
ALGUNAS VECES		
NUNCA	5	33 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 5
LAVADO DE MANOS**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En los servicios de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades "Dr. Belisario Domínguez" el 40% del personal realiza una técnica adecuada de lavado de manos, el 27% falla en uno o dos pasos establecidos y el 33% no realiza esta actividad manifestando que se trata de una urgencia médica o lo realiza al ingreso al servicio, pero aunque en su mayoría realizan una técnica adecuada, se realiza un secado de manos con una sabana, bata o campo total o parcialmente húmedo por lo cual se rompe esta armonía.

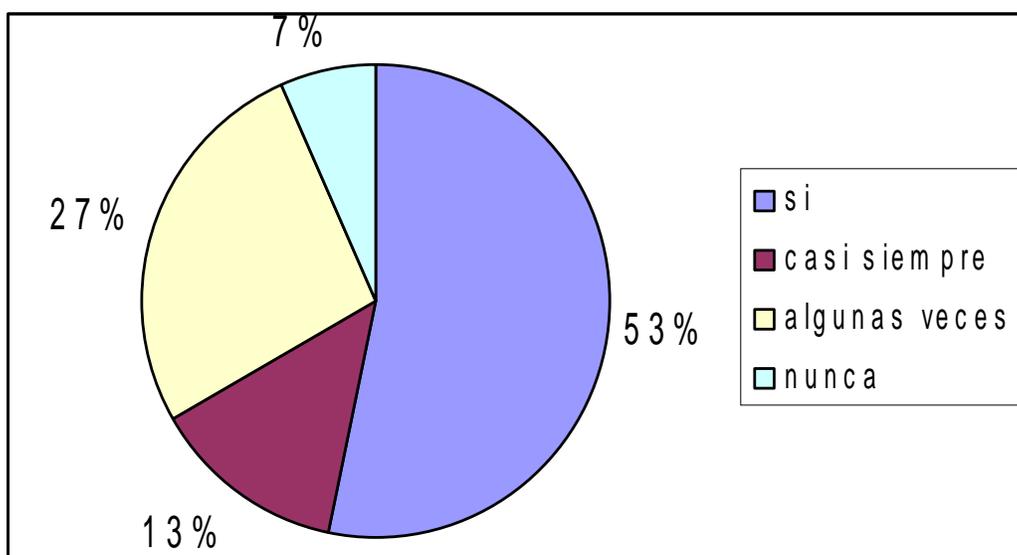
Toma de signos vitales a pacientes con aborto

TABLA 6

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	8	53 %
CASI SIEMPRE	2	13 %
ALGUNAS VECES	4	27 %
NUNCA	1	7 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 6
SIGNOS VITALES**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” el 53% del personal realiza valoración constante de signos vitales de forma independientemente a pacientes de 15 a 30 años con aborto, el 13% lo realiza bajo indicación médica, el 27% lo realiza solo al ingreso y termino del turno mientras un 7% no realiza esta actividad, y solo repite las cifras.

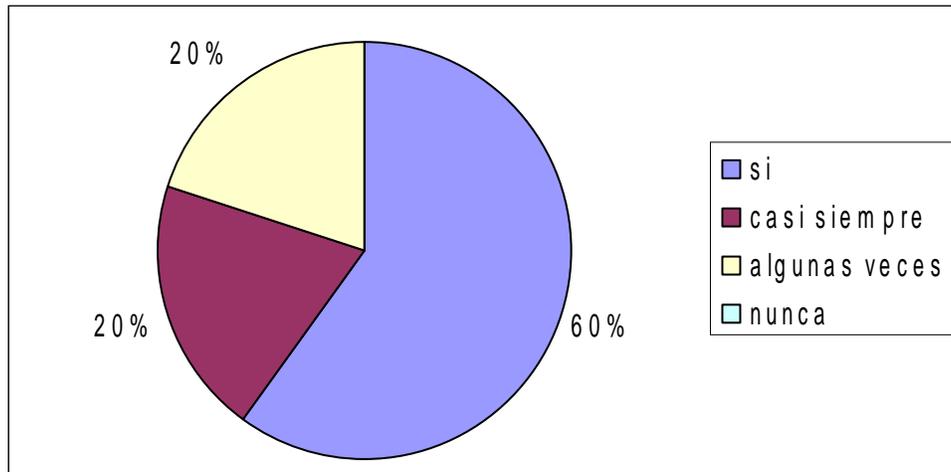
Registro adecuado de signos vitales en hojas de enfermería

TABLA 7

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	9	60 %
CASI SIEMPRE	3	20 %
ALGUNAS VECES	3	20 %
NUNCA		

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

GRAFICO 7
REGISTRO DE SIGNOS VITALES



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En el servicio de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades "Dr. Belisario Domínguez" el 60% del personal llevan un registro adecuado de signos vitales en hojas de enfermería, el 20% realiza esta actividad por indicación médica y el 20% solo realiza estas anotaciones al ingreso del turno sin otra valoración del paciente o comunicación con él.

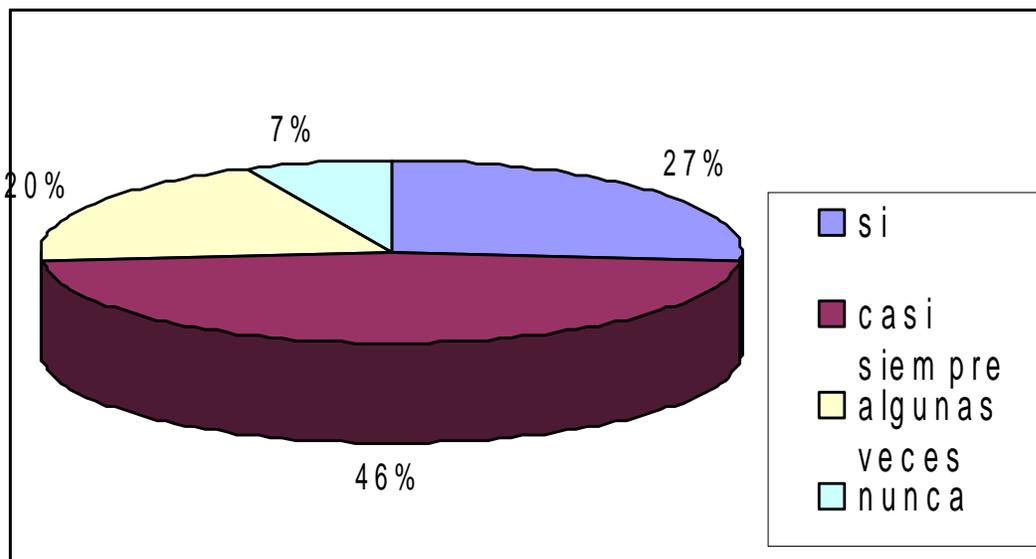
Valoración de sangrado transvaginal mediante toalla testigo.

TABLA 8

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	27 %
CASI SIEMPRE	7	46 %
ALGUNAS VECES	3	20 %
NUNCA	1	7 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

GRAFICO 8
SANGRADOS



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

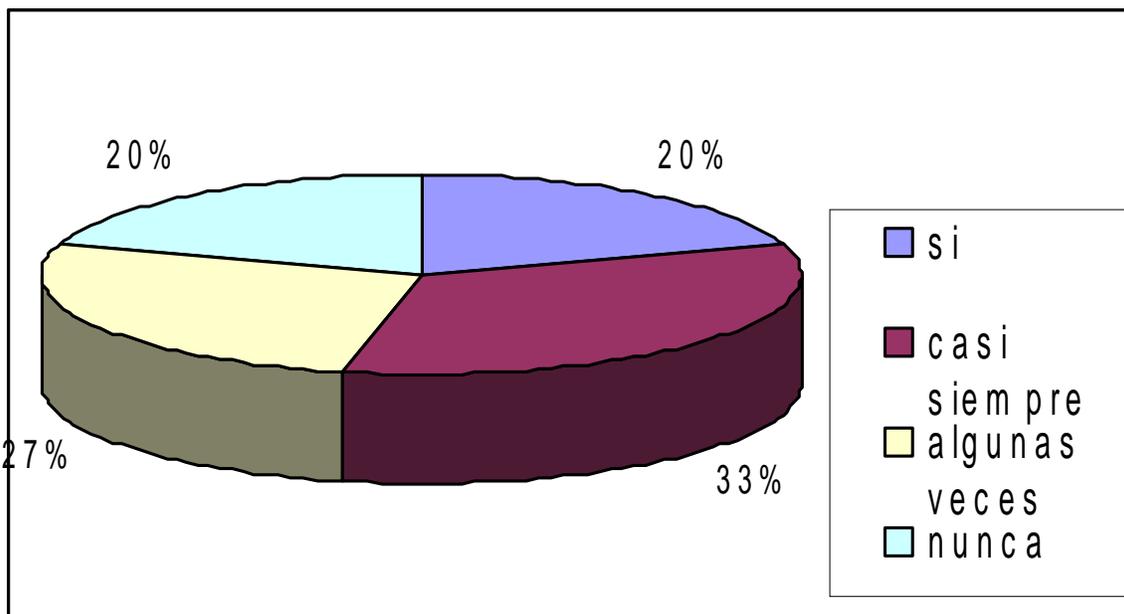
En los servicios de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del hospital de especialidades "Dr. Belisario Domínguez" el 27% del personal realiza valoración continua de sangrado transvaginal a pacientes de 15 a 30 años con aborto mediante toalla testigo y por iniciativa propia, el 46% lo realiza solo si está indicado por personal médico, el 20% solo lo realiza una vez en durante el turno y el 7% no conoce las técnicas de cómo realizar esta actividad por lo cual no realiza esta actividad.

**Preparación física y mental para venopuncion
TABLA 9**

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	20 %
CASI SIEMPRE	5	33 %
ALGUNAS VECES	4	27 %
NUNCA	3	20 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 9
PREPARACIÓN FÍSICA Y MENTAL**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En los servicios de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” el 20% del personal realiza una preparación física, mental y de material para venopunción a pacientes de 15 a 30 años con aborto, el 33% solo preparan psicológicamente a las pacientes a si como el material a utilizar, el 27% solo preparan el material indicando, y el 20% no prepara a la paciente para esta actividad sin contar con el material necesario adecuado al paciente manifestando que se tratan de una urgencia médica.

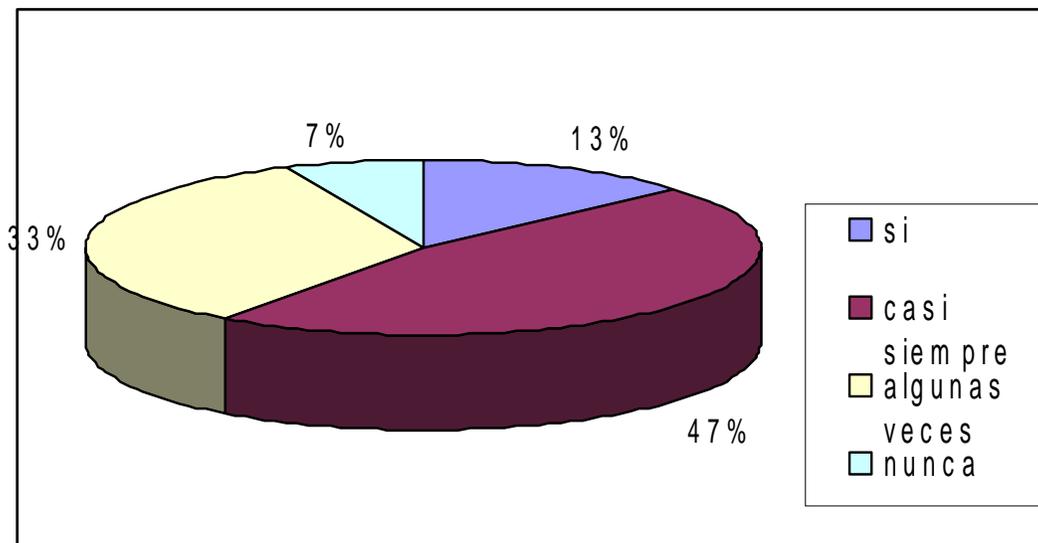
Total de venopunciones a pacientes que acuden al servicio de tóco cirugía

TABLA 10

PREGUNTA	PUNCIONES	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	1	2	13 %
CASI SIEMPRE	2	7	47 %
ALGUNAS VECES	3	5	33 %
NUNCA	MÁS DE 3	1	7 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad tóco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 10
VENOPUNCION**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad tóco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANÁLISIS DE GRÁFICA:

En el servicio de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” el 13% del personal realiza una adecuada técnica de veno punción a pacientes de 15 a 30 años con aborto realizando solo una punción, el 47% realizan dos punciones en un brazo, el 33% tres punciones en ambas extremidades superiores y el 7% realizan más de tres punciones en miembros torácicos.

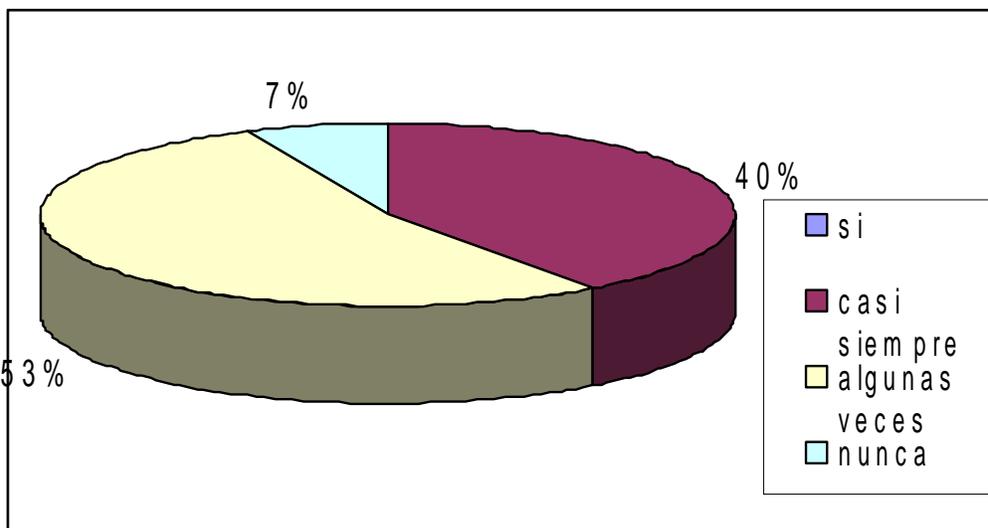
Técnica adecuada de asepsia y antisepsia a usuarias que acuden con aborto

TABLA 11

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE		
CASI SIEMPRE	6	40 %
ALGUNAS VECES	8	53 %
NUNCA	1	7 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

TÉCNICA DE ASEPSIA ANTISEPSIA GRAFICO 11



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En el servicio de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica el 40% del personal adscrito realiza buenas técnicas de asepsia y antisepsia sin seguir la regla de centro a periferia, el 53% realizan esta actividad con ayuda de alguna compañera y el 7% lo realiza de manera ineficiente sin seguir técnicas establecidas manifestando que se trata de una urgencia.

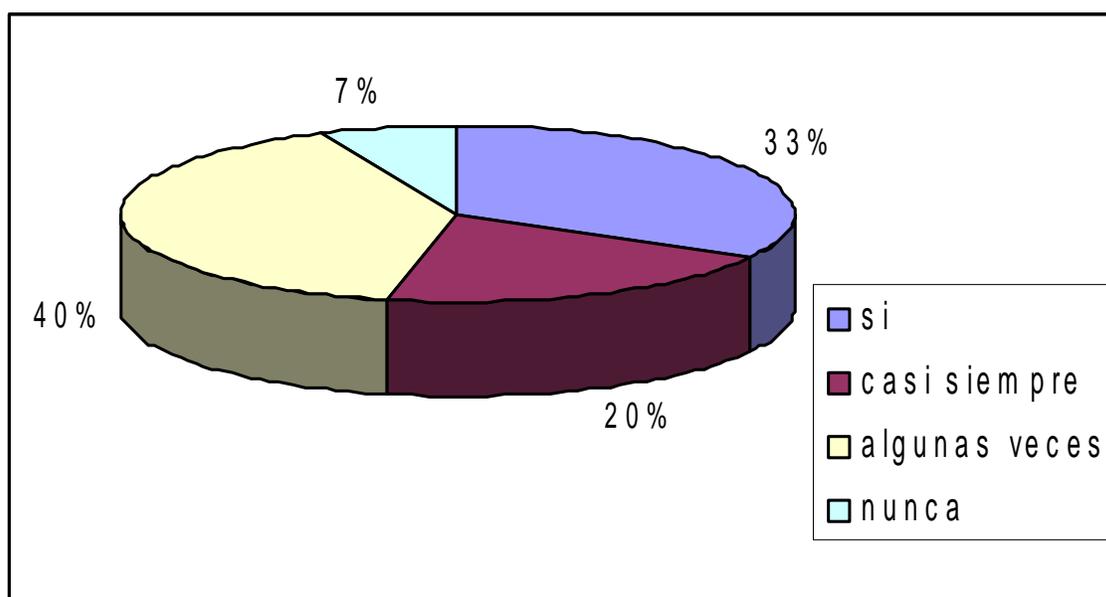
Actividades de prevención de complicaciones toma de signos vitales, signos de infección, sangrados continuos a si como del estado de conciencia

TABLA 12

PREGUNTA	VALOR	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	
CASI SIEMPRE	3	40 %
ALGUNAS VECES	6	53 %
NUNCA	1	7 %

Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

**GRAFICO 12
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN**



Fuente: Cuestionario realizado a personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica del hospital de especialidades Dr. Belisario Domínguez del 01 de abril al 25 de mayo del 2009

ANALISIS DE GRAFICA:

En el servicio de urgencias Gineco Obstetricia y unidad Toco Quirúrgica del turno vespertino del hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” el 33% del personal realizan actividades de prevención de complicaciones a pacientes de 15 a 30 años con aborto valorando continuamente signos vitales y sangrados continuos a si como del estado de conciencia, el 20% lo realiza solo bajo indicación médica , un 40% lo realiza al inicio y termino del turno y con apoyo de algún médico y el 7% no conoce la adecuada prevención de complicaciones indicando que no es su servicio.

CAPITULO V

5.1. DISCUSION

De acuerdo al estudio de Kcont y colaboradores sobre embarazo del adolescente: complicaciones obstétricas se encontró que las principales complicaciones postaborto fueron: hemorragias infecciones, infecciones nosocomiales, pre eclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia. En la gestión del adolescente se recomendó promover la atención integral de la madre y el niño para evitar embarazos no deseados y las complicaciones asociadas a prácticas deficientes.

En el estudio realizado las principales complicaciones fueron infecciones nosocomiales principalmente en las áreas de venopunción y hemorragias en relación al tiempo de estancia que fue de 2 a 3 días que coinciden con algunas de las complicaciones mencionadas en el estudio de Kcont.

Rodríguez Ortega presento un estudio sobre “Iatrogenia relacionada con el acto de enfermería: diagnóstico en las de ginecología” 2003

El profesional de enfermería al igual que otros profesionales de la salud no es ajeno a la iatrogenia ocasionada por sus actos. El objetivo fue diagnosticar la iatrogenia relacionada con el acto de enfermería obstétrica que se presentó en el año 2002 en las Unidades de ginecología de dos instituciones de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, D.C.

Materiales y métodos: se realizó una extensa revisión bibliográfica sobre el tema de la iatrogenia entre las que resaltan son el manejo de registros de enfermería, lavado de manos y punción venosa, que están relacionadas con el acto de enfermería tanto a nivel nacional como internacional y para complementar la revisión se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y retrospectivo en el cual se

recolectaron todos los incidentes reportados en el año 2002 relacionados con el acto de enfermería, la hora, tipo y las consecuencias del incidente, los protocolos o guías de atención clínica relacionadas con los incidentes establecidas por cada institución, las medidas correctivas tomadas según el tipo de incidente, además de analizar las características de cada unidad.

Resultados: a la institución uno ingresaron a las unidades de ginecología 1.286 pacientes y a la institución dos ingresaron 2.467 pacientes, de los cuales 1,71% y 0,56% respectivamente presentaron algún tipo de iatrogenia relacionada con el acto de enfermería. El tipo de incidente, la hora y las otras variables que se contemplaron en el estudio variaron en cada institución.

Conclusiones: la iatrogenia con los actos de enfermería encaminados a la realización de procedimientos estandarizados y actividades de cuidado básico representaron el mayor porcentaje en las dos instituciones.

Al comparar los resultados por iatrogenias producidas por enfermería en actos obstétricos, se encuentra una similitud en los resultados encontrados como fueron manejo de registros de enfermería, lavado de manos y punción venosa, más las hemorragias que fue la complicación que se presentó en el estudio, la preparación quirúrgica, fueron hallazgos que se encontraron y que difieren del estudio mencionado.

5.2. CONCLUSIONES

GENERAL

Con base a los datos obtenidos sobre las intervenciones de enfermería a pacientes de 15 a 30 años que presentan aborto, los resultados demuestran que la falta de capacitación , actualización y de insumos como de manuales por parte del personal de enfermería en los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica, del hospital Dr. Belisario Domínguez no se proporciona la calidad del cuidado que corresponde se podría limitar o eliminar a través de los procedimientos oportunos del cuidado y con ello prevenir padecimientos como son hemorragias, infecciones de vías urinarias, infecciones intra hospitalarias y peritonitis entre otras.

Los datos e índices registrados en la CONAPO e INEGI los cuales muestran un incremento del 48 a 64% de seguimiento de 10 años en pacientes registradas, que acuden a servicios médicos por complicaciones de abortos mal practicados e iatrogenias por parte del personal mal capacitado se recomienda enfatizar en programas de actualización, para la atención y prevención de complicaciones en pacientes con aborto, principalmente en valoración generalizada, preparación quirúrgica, toma y registro de signos vitales, venopuncion, técnicas de asepsia y antisepsia pero primordialmente en lavado de manos, para lograr evitar futuras complicaciones logrando disminuir las cifras e incluso las defunciones en las usuarias.

ESPECÍFICOS

- La falta de información para realizar procedimientos a pacientes de 15 a 30 años con aborto, por parte del personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica podría favorecer un buen pronóstico si se enfatiza en la mejora de atención.
- La falta de instrumentos de valoración y manuales de procedimientos en los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad de toco cirugía en pacientes de 15 a 30 años con aborto entorpecen la intervención oportuna de enfermería, para realizar entrevistas, y valoraciones continuas para prevención de complicaciones.
- La falta de preparación como es colocación de gorro y botas a pacientes, por parte de algunos miembros del personal de enfermería del servicio de urgencias gineco obstetricia y unidad de toco cirugía al realizar procedimientos y uso de materiales e insumos ayudarían a favorecer a el buen pronostico a pacientes de 15 a 30 años que presentan aborto evitando complicaciones ulteriores.
- Las intervenciones oportunas del personal adscrito de enfermería; tales como: toma de signos vitales, reglas de asepsia y antisepsia, lavado de manos, aseo vulvo perineal y veno punción principalmente, evitarían complicaciones intra hospitalarias en pacientes con aborto de 15 a 30 años que acude a los servicios de urgencias gineco, unidad toco quirúrgica.

GLOSARIO

ABORTO: del latín: *abortus* o *aborsus*, de *aborior*, "contrario a *orior*", "contrario a nacer" es la interrupción provocada del desarrollo vital del feto, antes de que éste haya alcanzado las 20 semanas de gestación. Posteriormente la interrupción se denomina *parto pretérmino*. Es distinto, por tanto, del "aborto espontáneo", que se refiere al hecho que se presenta de manera natural y sin que medie voluntad de eliminar al *nasciturus* (el que ha de nacer) por parte de la madre o por parte del médico que atiende el trabajo de parto.

ANTISEPSIA: Conjunto de procedimientos y prácticas destinados a impedir la colonización o destruir los gérmenes patógenos en especial por medio de agentes químicos.

ASEPSIA: Ausencia de infección por carencia absoluta de microorganismos patógenos, aplicación de procedimientos encaminados a lograr tal fin.

CASO PROBABLE: Es una persona sospechosa de infección, en cuya historia se observa que la enfermedad que obligó a su hospitalización no es la causa del cuadro infeccioso descubierto

CIENCIA: La ciencia (del latín *scientia* 'conocimiento') es la recopilación y desarrollo previo a la experimentación metodológica (o accidental) del conocimiento.

EPIDEMIOLOGÍA: Es un estudio de las causas de aparición, resurgimiento y propagación de las enfermedades.

Es el conocimiento sistematizado, elaborado mediante observaciones, razonamientos y pruebas metódicamente organizadas

ESTERILIZACIÓN: Destrucción de todas las formas de vida de los microorganismos, incluyendo esporas bacterianas termo resistentes: se puede llevar a cabo por procesos físicos o químicos.

ESTUDIO LONGITUDINAL: Se desarrollan durante un "período" definido de tiempo y suponen trabajar con dos bloques de información relativos a la misma población, la existente al comienzo del periodo de tiempo en estudio y la obtenida.

ESTUDIO OBSERVACIONAL: Son un conjunto de estudios epidemiológicos en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio. Tipos de estudios observacionales

ESTUDIO TRANSVERSAL Se desarrollan en un "momento" concreto del tiempo.

HIPOTESIS: Dentro de la investigación científica, *las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables*. Las hipótesis se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados.

INFECCIÓN: Penetración, desarrollo y multiplicación de organismos patógenos a los tejidos del hospedero provocando reacción orgánica.

INVESTIGACION CIENTIFICA: La Investigación es un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante y fidedigna (digna de fe y crédito), para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. Las hipótesis indican lo que andamos buscando o tratando de probar. Son explicaciones tentativas del fenómeno que se investiga y que se formulan a manera de proposiciones.

Las variables adquieren valor para la investigación científica cuando se pueden relacionar unas con otras, porque pasan a formar parte de hipótesis y teorías.

LAVADO DE MANOS: El lavado de manos es la principal medida para evitar las infecciones nosocomiales de origen exógeno. Así, en el año 1846 Semmelweis fue

el primero que relacionó el lavado de manos con la transmisión de enfermedades infecciosas.

METODOLOGÍA: del griego (metà "más allá" odòs "camino" logos "estudio"). Se refiere a los métodos de investigación que se siguen para alcanzar una gama de objetivos en una ciencia. Aun cuando el término puede ser aplicado a las artes cuando es necesario efectuar una observación o análisis más riguroso o explicar una forma de interpretar la obra de arte. En resumen son el conjunto de métodos que se rigen en una investigación científica o en una exposición doctrinal.

MUESTRA: Se llama muestra al grupo de sujetos (personas, animales, seres microscópicos u objetos inanimados) que se utilizarán como objeto de estudio en una investigación. Será a ellos a quienes se les aplique el procedimiento experimental (las pruebas, mediciones, entrevistas, encuestas, tratamientos médicos farmacológicos o no farmacológicos) y serán ellos los que, distribuidos o no en dos o más grupos, cada uno de éstos con una condición experimental específica, nos darán, después del análisis de los resultados, la respuesta positiva o negativa a la pregunta que generó el desarrollo de la investigación, respuesta que se expresará, por medio de una publicación científica, a través de una serie de conclusiones.

OBJETIVO: un propósito o meta que se propone a cumplir en un lapso definido de tiempo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: El planteamiento del problema de la investigación es la delimitación clara y precisa del objeto de la investigación que se realiza por medio de preguntas, lecturas, encuestas pilotos, entrevistas, etc. La función del planteamiento del problema consiste en revelar al investigador si su proyecto de investigación es viable, dentro de sus tiempos y recursos disponibles.

POBLACIÓN: Una población es un grupo de personas, u organismos de una especie particular, que viven en un área geográfica, o espacio, y cuyo número se determina normalmente por un censo.

PRESIÓN ARTERIAL: Es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales. El periodo de contracción muscular cardiaca se denomina sistole y el de relajación diástole.

PROBLEMA: La determinación del problema es una operación mediante la cual se especifica claramente y de un modo concreto sobre qué se va a realizar la investigación.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION:El protocolo de investigación es un documento ilustrativo de lo que pensamos hacer para alcanzar los objetivos que pretendemos alcanzar cuando realicemos la investigación que proponemos, responde a las preguntas de qué, cómo, cuándo, cuánto y qué productos obtendremos.

PULSO: Es el latido rítmico de la expansión y contracción de una arteria al pasar por encima de una prominencia ósea.

PUNCIÓN VENOSA: Serie maniobras para obtener sangre a través de una punción vascular Es la recolección de una muestra de sangre de una vena para ser examinada en el laboratorio.

RESPIRACIÓN: Proceso por medio del cual hay un intercambio de bióxido de carbono por oxígeno en el organismo

SIGNOS VITALES: Es el estado fisiológico regulado por los órganos vitales y son esenciales para la sobre vivencia.

TEMPERATURA: Es la cantidad de calor retenido en el cuerpo, resultado del equilibrio entre la cantidad producida y la eliminación por el organismo y es medido en grados centígrados .

VARIABLE: Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse.

VULNERABLE: Que puede recibir un daño o perjuicio físico o moralmente, que es sensible a los que se expresa o conmovido por ella.

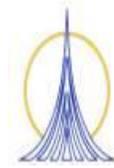


ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BELISARIO DOMINGUEZ

Abril-Mayo 2009, México, D.F.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento autorizo a los estudiantes de 4to año de la Licenciatura en Enfermería aplicar cuestionario, con la finalidad de recabar datos que servirán para llevar a cabo el protocolo de investigación:

“Como influyen las intervenciones oportunas de enfermería del personal adscrito en pacientes de 15 a 30 años con aborto que acuden a los servicios de urgencias gineco y unidad toco quirúrgica”

Estoy de acuerdo en proporcionar la información necesaria para los fines antes mencionados.

ASESORA TESTIGO

Lic. Amelia Cruz Fuentes

Nombre y firma

ENTREVISTADO

Nombre y Firma



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



Instrucciones: se deberá de cotejar las preguntas con los instrumentos y las técnicas realizadas por el personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica en el estudio de sombra:

- 1. ¿El personal adscrito al servicio de urgencias gineco obstetricia valora a pacientes de 15 a 30 años con aborto a comparación de pacientes con otra patología?**
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
- 2. ¿En el servicio de urgencias gineco obstetricia, el personal adscrito realiza valoraciones y entrevistas físicas, mentales y sociales a pacientes de 15 a 30 años con aborto?**
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
- 3. ¿El personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica conoce y previene complicaciones por falta de atención a pacientes de 15 a 30 años con aborto?**
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
- 4. ¿El personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica realizan preparación quirúrgica adecuada a pacientes de 15 a 30 años con aborto?**
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
- 5. ¿En los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica, el personal adscrito realizan una adecuada técnica de lavado de manos clínico?**
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
- 6. ¿En los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica el personal adscrito, valora constantemente signos vitales en pacientes de 15 a 30 años con aborto?**
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca

7. ¿El personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica lleva un registro adecuado de signos vitales?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
8. ¿El personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica valoran continuamente sangrados a pacientes de 15 a 30 años con aborto?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
9. ¿El personal adscrito de los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica, realizan una preparación física, mental y de material para veno punción a pacientes de 15 a 30 años con aborto?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
10. ¿Se realiza una adecuada técnica de veno punción a pacientes de 15 a 30 años con aborto por el personal adscrito a los servicios de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica?
- a) Una punción b) 1 a 2 punciones c) 3 punciones d) mas de 3
11. ¿En la unidad de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica el personal adscrito realiza buenas técnicas de asepsia y antisepsia?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
12. ¿En las unidades de urgencias gineco obstetricia y unidad toco quirúrgica realizan actividades de prevención en complicaciones(toma de signos vitales, sangrados, signos de infección y estado de conciencia) a pacientes de 15 a 30 años con aborto?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca

LAVADO DE MANOS SSA

Está en tus manos



GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEMAR

SEDENA

Prevenir las infecciones intrahospitalarias.

Técnica de higiene de las manos con soluciones alcoholadas.

Duración:
De 20 a 30 segundos



1. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.

2. Frótese las palmas de las manos entre sí.

3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.

4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

...una vez secas, sus manos son seguras

Basado en información de OMS

Técnica de lavado de las manos con agua y jabón.

Duración:
De 40 a 60 segundos



0. Mójese las manos con agua.

1. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.

2. Frótese las palmas de las manos entre sí.

3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.

7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



8. Enjuáguese las manos con agua.

9. Séquelas con una toalla de un solo uso.

10. Sirvase de la toalla para cerrar el grifo.

...una vez secas, sus manos son seguras

Basado en información de OMS



Subsecretaría de Innovación y Calidad

Página web: <http://dgces.salud.gob.mx/seguridaddelpaciente>



Vivir Mejor

TECNICA DE VENOPUNCION SSA

TECNICA DE CONVERSIÓN: VIA VENOSA PERIFÉRICA A CENTRAL



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Jack A. Richard, "William de obstetrician", Paul C mc Donals, 3ª edición Ed. Salvat editores, Barcelona España 2001 pp. 347- 567.
- ² Martin L. Pernoll, Obstetricia y Ginecología, 10ª edición, México 2001, Ed. Mc Graw Gill, p. 317.
- ³ Francisco Méndez cervantes, ginecología y obstetricia, 3ª edición México 2000, Ed. Méndez editores p. 239
- ⁴ Ralph C. Benson M. D. Manual de Ginecología y obstetricia, 7ª edición México 2004, Ed. El Manual moderno p. 405.
- ⁵ Ibídem Jack A. Patrick pp. 347.
- ⁶ Dr Howard W. Jones III Dr. Anne Colston Wentz, Tratado de Ginecología, 11a Edición, México 2005, Ed. Inter americana Mc Graw Gill p. 290.
- ⁷ Ibídem Martin p.319.
- ⁸ Thomas F. Baskett , Manejo Básico de las Urgencias Obstétricas, México 2003, Ed. Limusa pp. 39
- ⁹ Ibídem Jack A. Patrick p. 349.
- ¹⁰ <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piden=13091215> consultado del 28 al 30 de abril del 2009
- ¹¹ Op cit Jack A. Patrick pp. 349
- ¹² José M. González de Buitrago, Tecnología y métodos de laboratorio clínico, 2ª reimpresión, México 2003, p. 32.
- ¹³ Op cit, Jack A. Patrick pp. 353- 416.
- ¹⁴ Ibídem, Benson p. 412.
- ¹⁵ Ibídem, Dr Howard W. pp. 298-299
- ¹⁶ Ibídem, Ralph C. Benson M. D. pp 435.
- ¹⁷ Nancy Burn, Susan K Glove, "Investigaciones enfermería", 3ª Edición, Madrid España, 2005, Ed. El sevier pp. 133-134
- ¹⁸ Ma. Carolina Ortega Vargas Ma. Guadalupe Suarez Vázquez, "Manual de evaluación del servicios de calidad en enfermería", Ed. Panamericana, México D.F. 2006, pp. 33-39.
- ¹⁹ Ibídem, Ma. Carolina Ortega Vargas pp. 38-41
- ²⁰ Ibídem, Nancy Burn, pp. 142
- ²¹ Diario Oficial de la Federación, enero 23, 2001. Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Secretaría de Salud, México, 1998
- ²² Ley de S, SSA (alud<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n203.pdf>), consultado el 28-29 de abril del 2009
- ²³ Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56.