



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“ABORTO”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. LUIS ARMANDO HERNANDEZ JAIMES

Asesor:

LIC.ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ

Iguala de la Independencia, Gro. Mayo del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“ABORTO”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. LUIS ARMANDO HERNANDEZ JAIMES

Dirigido por:

LIC.ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ

SINODALES

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTINEZ

Presidente

LIC. ENF. CONCEPCION BRITO ROMERO

Secretario

MCE. VIRGINIA HERNANDEZ GARCIA

Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Mayo 2021.

RESUMEN.

El aborto es un procedimiento médico que pone fin al embarazo. Es una necesidad básica de atención de la salud para millones de mujeres, niñas y otras personas que pueden quedarse embarazadas. La prevalencia en todo el mundo, cada año, uno de cada cuatro embarazos acaba en aborto. Objetivo. Conocer la prevalencia del Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero. Método. El presente estudio es descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con ingreso a toco cirugía con diagnósticos de: aborto incompleto, aborto diferido, aborto espontaneo y aborto ectópico, fue de tipo no probabilístico por conveniencia. El tiempo para la recolección de datos fue comprendido de abril de 2019 a octubre de 2019, se utilizó el instrumento de medición SPSS versión 22, para presentar los datos de la investigación. Resultados. El rango de edad es de 15 a 20 años de las mujeres que presentan con mayor incidencia problemas de aborto; el 56% de las pacientes acudieron por un aborto incompleto, el 18% de las pacientes atendidas por un aborto diferido y un aborto en evolución y con un 8% de las pacientes atendidas por un aborto ectópico dándonos cuenta que el 62% de las mujeres tienen 1 o 2 embarazos que se prolongan en aborto y con un 54% terminaron en (LUI) un evento obstétrico. Conclusión. Las mujeres embarazadas tienen poco conocimiento sobre el tema de embarazo, aborto, anticoncepción entre otros. Al tener una alta prevalencia de aborto en los casos de niñas en la de edad de la adolescencia se tener presente la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 para la prevención, atención médica y orientación que se debe proporcionar a las personas en esta situación, así como brindar los servicios de salud pública durante la planificación familiar, atención de la mujer durante el embarazo, prevención y control de Infecciones de Trasmisión Sexual entre otras.

Palabras Clave: Prevalencia, Aborto, Embarazo.

SUMMARY.

Abortion is a medical procedure that ends a pregnancy. It is a basic health care need for millions of women, girls and others who can become pregnant. Worldwide prevalence, each year, one in four pregnancies ends in abortion. Aim. To know the prevalence of Abortions in the Adolfo Prieto General Hospital of Taxco de Alarcón Guerrero. Method. The present study is descriptive, quantitative and retrospective. The sample consisted of 50 patients admitted to surgery with diagnoses of: incomplete abortion, delayed abortion, spontaneous abortion and ectopic abortion, it was non-probabilistic for convenience. The time for data collection was from April 2019 to October 2019, the SPSS version 22 measurement instrument was used to present the research data. Results. The age range is from 15 to 20 years of the women who present with the highest incidence of abortion problems; 56% of the patients attended for an incomplete abortion, 18% of the patients attended for a delayed abortion and an abortion in progress and with 8% of the patients attended for an ectopic abortion, realizing that 62% of the women they have 1 or 2 pregnancies that are prolonged in abortion and with 54% ended in (LUI) an obstetric event. Conclusion. Pregnant women have little knowledge on the subject of pregnancy, abortion, contraception among others. As there is a high prevalence of abortion in the cases of girls in the age of adolescence, the Official Mexican Standard NOM-046-SSA2-2005 for the prevention, medical care and guidance that must be provided to people in this situation must be taken into account. situation, as well as providing public health services during family planning, care for women during pregnancy, prevention and control of Sexually Transmitted Infections, among others.

Keywords: Prevalence, Abortion, Pregnanc

DEDICATORIA.

A mis padres Yessika Jaimes Catillo y Pedro Hernández Cano por el apoyo que me han podido brindar para llegar en estos momentos de mi vida.

A mis hermanos Jordán Iki Hernández Jaimes y Kenshi Mihai Hernández Jaimes, que me apoyaron.

A mi tía Kitzzy Brendali Jaimes Castillo que me dio la oportunidad y por brindarme este gran apoyo durante toda mi carrera.

Mi abuelito Ezequiel Jaimes Luna ya que día a día me apoyaba y me brindaba de su apoyo con una gran parte de fuerza por todo lo que realizo durante los 4 años de mi carrera siempre confió en mí y me apoyo en todo momento.

Y una de las dedicatorias me las dedico a mí ya que sé que no fue nada fácil estos cuatro años de mi carrera y mi año de servicio el cual tuve que pasar por diferentes tipos de obstáculos para poder llegar hasta donde estoy que día a día fue una experiencia distinta para poder lograr y llegar a la meta.

Sobre todo, doy gracias a dios por una gran persona que puso en mi camino y sin dudarlo confió en mí a pesar de todas las circunstancias nunca dejo de creer en mí y sobre todo a mi familia ya que gracias a ellos no hubiera logrado esta meta en mi vida, por sus regaños, esfuerzos y por ponerme este gran oportunidad y propósito por quererme superar en la vida por nunca dejarme solo y siempre contar con su esfuerzo y apoyo.

C. LUIS ARMANDO HERNANDEZ JAIMES.

AGRADECIMIENTOS.

La culminación de este trabajo de tesis es gracias a mi profesora y asesora de tesis Martha Elena Cisneros Martínez quien me brindó su apoyo durante la elaboración del siguiente trabajo de investigación, a mis maestros por toda la dedicación y conocimiento que me brindaron durante los años de la carrera hoy puedo decir que han dado éxito todos sus conocimientos, regaños, platicas y apoyo.

Al Hospital General Adolfo Prieto, en el cual lleve a cabo mi servicio social y fue culminado con éxito a mis supervisoras y enfermeras que me brindaron su apoyo y sus conocimientos, a la Enfermera Lizbeth Fitz Beltrán la cual confió en mí y me capacito para la realización de los procedimientos en los pacientes graves del área de UCI-A en los cuales me servirían para mi formación profesional.

C. LUIS ARMANDO HERNANDEZ JAIMES.

ÍNDICE.

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de figuras	vi
Índice de cuadros	vii
1. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivo	6
2. Revisión de la Literatura	7
2.1 Teorías de la investigación	7
2.2 Marco referencial	11
2.3 Marco legal	17
2.4 Marco teórico	22
2.4.1 Resumen de los métodos: aborto médico y quirúrgico	23
2.4.2 Prevención y control de infecciones	24
2.4.3 Manejo del dolor	26
2.5 Aborto medico	27
2.5.1 Aborto medico ≤ 12 semanas (o ≤ 84 días) de embarazo.	28
2.5.2 Aborto quirúrgico: preparación de cérvix	32
2.5.3 Medicamentos, insumos y equipos quirúrgicos para el aborto quirúrgico	32
2.5.4 Aborto quirúrgico: $\leq 12-14$ semanas de aborto	33
2.6 Pre aborto	34
2.7 Información, consejería y toma de decisiones	35
2.7.1 Antecedentes médicos	39

2.8 Examen físico	41
2.8.1 Laboratorios y otros estudios (de ser necesario y de estar disponible)	42
2.9 Post aborto	43
2.10 Antes de dar de alta de las dependencias sanitarias	43
2.10.1 Seguimiento adicional con un prestador de salud	44
2.10.2 Anticoncepción post aborto	45
2.11 Evaluación y manejo de las complicaciones de un aborto	49
2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.	53
3. Diseño metodológico	56
4. Resultados	67
5. Conclusiones y sugerencias	72
6. Bibliografías	73
7. Anexo A) Consentimiento informado	81
Anexo B) Lista de cotejo	82
Anexo C) Código Núremberg	83
Anexo D) Lavado de Manos	85

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1	Modelo del sol naciente de Leininger representando la teoría de los Cuidados Culturales de la diversidad y de la universidad.	9
Figura 2	Abortos legales practicados por edad en los años 2012 – 2019.	12
Figura 3	Abortos legales por entidad (solicitud de información a secretarías y regímenes de salud estatales IMSS e ISSSTE).	13
Figura 4	Etapas clínicas de la Amenaza de Aborto.	21
Figura 5	Vías vestibulares y sublingual de la administración de misoprostol.	30
Figura 6	Método de aborto recomendados según la duración del embarazo.	36
Figura 7	Prueba de Embarazo.	42
Figura 8	Prueba de Hemoglobina.	42

ÍNDICE DE TABLAS.

Cuadro 4.1	Edad.	67
Cuadro 4.2	Estado civil.	68
Cuadro 4.3	Nivel Educativo	68
Cuadro 4.4	Nivel Socioeconómico	69
Cuadro 4.5	Número de Parejas Sexuales	69
Cuadro 4.6	Numero de gestas.	70
Cuadro 4.7	Tipo de aborto.	70
Cuadro 4.8	Evento obstétrico.	71

1. INTRODUCCIÓN.

El Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero, cuenta con una población de atención de 50 usuarias las cuales el 56% de las pacientes acuden con un aborto incompleto, el 18% con un aborto diferido y en evolución y solo el 8% presentan un aborto ectópico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. La definición de aborto peligros utilizada en la OMS se conceptualizo en el marco de unas nuevas directrices sobre la gestión de las complicaciones de un aborto provocado y debía interpretarse en ese contexto. Actualmente se considera sin riesgo los abortos provocados practicados en el ámbito de la atención primaria o por dispensadores de atención de salud no médicos (OMS, 2014).

Se espera que las directrices sobre la delegación de funciones en proceso de elaboración arrojen luz sobre quien puede practicar sin riesgo un aborto con arreglo a las normas actualmente en vigor. Para una interpretación correcta de la expresión (aborto peligroso), recomendamos que se incluya siempre junto con la definición una nota explicativa que rece así: (Las personas, preparación y condiciones médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto médico y quirúrgico y además depende de la duración del embarazo. Lo que se considera “seguro” debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS).

Los determinantes inmediatos de los riesgos de un aborto provocado, como el método utilizado para la interrupción del embarazo y la edad gestacional, se ven

influidos, a su vez, por determinantes sociales subyacentes: es decir, el contexto jurídico, la disponibilidad de servicios de aborto sin riesgo, el nivel de estigmatización que rodea el aborto, el grado de acceso de la mujer a información sobre el aborto, así como la edad de la mujer y su situación socioeconómica. El contexto jurídico y el nivel de seguridad están estrechamente entrelazados, pero la asociación depende del contexto; cuando se interpretan de forma liberal leyes restrictivas, las mujeres pueden recibir atención segura en determinados contextos; por el contrario, cuando se aplican de forma deficiente leyes liberales, las mujeres a veces abortan con retraso y en condiciones peligrosas (OMS, 2014).

1.1 Planteamiento del Problema.

El aborto definido como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. (Rivero, 2017) en América latina y el caribe se reportan en el periodo quinquenal de 2010-2014, aproximadamente 6.5 millones de abortos inducidos, cifra superior a los 4.4 millones ocurridos por año en 1990-1994 (Guttmancher, 2016).

La tasa de aborto es aproximadamente de 49 para las mujeres casadas y 28 para las mujeres solteras. Se hace referencia que el 15% de los embarazos reconocidos clínicamente, se conoce que la incidencia va aumentando con la edad de la madre ya que el 15% de los productos se perderán antes de que exista la implantación, durante la implantación de dará el 25% y posterior al primer retraso del ciclo menstrual será tan solo del 10% (Rivero, 2017).

La tasa de aborto a nivel mundial se ha mantenido constante entre 2003 y 2008, en 28 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva según una publicación del instituto (Guttmacher 2012:1) sobre el aborto inducido. Esta misma publicación

afirma que “las altamente restrictivas leyes de aborto no están asociadas con tasas de aborto más bajas” (Guttmacher, 2012).

Para ejemplificar lo anterior, el instituto Guttmacher (2012:2) menciona el caso de América Latina que tiene una tasa de 32 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, región en donde el aborto es ilegal en la mayoría de los países y circunstancias, mientras, en Europa occidental la tasa de aborto es de 12 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (Guttmacher, 2012).

Con lo que respecta a México las estimaciones más recientes sobre aborto inducidos fueron realizadas por Fátima Juárez (2013), quien analiza la tendencia de aborto de 1990 o 2009 a través del método de estimación de aborto por complicaciones, “método indirecto que arroja estimaciones relativamente confiables y que ha sido reconocido por la OMS como poseedor de una las técnicas más robustas” (Juárez, 2013).

Los resultados revelan que “la tasa nacional de aborto inducido en mujeres de entre 15 y 44 años fue de 26 abortos por 1000 mujeres en edad reproductiva en 1990, y de 38 por 1000 mujeres en 2009”. Para el caso de Baja California se observa una tasa de 29 abortos por 1000 mujeres en edad fértil, lo cual constituye una tasa menor a la nacional, aunque pudiera estar subestimada (Juárez, 2013).

Las condiciones de ilegalidad del aborto y el prejuicio social hacia este son elementos que pueden dificultar mucho su medición en algunos países como es el caso de México, por lo que, aunque las estimaciones sirven para hacer notar la prevalencia de este fenómeno, no necesariamente nos permite medirlo. El aborto es un tema cargado de argumento de moralidad que impiden a las mujeres ejercer el derecho a decidir sobre su reproducción (Juárez, 2013).

Antes la historia de una mujer que presenta un aborto, las lecturas, interpretaciones y soluciones están relacionadas con la ideología, la visión del mundo y la “moral sexual” de quien las realiza. Legisladores, médicos u otros actores sociales preguntaran si el aborto fue espontaneo o inducido, y buscaran posiblemente la responsabilidad y culpabilidad de la mujer y, por tanto, el merecimiento de sanción negativa e incluso de castigo. Las condiciones de vida y trabajo de la mayoría de mujeres mexicanas pueden considerarse como factores que favorecen el aborto, lo que hace difícil la clasificación de este, especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos (Juárez, 2013).

1.2 Justificación.

Debido a la alta incidencia de pacientes que se presentan con factores de riesgo de abortos en nuestro medio y a la poca información sobre esta entidad, es poder brindar información para la creación de futuros proyectos para mejorar los protocolos de atención y disminuir la morbimortalidad, los ingresos hospitalarios y el uso innecesario de recursos, se pretende conocer cuáles son los factores de riesgo para que ocurra un aborto.

Este trabajo se realizará mediante una base obtenida de la información de las bitácoras que se presentan en el área de labor de parto en la cual acuden las pacientes con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero en el periodo comprendido de abril de 2019 a octubre de 2019.

La importancia de estudiar sobre este tema del aborto se manifiesta en dos ámbitos distintos los cuales una parte entendemos el aborto, por sus complicaciones, como un problema de salud pública y por otra debemos entenderlo como un fenómeno

social, ya que su práctica es socialmente aceptada o rechazada según los valores socioculturales y los principios morales de cada sociedad.

Se han enfocado en conocer el evento del aborto como tal, los métodos con que se lleva a cabo, sus consecuencias e implicaciones en la salud pública, así como su relación con otros como es el embarazo adolescente o la anticoncepción.

Cuestiones como el motivo de la mujer para practicarse un aborto, sus características socioeconómicas y demográficas, los métodos utilizados, y hasta las complicaciones y consecuencias de un aborto no son asuntos que suceden por separado, más bien son un conjunto de situaciones que se entrelazan en el proceso de abortar.

1.3 Objetivos

Objetivo General.

1. Conocer la prevalencia del Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero.

Objetivo Específico.

1. Identificar la edad más frecuente que se presentan los abortos.
2. Conocer los antecedentes patológicos personales que influyen para que se el aborto.
3. Conocer los antecedentes patológicos obstétricos que influyen para que se desarrolle el aborto.
4. Verificar si hay un seguimiento con la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCION Y ATENCION.

5. Conocer la frecuencia y los factores de riesgo de aborto en mujeres entre 15 y 40 años en el Hospital General Adolfo Prieto.
6. Comprobar si ahí seguimiento con respeto a la Guía de Práctica Clínica del Gobierno Federal “Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontaneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente”.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1 Teorías de la investigación.

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, el 13 de julio de 1925, y se diplomó como enfermera en 1948 en el St. Anthony's School of Nursing, en Denver. En 1954 obtuvo un MSN en enfermería Psiquiátrica por la universidad católica de América, en Washington DC., e inicia el primer programa de especialidad clínica en enfermería psiquiátrica infantil del mundo. Inicio y dirigió el primer programa de enfermería especializada en psiquiatría en la universidad de Cincinnati y en el hospital universitario Therapeutic Psychiatric Nursing Center. En esta época escribió uno de sus primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, junto a C. Hofling, titulado Basic Psychiatric Nursing Concepts, en 1960. Entre 1950 y 1960, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento e interés científico - teórico entre la antropología y la enfermería formulando diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó: la "enfermería transcultural" (Fernández, 2010).

Basándose en la teoría Antropológica y la ciencia Enfermería, Leininger desarrollo su teoría desde la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás.

Modelo de Madeleine Leininger. Enfermería transcultural.

Un área formal de estudio y práctica de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos con respeto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería, que sea

congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas (Fernández, 2010).

Los cuidados son la esencia de la enfermería, y un elemento central, dominante y distinto de esta disciplina. Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte. Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de la disciplina.

Universalidad de los cuidados culturales: la similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a la persona (Fernández, 2010).

Diversidad de los cuidados culturales: variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Etnoenfermería: se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada a través de las manifestaciones Émic locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales (Fernández, 2010).

Modelo de Madeleine Leininger.

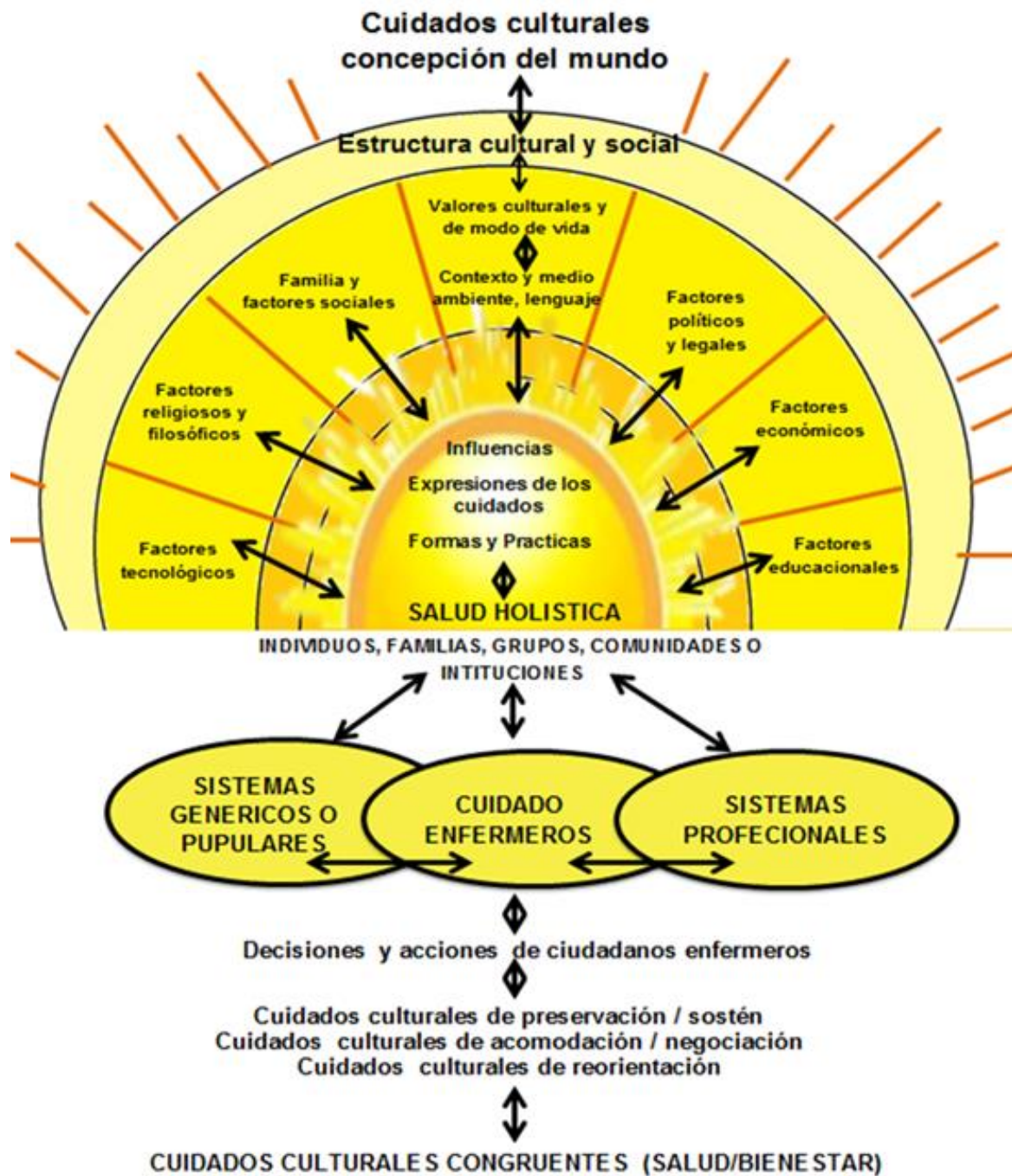


Figura 1. Modelo del sol naciente de Leininger representando la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad.

METAPARADIGMA.

Persona:

Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otro; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno:

La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero si se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

Salud:

Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidado de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas (Fernández, 2010).

Enfermería:

Es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad. Tiene un significado físico, piscicultura y social para aquellas personas que son asistidas.

Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura del cliente.

Utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente. Requiere la comprensión de los valores, las creencias y las practicas específicas de la cultura del cliente (Fernández, 2010).

2.1 Marco Referencial.

En la búsqueda de la literatura referente a la prevalencia del ABORTO; de la presente investigación, mencionare artículos publicados con respeto a este tema en el cual uno de ellos se presentó en Cabo San Lucas sobre la vida de una niña.

La vida de Fabiola y su hija cambio para siempre en un consultorio del doctor simi de cabo san Lucas el 27 de julio de 2019. En ese pequeño cuarto se enteró que su hija de 11 años, quien acaba de terminar la primaria, tenía un embarazo de 13 semanas, consecuencia de violaciones sexuales cometidas por su padrastro. Hasta ese día, la mujer de 33 años supo que las víctimas de abuso sexual en México tienen derecho a un aborto legal sin importar la legislación estatal. Fue una doctora quien le conto de la **Norma Oficial Mexicana 046 (NOM)**. (Amezcuca y Peralta, 2020).

ABORTOS LEGALES PRACTICADOS POR EDAD 2012-2019



Figura 2. Abortos legales practicados por edad en los años 2012 – 2019.

ABORTOS LEGALES POR ENTIDAD

2012-2020

0 1-10 11-20 21-30 +30

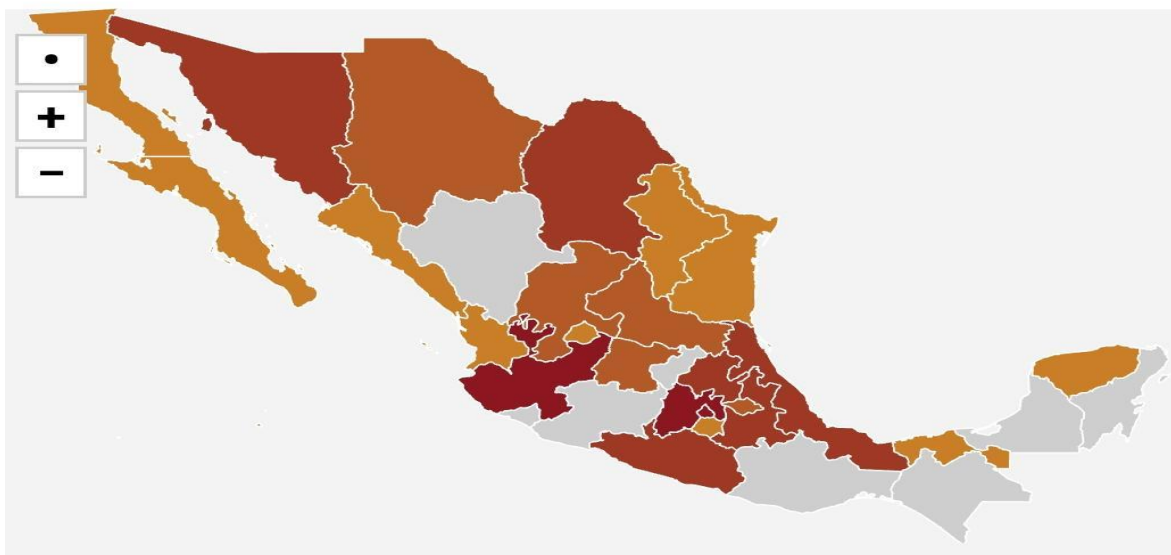


Figura 3. Abortos legales por entidad (solicitudes de información a secretarías y regímenes de salud estatales IMSS e ISSSTE).

Comunicado de prensa conjunto de la OMS y el instituto de Guttmacher.

De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según un nuevo estudio de la organización mundial de la salud (OMS) y el instituto de Guttmacher publicado hoy en the lancet. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjeron en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (Ginebra, 2017).

Cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muertes es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales

sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo (Ginebra, 2017).

Aborto a Nivel Mundial.

La situación del aborto inducido ha cambiado marcadamente en las últimas décadas. El informe Aborto a nivel mundial 2017; progreso irregular y acceso desigual presenta información actualizada sobre la incidencia del aborto en el mundo, las leyes que lo regulan y la seguridad del servicio provistos también aborda el embarazo no planeado, su relación con el aborto y el impacto que ambos tienen en la mujer y parejas (Instituto Guttmacher, 2022).

Incidencia del aborto

Se estima que durante el periodo 2010 – 2014, ocurrieron cada año 36 abortos por 1000 mujeres en edades de 15 – 44 años en las regiones en desarrollo, en comparación con 27 en las regiones desarrolladas. La tasa de aborto se producirá significativamente en las regiones desarrolladas a partir de 1990 – 1994; sin embargo, no ocurrió un cambio significativo en regiones desarrolladas (Instituto Guttmacher, 2022).

Por un amplio margen, la disminución más pronunciada en las tasas de aborto ocurridas en Europa Oriental, donde el uso de anticonceptivos efectivos aumento sustancialmente; la tasa de aborto también necesariamente significativamente en la subregión en desarrollo de Asia central. En gran parte del mundo, las mujeres de 20 – 24 años de edad tienden a mostrar la tasa más alta de aborto de cualquier grupo de edad, y las mujeres representan la mayor parte (Instituto Guttmacher, 2022).

Legislación del aborto.

Las leyes se ubican en un continuo que va desde la prohibición total hasta el aborto permitido sin restricción en cuanto a razón. En el 2017, el 42% de las mujeres en edad reproductiva vivieron en los 125 países donde el aborto está restringido restringiendo (prohibido completamente, o permitido solamente para salvar la vida de una mujer o, proteger su salud). La gran mayoría de (93%) de los países con ese tipo de leyes fuertes restrictivas están en las regiones de desarrollo, en casi todos los países de Europa y América del Norte, así como en varios países de Asia se encuentran las leyes muy liberales (Instituto Guttmacher, 2022).

Desde el año 2000, 28 países cambiaron su ley de aborto – todos menos uno amplió las cuales que permiten abortos para proteger la salud de la mujer, por razones socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón. Además, 24 países añadieron al menos una de tres causales adicionales: en casos de violación o incesto o cuando se diagnostica el feto con una anomalía grave (Instituto Guttmacher, 2022).

Seguridad del aborto.

Es probable que el desarrollo y la aplicación de directrices y estándares clínicos hayan facilitado la provisión de servicios de aborto seguro. Además, el alcance de los servicios seguros se ha extendido al permitir que profesionales sanitarios capacitados de nivel intermedio presten servicios de aborto en muchos países. Conforme el acceso a los servicios de salud mejorados en términos generales y los gobiernos nacionales cada vez asignan una creciente prioridad a la implementación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acceso a la atención postaborto de la calidad también mejora (Instituto Guttmacher, 2022).

Del total de abortos, se estima que el 55% son seguros (es decir, se realizan usando un método mejorado y por un proveedor apropiadamente capacitado); 31% son menos seguros (cumplen ya sea con el criterio del método o del proveedor); y 14%

son nada seguros (no cumplen con ninguno de los criterios). Mientras más restrictivo es el entorno legal, es mayor la proporción de abortos que son nada seguros, variando, de menos del, 1% en los países menos restrictivo al 31% en los países más restrictivos (Instituto Guttmacher, 2022).

En 14 países en desarrollo, en donde el aborto inseguro es prevalente, el 40% de las mujeres que tienen un aborto sufren complicaciones que requieren atención médica. Se estima que en todas las regiones en desarrollo combinadas (con excepción de Asia Oriental) unas de 6.9 millones de mujeres reciben tratamiento cada año por ese tipo de complicaciones; sin embargo, muchas más que necesitan tratamiento no reciben atención oportuna (Instituto Guttmacher, 2022).

Embarazo no planeado.

La mayoría de abortos son el resultado de embarazos no planeados. Durante el periodo 2010 – 2014, las tasas estimadas de embarazo no planeado en las regiones desarrolladas y en desarrollo fueron de 45 y 65 por 1000 mujeres en edades de 14 – 44 respectivamente; ambos valores representan disminuciones significativas desde 1990 – 1994. Las tasas más altas en 2010 – 2014 ocurrieron en América Latina y el Caribe (96 por 1000) y en África (89 por 1000). A nivel global, el 56% de los embarazos no planeados terminan en abortos inducidos; a nivel regional, esta proporción varía desde 36% en América del Norte a 70% en Europa (Instituto Guttmacher, 2022).

2.2 Marco Legal.

El aborto en México está penalizado. Sin embargo, los códigos penales de los estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos lo autorizan en casos de violación (González, 2002),

A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro esta marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país (González, 2002).

Circunstancias en que el Aborto es legal en México.

CIRCUNSTANCIAS.	Numero de estados (n=32).
Violación.	32
Riesgo para la vida de la mujer.	27
Aborto imprudencial.	29
Malformaciones genéticas o congénitas.	13
Riesgo para la salud de la mujer.	9
Inseminación artificial no consentida.	8
Razones socio-económicas graves (cuando la mujer tiene 3 o más hijos)	1

Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la república mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse (González, 2002).

La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social y de injusticia que prevalecen en el país. Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de la mayoría (González, 2002).

Otra encuesta reciente, aplicada a 181 médicos(as), que participaron en talleres sobre atención integral a víctimas de violencia sexual y trabajan en hospitales del

sector público en distintas entidades del país, mostro que la gran mayoría consideran que las mujeres deberían tener acceso al aborto en caso de violación, cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer, y cuando se detectan alteraciones fetales (González, 2002)

El nivel de aceptación fue bajo del 30% o menor en el caso de otro tipo de circunstancias; no obstante, nadie indico que una mujer menor no debería tener acceso a aborto bajo ninguna circunstancia. El 87% opino que todos los hospitales públicos deberían tener la capacidad para ofrecer servicios de interrupción del embarazo cuando esta se encuentra dentro de la legalidad. Opinión de médicos(as) respecto a las circunstancias en las cuales las mujeres deberían tener acceso al Aborto (González, 2002).

Circunstancias.	Médicos(as) (n=181)%
Cuando el embarazo es resultado de violación.	97
Cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.	96
Cuando el embarazo causa grave daño a la salud de la mujer.	93
Cuando el producto presenta alteraciones genética o congénita.	90
Cuando hubo inseminación artificial no consentida.	87
Cuando la mujer es menor de edad.	30
Por falta de recursos económicos.	25
Cuando falta la anticoncepción.	22
Cuando la mujer es soltera.	14
En ninguna circunstancia.	0

Guía de Práctica Clínica.

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado tras vaginal, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación. La amenaza de aborto temprana se define cuando existe un embarazo menor de 14 semanas de gestación. La amenaza de aborto tardía es aquella que se presenta entre las semanas 14 a 22 (Huchon, 2016).

La amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más comunes, con una incidencia que varía entre 20% y 25% de los embarazos tempranos. Se ha demostrado que se asocia con un aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo el peso al nacer y rotura prematura de membranas (Davari, 2008).

En un embarazo normal el feto viable de seis semanas es visualización por ultrasonido; el riesgo de aborto es de aproximadamente de 15% a 30%. Este disminuye de 5% a 10% de la semana siete a la nueve, y 5% después de la 9ª semana de gestación (Dede, 2010).

Aproximadamente 50% de todos los casos de pérdida temprana del embarazo se deben a anomalías cromosómicas fetales. Los factores de riesgo más comunes identificados en las mujeres con pérdida temprana del embarazo son: la edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo. La frecuencia de pérdida temprana del embarazo clínicamente reconocida para mujeres de los 20 a 30 años edad es de 9% a 17%; esta tasa aumenta bruscamente a 20% a la edad de 35 años y a 40% a la edad de 40 años siendo de 80% a la edad de 45 años (ACOG, 2018).

Para el diagnóstico y pronóstico deben existir reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardíaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada, y datos clínicos. El tratamiento debe estar enfocado en la etiología, las

semanas de gestación y sintomatología, teniendo como objetivo principal evitar la pérdida de la gestación (Wahabí, 2018).

Existen medidas preventivas desde la preconcepción para un embarazo saludable, así como tratamientos médicos oportunos y cambios en el estilo de vida que pueden prevenir la amenaza de aborto, sobre todo en aquellas pacientes con morbilidades causantes de pérdidas gestacionales tempranas (Huchon, 2016).

Etapas clínicas de la Amenaza de Aborto.


Etapas Diagnóstico	Amenaza de aborto 
Metrorragia	Oscura y escasa
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino
<p>GPC SS-280-026. Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y limitación del daño por amenaza de aborto en los tres niveles de atención; <i>Fescina, De Lucio, Díaz Rosello, et al. 2011. Salud sexual y reproductiva. Guías para el continuo de la atención de la mujer y de la niñez focalizada en APS. 3ª edición. Montevideo. CLAP/SmR.</i></p>	

Figura 4. Etapas clínicas de la Amenaza de Aborto (GPC SS-280-026).

Tratamiento de la amenaza de aborto.

Consideraciones generales.	Manejo ambulatorio
<p>Identificar causas posibles.</p> <p>Reposo en cama: la evidencia disponible por el momento es insuficiente para demostrar el efecto benéfico para prevenir el aborto mediante reposos; sin embargo, se recomienda evitar el esfuerzo físico excesivo y la actividad sexual.</p> <p>Descartar patologías infecciosas.</p> <p>Confirmar viabilidad fetal.</p> <p>Seguimiento ecográfico trasvaginal semanal.</p> <p>Uso de analgésicos.</p> <p>Antiespasmódicos (butilioscina).</p> <p>Progesterona natural de 200 mg a 400 mg, cada 12 horas, hasta la semana 12 de gestación en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo.</p> <p>Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales).</p> <p>0. Solicitar hemoclasificación.</p>	<p>1. Explicar la importancia del coito interrumpido durante la actividad sexual, debido a que el semen libera prostaglandinas.</p> <p>2. Indicar tratamiento médico de las causas y las enfermedades asociadas.</p> <p>3. Realizar control clínico a las 48 horas o antes en caso de persistir o aumentar los signos y síntomas</p>

Fuente: (GPC SS-280-026).

Solo se recomienda el uso de los progestágenos, en los casos de deficiencia del cuerpo lúteo (en embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida o con el uso de inductores de la ovulación) (OMS, 2014).

2.3 Marco Teórico.

Aborto.

1. Resumen de los métodos: aborto médico y quirúrgico.
2. Prevención y control de infecciones.

3. Manejo del dolor.
4. Aborto médico.
 1. ≤ 12 semanas (o ≤ 84 días) de embarazo.
 2. > 12 semanas (o >84 días) de embarazo.
5. Aborto quirúrgico:
 1. Preparación del cérvix.
 2. Medicamentos, insumos y equipos.
 3. $\leq 12-14$ semanas de embarazo.
 4. $> 12-14$ semanas de embarazo (OMS, 2014).

2.3.1 Resumen de los métodos: Aborto médico y quirúrgico.

Aborto médico.

Mifepristona y misoprostol.

Hasta 9 meses (63 días)

Mifepristona: 200 mg, vía oral, única dosis.

Misoprostol: 800 g, (vestibular, vaginal o sublingual) única dosis o si no más de 7 semanas (49 días) misoprostol de 400 g, vía oral, única dosis usar 24-48 horas después de recibir mifepristona.

9-12 semanas (63-84 días).

Misoprostol 800g, seguido de 400g vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis, iniciar 36-48 horas después de recibir mifepristona.

Misoprostol solo.

Misoprostol 800g, vía vaginal o sublingual, cada 3-12 horas hasta 3 dosis (OMS, 2014).

Aborto Quirúrgico.

<p>≤ 12-14 semanas</p> <p>Aspiración por vacío.</p> <p>Los métodos de aspiración por vacío incluyen: aspiración por vacío manual y eléctrica (AVM Y AVE).</p>	<p>Para embarazos de más de 24 semanas, debería reducirse la dosis de misoprostol, dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero no se puede dar recomendaciones de dosificaciones específicas debido a la falta de estudios clínicos.</p>
<p>>12 semanas (84 días)</p> <p>Misoprostol 800g, seguidos de 400g, vía vaginal o sublingual, o misoprostol de 400g (vía oral, vaginal o sublingual), cada 3 horas hasta 5 dosis comenzar a usar en 36-48 horas después de tomar mifepristona.</p>	
<p>Misoprostol de 400g vía vaginal o sublingual cada 3 horas hasta 5 dosis.</p>	

>12-14 semanas.

Dilatación y evacuación (D y E). D y E es el método quirúrgico para el aborto >12-14 semanas de embarazo.

2.3.2 Prevención y control de infecciones.

Dado que los procedimientos abortivos y su atención implican contacto con sangre y otros líquidos corporales, todo el personal clínico y de apoyo que presta estos servicios debe comprender y aplicar precauciones normalizadas para la prevención y control de infecciones, para su propia protección y de sus pacientes. Precauciones estándar o también llamadas precauciones universales (OMS, 2014).

Se deberá aplicar en todas las situaciones en las que los trabajadores de la salud prevén que habrá contacto con: sangre; cualquier líquido corporal aparte de la transpiración; piel no intacta; y membranas mucosas; siempre se las debe de seguir, independientemente del estado infeccioso supuesto de una persona o su

diagnóstico; reducir a un mínimo o eliminar la transmisión de la enfermedad de una paciente a un trabajador de la salud, del trabajador de la salud a la paciente, o de una paciente a otra (OMS, 2014).

Precauciones estándar.

1. Lavado de manos: lavado de manos con jabón y agua debería realizarse de rutina antes y después de cada contacto, incluyendo el contacto con artículos posiblemente contaminados, aun cuando se estén usando guantes; debe usarse guantes y se los debe cambiar entre los contactos con los diferentes clientes y entre los exámenes de vagina (o rectales) de una misma mujer. Luego de terminar los cuidados de una mujer y quitarse los guantes, el profesional de salud siempre se debe lavar las manos, ya que los guantes pueden tener agujeros no detectados (OMS, 2014).
2. Uso de barrera como túnicas, guantes, delantales, máscaras, gafas protectoras y calzado protector. Es de destacar que el uso de otros insumos auxiliares como zapatos estériles no hace demasiada diferencia en cuanto a las tasas de infección, aunque aumenta los costos. (OMS 2014).
3. Técnica aséptica: antes de cualquier procedimiento de aborto quirúrgico, se debe limpiar el cérvix de la mujer con un antiséptico (por ejemplo: vetadita).
4. Correcta manipulación y eliminación de instrumentos alados, hojas de bisturí y agujas.
5. Correcta manipulación y procesamiento de los instrumentos y materiales.

Precaución: no es seguro manipular los aspiradores, cánulas y adaptadores con las manos descubiertas hasta que se los haya limpiado. (OMS 2014).

2.3.3 Manejo del dolor.

Casi todas las mujeres que se hacen un aborto presentan algo de dolor y calambres el descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad y el malestar de una mujer, lo que podría alargar el procedimiento y comprometer la atención. La intensidad del dolor que puede sufrir una mujer cuando se le hace la evacuación uterina o la expulsión del embarazo, y su respuesta al dolor, varía mucho. Es preciso valorar individualmente las necesidades de manejo de dolor de cada mujer. Para reducir el dolor asociado con el aborto pueden servir tantos los métodos farmacológicos como no farmacológicos (OMS, 2014).

Para optimizar el uso seguro de todas las medicaciones analgésicas, se le debe prestar una atención cuidadosa a los antecedentes médicos de la mujer, sus alergias y el uso de concomitante de medicaciones que podrían interactuar con cualquier agente analgésico o anestésico disponible (OMS, 2014).

Comprender el dolor vinculado al aborto.

Una mujer que se hace un aborto puede sentir ansiedad, miedo o aprensión. La ansiedad puede aumentar la sensibilidad del dolor, es posible que una mujer que está muy ansiosa no pueda quedarse quieta en la camilla de procedimientos para un aborto quirúrgico, lo que en caso de no tratarse puede comprometer su seguridad. El dolor relacionado con la dilatación cervical fisiológica y mecánica y las contracciones uterinas es común entre las mujeres sometidas a aborto. Es necesario ofrecer a todas las mujeres manejo de dolor apropiado antes de un aborto médico o quirúrgico (OMS, 2014).

2.4 Aborto Médico.

Consideraciones clínicas.

El aborto medico es un proceso de múltiples pasos que involucran dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) y/o dosis múltiples de una medicación (misoprostol solo). Las mujeres deben poder acceder, de ser necesario a asesoramiento y atención de emergencia en caso de complicaciones. Informar a la mujer que el misoprostol podría tener efectos teratógenos si el aborto fracasa y la mujer decide seguir adelante con el embarazo; no es necesario insistir sobre la terminación de un embarazo expuesto a la medicación, los datos sobre teratogenicidad son limitados y no concluyentes, sin embargo, dado el potencial riesgo, en esta situación es importante hacer el seguimiento del embarazo (OMS, 2014).

Mifepristona y misoprostol no interrumpen un embarazo ectópico. La ausencia de sangrado es una posible indicación de que el embarazo pueda ser ectópico, pero también puede significar que un embarazo intrauterino no se abortó. Aun así, el embarazo es ectópico, una mujer puede presentar algo de sangrado después de recibir mifepristona y misoprostol porque la decidua puede responder a las medicaciones. Evaluar a la mujer para detectar embarazo ectópico si relata síntomas o signos de embarazo que sigue adelante después de un aborto médico (OMS, 2014).

2.4.1 Aborto Medico \leq 12 semanas (o \leq 84 días) de embarazo.

Esquema de tratamiento para el aborto para el aborto medico \leq 12 semanas (o \leq 84 días) de embarazo.

	Hasta 9 semanas (63 días)	9-12 semanas (63-84 días)
Mifepristona y misoprostol.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mifepristona 200 mg. 2. Oral 3. Única dosis. 	
	Misoprostol 800 vestibular, vaginal o sublingual, única dosis	Misoprostol 800, seguido de 400 vaginal, luego vaginal o

	Si no van más de 7 semanas (49 días) Misoprostol 400, oral única dosis, usar 24-48 horas después de recibir mifepristona	sublingual cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis. Iniciar 36-48 horas después de recibir mifepristona.
Misoprostol solo.	Misoprostol de 800, vaginal o sublingual cada 3-12 horas hasta 3 dosis.	

Relación del procedimiento.

1. Administración de la medicación para iniciar el aborto médico.

La mifepristona siempre se administra por vía oral. El misoprostol puede administrarse por diferentes vías, incluyendo la vía oral, vaginal, vestibular, y sublingual. Los efectos colaterales y las instrucciones de uso diferentes (ver características de las diferentes vías de administración del misoprostol.) para el aborto médico no es necesario hacer profilaxis antibiótica (OMS 2014).

2. Ofrecer cuidados de soporte antes y durante la expulsión del embarazo.

Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la información y servicios para ayudar a completar el procedimiento de manera exitosa, referirse a los efectos colaterales comunes y manejar las complicaciones que pueden surgir. Analizar la magnitud del dolor y sangrado que acompaña el proceso del aborto. Explicar las posibilidad de sangrado profuso con coágulos, el pasaje de los productos de concepción, y que para algunas mujeres el dolor puede ser significativamente más intenso que los calambres menstruales normales, en esencial que la mujer sepa consultar si presenta (Sangrado prolongado o profuso que empape más de dos paños higiénicos por hora durante dos horas consecutivas; fiebre que dure más de 24 horas o si presenta malestar general más de 24 horas después de la administración de misoprostol) (OMS 2014).

3. Uso de misoprostol en domicilio: algunas consideraciones.

Asegurarse que la mujer comprenda cuando y como usar los comprimidos de misoprostol ante de irse a su domicilio. Asegurar que la mujer comprenda cuando y como administrarse la medicación para el dolor, hay otras medidas para calmar el dolor que deben examinarse con cada mujer para que las pueda usar si así lo prefiere. Asegurarse que la mujer comprenda como ponerse en contacto con un prestador de salud en caso de tener preguntas, inquietudes o complicaciones (OMS, 2014).

4. Uso de misoprostol en dependencias sanitarias: algunas consideraciones.

Asegurarse que la mujer tenga acceso a servicios higiénicos privados mientras que espera la expulsión del embarazo.

Características de las diferentes vías de administración del misoprostol.

VIA	INSTRUCCIONES DE USO	NOTAS
Oral	Se tragan las pastillas	Solo se recomienda hasta 7 semanas de (49 días) y después de 12 semanas (84 días). Los efectos colaterales incluyen diarrea y nauseas, fiebre y escalofríos
Vestibular	Se colocan las pastillas entre la mejilla y las encías y se tragan después de 30 minutos	Más fiebre y escalofríos que con la vía vaginal.
Sublingual	Se colocan las pastillas bajo la lengua y se tragan después de 30 minutos	Mas fiebre, escalofríos, diarrea y vómito comparado con la vía vaginal. Inicio más rápido de acción y niveles plasmáticos más elevados.
Vaginal	Se colocan las pastillas en los fornices vaginales (las porciones más profundas de la vagina) y se le indica a la mujer que se acueste 30 minutos	Los fragmentos de las pastillas pueden ser visibles. Menor tasa de efecto colaterales

Vías vestibular y sublingual de la administración de misoprostol



Figura 5. Vías vestibular y sublingual de la administración de misoprostol.

Efectos colaterales y complicaciones y su manejo.

Descripción.	Manejo.
Dolor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación respetuosa, sin juicio de valor. 2. Dar apoyo verbal y transmitir calma. 3. Explicación minuciosa de que esperar 4. La presencia de una persona de apoyo que se puede quedar acompañándola durante el proceso (solo si ella lo desea). 5. Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica AINES, como el ibuprofeno.
Sangrado	<ol style="list-style-type: none"> 6. Crear expectativas razonables sobre la cantidad y la duración del sangrado. 7. Si existen evidencias de compromiso hemodinámico, iniciar líquidos IV. 8. Aspiración por vacío por sangrado profuso. 9. Transfusión sanguínea, de ser necesario (raro).

Fiebre (las dosis repetidas de misoprostol pueden provocar elevación de la temperatura).	1. Medicación antipirética, como paracetamol, si la fiebre persiste durante más de 24 horas tras misoprostol, se justifica evaluación adicional.
Náuseas y vómitos	2. Auto-limitados, tranquilizar, dar antieméticos de desearse.
Diarrea	3. Auto-limitados, tranquilizar, dar medicación antidiarreica, de desearse. 4. Alentar la hidratación por vía oral.
Infección pélvica	1. Si se sospecha infección, realizar examen físico. 2. Si se confirma infección, dar antibiótico y realizar evacuación uterina e intentar en caso de ser necesario.

2.4.2 Aborto Quirúrgico: Preparación del cérvix.

Se recomienda preparar el cuello antes del aborto quirúrgico en todas las mujeres con embarazo de más de 12-14 semanas. Si bien no se recomienda de rutina para embarazos de menos de 12 semanas de duración, se puede considerar el uso de la preparación cervical para todas las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico. Entre los factores que inciden en esta consideración se puede incluir si la mujer tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones por el aborto, así como experiencia del personal de salud (OMS, 2014).

Una adecuada preparación del cérvix disminuye la morbilidad asociada con el aborto quirúrgico del segundo trimestre, incluyendo el riesgo de lesionar el cuello, una perforación uterina o un aborto incompleto. Para preparar el cérvix se puede usar dilatadores osmóticos y agentes farmacológicos. En el momento de preparar el cérvix se debe dar analgésicos como ibuprofeno y/o narcótico, así como ansiolíticos orales a demanda, antes del procedimiento, para maximizar su efectividad (OMS 2014).

Importante: si una mujer sometida a una preparación cervical comienza a sangrar profundamente por la vagina, se le debe hacer el procedimiento de evacuación sin demoras.

2.4.3 Medicamentos, insumos y equipos quirúrgicos para el aborto quirúrgico.

Evaluación Clínica.

Fármacos e insumos: guantes de examen limpios.

Equipos: equipo de presión arterial y estetoscopio.

Recuperación.	En caso de complicaciones.
1. Guantes de examen limpios.	1. Antagonistas apropiados a las medicaciones usadas para calmar el dolor.
2. Analgésicos.	2. Uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergometría).
3. Antibióticos.	3. Vía IV y fluidos (suero fisiológico, lactato de sodio, glucosa).
4. Información sobre los autocuidados personales después del procedimiento.	4. Mecanismos claros para derivación a instalación de mayor nivel, de ser necesario.
5. Métodos anticonceptivos post aborto e información y/o derivación.	5. Oxígeno y ambú.
6. Equipo de presión arterial.	6. Acceso a ecógrafo en el centro (opcional).
7. Estetoscopio.	7. Porta agujas largo y material de sutura.
	8. Tijeras.
	9. Materia para taponamiento uterino.

2.4.4 Aborto Quirúrgicos: ≤ 12-14 semanas de embarazo.

Consideraciones clínicas, hay dos tipos de aspirado por vacío.

1. El aspirado por vacío manual (AVM) emplea un aspirador portátil para generar un vacío. Se adosa el aspirador a la cánula con diámetro de 4 a 14 mm y se lo puede usar en una serie de situaciones diferentes inclusive en lugares donde no hay electricidad. (OMS 2014).

2. El aspirado por vacío eléctrico (AVE) emplea una bomba eléctrica para generar un vacío y puede alojar una cánula de entre 14 y 16 mm de diámetro, con una tabuladora de mayor diámetro (para cánulas >12 mm) (OMS, 2014).

El procedimiento abortivo se realiza de forma similar, independientemente del tipo de vacío usado:

Antes de iniciar el procedimiento:

1. Derivar a la mujer a una dependencia apropiada, según necesite, si se detecta alguna condición que pueda provocar o exacerbar complicaciones.
2. Realizar a la preparación del cuello, de ser necesario.
3. Instaurar profilaxis antibiótica para reducir las infecciones posteriores al procedimiento.
4. Confirmar que la mujer haya recibido sus medicamentos para alivio del dolor.
5. Garantizar que se han reunido todos los equipos y que están listos para usarse, si usas AVM, asegurarse de verificar que: 1-. El aspirador forma un vacío antes de comenzar el procedimiento. 2-.se dispone de aspiradores de repuesto a mano, por si se presenta algún problema técnico con el primer aspirador (OMS, 2014).

Se recomienda iniciar antibiótico profiláctico en el preoperatorio o durante el procedimiento, para reducir el riesgo de infección después del procedimiento: las dependencias donde se ofrecen abortos quirúrgicos deberían hacer esfuerzos necesarios para asegurar la provisión de antibióticos adecuados. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, igual se pueden realizar los abortos (OMS, 2014).

2.5 Pre Aborto.

1. Información, consejería y toma de decisiones.
2. Antecedentes médicos.
3. Examen físico

4. Laboratorios y otros estudios (de ser necesario y de estar disponibles).
5. Análisis de las opciones de anticoncepción.
1. Brindar información y ofrecer consejería de forma tal que la mujer pueda comprender, para permitirle tomar sus propias decisiones sobre si hacerse un aborto, y en ese caso, que método elegir.
2. Confirmar el estado de gestacional y determinar la ubicación intrauterina y la duración de la gestación.
3. Evaluar la existencia de alguna patología medica que haya que considerar o que considerar o que pueda influir sobre la elección del procedimiento de aborto.
4. Dar una oportunidad para analizar el uso futuro de la anticoncepción (OMS, 2014).

2.6 Información, consejería y toma de decisiones

Brindar información.

La información es un componente necesario de cualquier cuidado médico y siempre se le debe brindar a la mujer que considera hacerse un aborto. Como mínimo debe incluir: los métodos abortivos y las opciones del manejo del dolor de entre los cuales la mujer puede elegir (OMS, 2014).

Que se hará antes, durante y después del procedimiento, incluyendo cualquier examen que se pueda realizar que es probable que pueda sentir o experimentar, por ejemplo: dolor y su grado y cuánto tiempo es probable que lleve el proceso; como reconocer posibles complicaciones, como y donde consultar, de ser necesario cuando podrá reintegrarse sus a sus actividades normales incluyendo las relaciones sexuales (OMS, 2014).

Cuidados de seguimiento, incluyendo la prevención de embarazos no deseados en el futuro; los requisitos jurídicos o de notificaciones que sean necesario.

La mayoría de las mujeres que se hacen un aborto seguro no padece ningún efecto a largo plazo (por ejemplo; resultados adversos en embarazos ulteriores, consecuencias psicológicas negativas, cáncer de mama) sobre su salud general o reproductiva como consecuencia del aborto (OMS, 2014).

Ofrecer consejería.

La consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual la mujer recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones al brindar asesoramiento (comunicar la información en lenguaje sencillo, mantener la privacidad, apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer, evitar imponerle a los valores y creencias personales a la mujer (OMS, 2014).

Toma de decisiones.

Si la mujer decide realizarse un aborto y se dispone de todas unas series de métodos abortivos, debe poder elegir entre los métodos disponibles que sean apropiados, dependiendo de cuanto lleva de embarazo y de su estado de salud. Para ayudarla a elegir es fundamental que cuente con información adecuada y científicamente exacta sobre los posibles factores de riesgo y las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos disponibles (OMS, 2014).



Figura 6. Método de aborto recomendados según la duración del embarazo
Características de los procedimientos abortivos.

≤ 12-14 semanas.

Aborto médico.	Aspiración por vacío.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evita cirugía 2. Simula el proceso de pérdida de embarazo 3. Controlado por la mujer y puede realizarse en domicilio (≤ 9 semanas) 4. Lleva tiempo (horas o días) consumir el aborto, y tal vez no se pueda predecir los tiempos. 5. Las mujeres presentan sangrado y calambres y posiblemente otros efectos colaterales (náuseas, vómitos). 6. Tal vez requiera más visitas a la clínica que al AV (aspiración por vacío). <p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para las mujeres con obesidad severa. 2. Presencia de malformaciones uterinas o bromas, o, cirugía cervical previa. 3. Si a mujer quiere evitar una intervención quirúrgica. 4. Si no se puede o no se quiere hacer un examen de pelvis 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Procedimiento rápido. 6. El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el PdeC aspirando. 7. Tiene lugar de dependencia sanitaria. 8. La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento. 9. Muy bajo riesgo de lesión uterina o cervical. 10. Requiere instrumentación del útero. 11. Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador. <p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si hay contraindicaciones al aborto médico. 2. Si hay limitantes de tiempo para coordinar el aborto.

Contraindicaciones.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados. 2. Porfiria hereditaria. 3. Insuficiencia suprarrenal crónica. 4. Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. No se conocen contraindicaciones absoluta.

<p>Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cortica terapia prolongada (inclusive con presencia de asma severa no controlada). 2. Trastornos hemorrágicos 3. Anemia severa 4. Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular. 5. Tiene colocado un DIU. 	<p>Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico cuando la mujer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene colocado el DIU (retirar antes de comenzar el procedimiento).
---	---

12-14 SEMANAS.

<p>Aborto Medico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar la cirugía. 2. Algunas mujeres lo pueden sentir como más natural 3. Tiene lugar en dependencia sanitarias 4. Lleva tiempo (horas o días) consumir el aborto, y es posible que no se puedan predecir los tiempos. 5. Las mujeres presentan sangrado y calambres, y posiblemente otros efectos colaterales (náuseas, vómitos). 6. Las mujeres permanecen en las instalaciones hasta analizar la expulsión completa del producto de la gestación. 7. Las mujeres que presentan una cicatriz uterina tienen un riesgo muy bajo (0.28%) de una ruptura uterina durante el aborto medico entre las 12 y 24 semanas. <p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mujeres con obesidad severa. 2. Presencia de malformaciones uterinas o fibromas, o cirugía cervical previa. 3. Si la mujer quiere evitar una intervención quirúrgica. 	<p>Distancia y evacuación (Dy E)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento rápido. 2. El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el contenido uterino. 3. Tiene lugar en dependencia sanitaria. 4. La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento. 5. Requiere preparación cervical antes de realizar el procedimiento. 6. Requiere instrumentación del útero. 7. Poco riesgo de lesión uterina cervical. 8. Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador. <p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si el aborto medico está contraindicado. 2. Si hay limitantes de tiempo para realizar el aborto.
---	--

4. Si no se dispone de personal capacitado para realizar D y E.	
Contra indicaciones.	
1. Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados. 2. Porfiria hereditaria 3. Insuficiencia suprarrenal crónica. 4. Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona). Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de: 1. Cortica terapia prolongado (inclusive la presencia de asma severa no controlada). 2. Trastornos hemorrágicos. 3. Anemia severa. 4. Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovasculares. Tiene colocación de DIU. (Retirara antes de comenzar el esquema de tratamiento).	5. No se conocen contraindicaciones absolutas para el uso de D y E. 6. Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico si la mujer. 7. Tiene colocado el DIU (Retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento).

Antecedentes médicos.

Además de estimar la duración del embarazo, la anamnesis debe servir para identificar la existencia de contraindicaciones por las que no indicar algún método de aborto quirúrgico o médico y para identificar factores de riesgo de complicaciones. (OMS 2014).

Elementos vinculados con los antecedentes médicos.	
Datos personales.	Nombre, edad e información de contacto, de ser posibles.
Razón por la que buscar ayuda médica.	Circunstancias del embarazo, incluyendo los síntomas de embarazo o posibles complicaciones, como sangrado vaginal.
Antecedentes obstétricos.	Detalles de embarazos anteriores y sus resultados, incluyendo; embarazo ectópico, perdidas de embarazo y abortos pasados, muertes fetales, nacidos vivos y modo de parto.

Antecedentes ginecológicos.	Primera fecha de FUM y si la última menstruación fue normal. Patrón de los ciclos menstruales. Problemas ginecológicos, incluyendo cirugía ginecológica pasada, antecedentes de mutilación genital femenina, u otras anomalías físicas o patológicas conocidas. Antecedentes anticonceptivos: 1. Uso actual de anticonceptivos. 2. Métodos anticonceptivos usados en el pasado y experiencia (positiva o negativa) con estos métodos.
Antecedentes sexuales.	Pareja o parejas actuales y si esas parejas pueden a su vez tener otras parejas. Antecedentes de síntomas de alguna infección de transmisión sexual (ITS) inclusive virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)

Elementos vinculados con los antecedentes médicos	
Antecedentes médicos y quirúrgicos.	Enfermedades crónicas, tales como hipertensión, convulsiones, trastornos de la coagulación, enfermedad hepática, cardiopatías, diabetes, anemia falciforme, asma, patología psiquiátrica importante. Detalles de intervención previas. Detalles de intervenciones quirúrgicas en el pasado.
Medicamentos y alergias.	Medicaciones cotidianas. Uso de medicaciones recientes o remedios de herboristería, incluyendo toda la medicación y los detalles de su uso (dosis, vía, oportunidad) si se intentó un aborto por cuenta propia. Alergias a medicamentos.
Antecedentes sociales.	Estado civil o situación de pareja. Entorno familiar. Violencia o coerción por la pareja o miembros de la familia. Otros aspectos sociales que podrían incidir en su atención. Antecedentes y uso actual de alcohol y drogas ilegales. Nota: en el ejercicio de su profesión, los profesionales de la salud pueden hallar mujeres con situaciones sociales complicadas. El facilitar la derivación a servicios que respondan a las necesidades de la mujer es un aspecto importante de la atención de aborto de buena calidad; no obstante ello, no se debe utilizar los antecedentes sociales (por ejemplo: estado civil) para crear más barreras a la atención.

2.7 Examen Físico.

Elementos vinculados al examen físico.
--

Valoración del estado general.	<p>Aspecto general. Signos vitales. Signos de debilidad, letargia, anemia o desnutrición. Signos o marcas de violencia física. Signos o marcas de violencia física.</p>
Examen abdominal.	<p>Palpar el útero, tomando nota del tamaño y de la presencia del dolor exquisito. Tomar nota de la presencia de otras tumoraciones abdominales. Tomar nota de la presencia de cicatrices abdominales de cirugía previas.</p>
Examen de pelvis (examen bimanual y con espejulo).	<p>Explicar a la mujer lo que cabe esperar del examen de pelvis. Examinar los genitales externos buscando anomalías o signos de enfermedad o infección.</p> <p>EXAMEN CON ESPECULO. Inspeccionar el cuello y el canal de parto: buscar anomalías o cuerpos extraños, buscar signos de infección, como pus o flujo del orificio cervical; en caso de haber pus o flujo, tomar muestras para cultivo, de ser posibles, y administrar antibióticos antes de aspirar; en este punto se puede realizar la citología cervical, de estar indicada y disponible.</p> <p>Examen bimanual. Estimar el tamaño, la posición y la movilidad del útero. Valorar tumoraciones de anexos. Valorar si hay dolor exquisito del útero a la palpación o al mover el cérvix, y/o dolor exquisito del espacio recto vaginal (fondo de saco) que pueda indicar infección. Confirmar existencia de embarazo y duración de la gestación.</p>

2.6.1 Laboratorio y otros estudios (de ser necesario y de estar disponibles).

De estar disponibles, se puede realizar los siguientes exámenes sobre la base de los factores de riesgo individuales; lo que se encuentra en el examen físico y los recursos con los que se cuenta:

1. Prueba de embarazo si el embarazo no está confirmado.
2. Hemoglobina (Hb) o hematocrito si se sospecha anemia.
3. Pruebas de Rhesus (Rh), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativa.

4. Pruebas de VIH / asesoramiento
5. Despistaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis).
6. Tamizaje de cáncer cervical (realizado durante el examen de pelvis).
7. Otras pruebas de laboratorios según el examen médico (pruebas de funcionalidad renal o hepática, etc.).
8. Diagnostico ecográfico, de estar indicado, para confirmar las fechas de embarazo o de la ubicación del embarazo. (OMS 2014).

Nota: los exámenes de laboratorios no son un prerrequisito para el aborto.

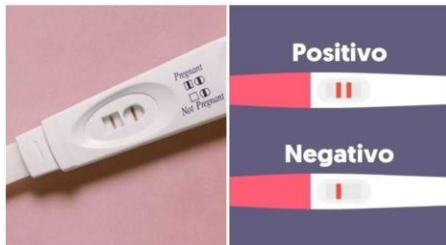


Figura 7. Prueba de embarazo.



Figura 8. Prueba de Hemoglobina.

1. Post Aborto.

1. Antes de dar de alta de la dependencia sanitaria.
2. Seguimiento adicional con un prestador de salud.
3. Anticoncepción post aborto.
4. Valoración y gestión de complicaciones.

Objetivo

1. Brindar información sobre anticoncepción y ofrecer asesoramiento y métodos anticonceptivos.
2. Valorar cualquier otra necesidad de salud sexual y reproductiva que pueda requerir otros cuidados adicionales.

3. Hacer frente a cualquier complicación inmediata del aborto. (OMS 2014).

2.7 Antes de dar de alta de las dependencias sanitarias.

Dar instrucciones de altas orales y escritas claras, que incluyan:

Recién se debería retomar las relaciones sexuales, duchas vaginales o colocación de cualquier cosa en la vagina cuando ya se haya detenido el sangrado profuso; es normal que el sangrado vaginal dure 2 semanas luego de haber finalizado un aborto quirúrgico o un aborto médico. Luego de un aborto quirúrgico las mujeres suelen presentar un sangrado liviano o un goteo de sangre; mientras que con el aborto médico hay sangrado más profuso y generalmente duran 9 días como promedio, si bien pueden durar hasta 45 días en casos infrecuentes; la mujer debería volver al hospital o a la clínica si presenta: (mayor intensidad de los calambres o del dolor abdominal, sangrado vaginal profuso, fiebre) (OMS, 2014).

Analizar el riesgo de quedar embarazada nuevamente antes de su próxima menstruación y el posible retorno a la fertilidad dentro de las 2 semanas siguientes al aborto.

Brindar información anticonceptiva y ofrecer asesoramiento a las mujeres que lo desean; ayudarlas a elegir e método anticonceptivo más apropiados para satisfacer sus necesidades en caso que ellas así lo desean; brindar el método anticonceptivo elegido (o derivarlas si e método que han elegido no se encuentra disponible). Asegurarse que ellas sepan cómo funciona el método anticonceptivo seleccionado, cuando iniciaron y como pueden reabastecerse en el futuro. Dar comprimidos de hierro para la anemia de ser necesario, dar analgésicos de ser necesario, dar apoyo emocional de ser necesario, derivar a otros servicios luego de determinar sus necesidades como, por ejemplo: asesoramiento y exámenes por ITS/VIH, servicios de apoyo por abuso, servicios psicológicos o sociales u otros especialistas médicos (OMS, 2014).

2.7.1 Seguimiento adicional con un prestador de salud.

Se recomienda una visita de control de rutina únicamente en el caso de aborto médico que utilice solo misoprostol, para comprobar que se haya consumado el aborto. Luego de un aborto médico con mifepristona y misoprostol después de un aborto quirúrgico no complicado no es necesario hacer controles de rutina; sin embargo, se le puede ofrecer a la mujer una consulta de control opcional entre 7 y 14 días después de su procedimiento para continuar con el asesoramiento anticonceptivo y brindarle métodos o más apoyo emocional, o para conservar sobre sus inquietudes médicas (OMS 2014).

En la cita de control:

1. Valorar la recuperación de la mujer y confirmar que se ha completado el aborto.
2. Examinar la historia médica disponible y los documentos de derivación.
3. Interrogar por cualquier síntoma que ella haya presentado desde que se realizó el procedimiento.
4. Realizar un examen físico dirigido en respuesta a sus motivos de consulta.
5. Analizar las metas de fertilidad de la mujer y sus necesidades de servicios anticonceptivos: si no se inició ningún método anticonceptivo antes de que se le diera de alta de la dependencia, de brindar información y ofrecer asesoramiento y el método anticonceptivo apropiado, si así lo desea la mujer.
6. Si ya se inició algún método anticonceptivo: valorar el método usado, satisfacción o inquietudes; si está satisfecha, restablecer lo que necesite; si no está satisfecha, ayudarla a elegir otro método que le resuelva sus necesidades. Si la mujer está contenta, ayúdela a seleccionar otro método que le venga bien.

Derivar a otros servicios, según se determine al evaluar sus necesidades de otros servicios de salud sexual y reproductiva, y facilitar las derivaciones que resulten necesaria (OMS, 2014).

2.7.2 Anticoncepción post Aborto.

Generalmente, la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico. El término “inicio inmediato de la anticoncepción” se refiere al día mismo del procedimiento, y el término “aborto médico” se refiere al día en que se toma las primeras pastillas de un esquema de aborto médico. Al igual que con cualquier método de anticoncepción, es preciso verificar la elegibilidad médica de la mujer para cada método en particular (OMS, 2014).

Recomendaciones de elegibilidad médica para anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos de barrera.

CONDICIÓN POST ABORTO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	INMEDIATAMENTE POST ABORTO SEPTICO
AOC	1	1	1
AIC	1	1	1
Parche y anillo vaginal	1	1	1
POP	1	1	1
DMPA, NET-EN	1	1	1
Implantes LNG/ETG	1	1	1
DIU de cobre	1	2	4
DIU que libera LNG	1	2	4
CONDONES	1	1	1
ESPERMICIDA	1	1	1
DIAFRAGMA	1	1	1

Definición de las categorías:

1. Afección para la que no existe ninguna restricción para usar un método anticonceptivo.
2. Afección donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Afección en la que los riesgos teóricos o probados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
4. Afección que representa un riesgo inaceptable para la salud si se llegara a usar ese método anticonceptivo.

Recomendaciones de elegibilidad médica para esterilización quirúrgica después de un aborto (OMS, 2014).

CONDICIÓN POST ABORTO	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA MUJER
No complicado	A
Sepsis o fiebre post aborto	D
Hemorragia post aborto severa	D
Traumatismo severo del tracto genital; desgarrado cervical o vaginal en el momento del aborto	D
Perforación uterina	E
Hematómetra aguda	D

Definición de las categorías.

A= (aceptar): no hay ninguna razón médica para negarle la esterilización a una persona con esta afección.

C= (cuidado): el procedimiento se realiza normalmente en condiciones de rutina, pero con una preparación y precauciones adicionales.

D= (demorar): se demora el procedimiento hasta haber evaluado y/o corregido la condición; se debe brindar métodos anticonceptivos alternativos provisionales.

E= (especial): el procedimiento debe realizarse en condiciones que aseguren la presencia de un cirujano y personal con experiencia, y se necesita equipos para administrar anestesia general y otro soporte médico de respaldo. Para estas condiciones, también se necesita la capacidad de decidir sobre el procedimiento y el régimen anestésico más apropiado. Si se requiere una derivación, o si hay alguna demora por alguna u otra razón, se deben brindar métodos provisionales alternativos. (OMS 2014).

Métodos anticonceptivos y elegibilidad médica después de un aborto.

1. MÉTODOS HORMONALES (incluyen píldoras, inyecciones, implantes, parches y anillo vaginal): pueden iniciarse inmediatamente después de cualquier aborto, inclusive el aborto séptico.
2. IUDs: se pueden colocar inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre; no obstante, ello el riesgo de expulsión es levemente más elevado luego de los abortos del segundo trimestre que luego de los del primero. Se puede colocar un DIU luego de un aborto médico que se considera consumado.
3. CONDON (preservativo): su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico.
4. DIAFRAGMA: Su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico. Su uso se debe posponer durante 6 semanas luego del aborto, pasadas las 14 semanas de gestación.
5. LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD: deben postergarse hasta que se hayan restituido los ciclos menstruales regulares.
6. LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA: se puede realizar inmediatamente después de un aborto no complicado. Empero, se debe postergar el procedimiento si el aborto está complicado con infección, hemorragia severa, traumatismo o hematómetra aguda.

7. LA VASECTOMÍA: se puede realizar en cualquier momento.
8. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: las mujeres pueden usar píldoras anticonceptivas de emergencia o un DIU dentro de los primeros 5 días (120 horas) de un acto sexual sin protección, para disminuir el riesgo de embarazo.
9. LA PRÁCTICA DEL RETIRO: puede iniciarse con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico.

IMPORTANTE: Nunca colocar un DIU inmediatamente después de un aborto séptico (OMS, 2014).

2.8 Evaluación y manejo de las complicaciones de un aborto.

Las complicaciones que planteen riesgo de muerte son raras cuando se realiza un aborto seguro; así, es posible que aparezca alguna complicación, aunque se tomen todas las precauciones necesarias. Cuando el aborto lo realiza algún prestador no seguro o se realiza en algún lugar no seguro, dichas complicaciones son muchos más frecuentes. Algunas mujeres que consultan posteriormente pueden acudir cuando ya están graves y necesitan atención inmediata de emergencia por patologías que pueden poner su vida en riesgo (OMS, 2014).

Algunos métodos de aborto no seguro pueden llevar a complicaciones vinculadas al método utilizado, como la ingestión de un veneno, sustancias o medicamentos tóxicos, introducción de algún cuerpo extraño en el ano, vagina o cérvix, o traumatismo abdominal. El tratamiento de las complicaciones en estas mujeres debe incluir el tratamiento de cualquier de las lesiones sistémicas o físicas, además de cualquier complicación relacionada con el aborto (OMS, 2014).

Embarazo conservado: A aquellas mujeres que continúen presentando signos de embarazo o signos clínicos de fracaso del aborto se les debe ofrecer una evacuación uterina de forma oportuna (OMS, 2014).

Aborto incompleto: Los síntomas comunes de aborto incompleto incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal. También se debe sospechar si, a la inspección, el PdeC aspirado durante un aborto quirúrgico no es compatible con la duración del embarazo (OMS, 2014).

Un aborto incompleto luego de un aborto espontaneo o un aborto inducido se pueden manejar se similar manera.

Las pacientes que se encuentren clínicamente estables tienen las tres opciones:

1. Manejo expectante.
2. Aspirado por vacío: (para un tamaño uterino de hasta 14 semanas de gestación).
3. Manejo con Misoprostol: (para un tamaño uterino de hasta 1 semana de gestación).

La decisión se debe basar en la condición clínica de la mujer y sus preferencias terapéuticas (OMS, 2014).

Esquema recomendado para el manejo de aborto incompleto con misoprostol.

Dosis (g)	Vía
600 g	Oral.
400 g	Sublingual.
400-800 g	Vaginal; se puede usar si el sangrado vaginal es mínimo.

Comparación de las opciones de manejo para los abortos fallidos o incompletos.

Método	Posibles Ventajas	Posibles Desventajas	Eficacia (%)	
			Fallido	Incompleto

Manejo Expectante ^a	1. Puede reducir las visitas 2. Evita los efectos colaterales y las complicaciones de otros métodos 3. Evita la instrumentación intrauterina	4. Marco de tiempo impredecible 5. Tal vez siga necesitando aspiración de seguimiento si es infructuoso	16-75	82-100
Misoprostol Solo	1. Evita la instrumentación intrauterina	2. Puede provocar más sangrado y necesidad de control que la aspiración 3. Efecto colaterales a corto plazo del misoprostol	77-89	61-100
Aspiración	4. Resolución rápida	5. Procedimiento Quirúrgico	96-100	96-100

Hemorragia.

La hemorragia puede provenir de PdeC retenidos, trauma o daño del cérvix, coagulación o rara vez, perforación o rotura uterina.

El tratamiento apropiado para la hemorragia depende de su causa y severidad, e incluye:

1. Re-evacuación del útero.
2. Administración de medicamentos que aumenten la tonicidad del útero.
3. Transfusión de sangre.
4. Reemplazo de factores de coagulación.
5. Laparoscopia.
6. Laparotomía exploradora.

Cada centro de atención debe ser capaz de estabilizar y tratar o derivar a las mujeres con hemorragia inmediatamente (OMS, 2014).

Infección.

Entre los signos y síntomas comunes de la infección incluyen:

1. Fiebre o escalofríos.
2. Flujo vaginal o cervical fétido.
3. Dolor abdominal o pelviano.
4. Sangrado vaginal prolongado o goteo.
5. Dolor exquisito uterino.
6. Hiperleucitosis.

Las mujeres con infección requieren antibióticos para su tratamiento, si se sospecha que los PdeC sean una causa de infección, re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización (OMS, 2014).

Perforación uterina.

La perforación uterina habitualmente pasa desapercibida y se resuelve sin necesidad de intervención. Siempre que se necesite y esté disponible, la laparoscopia es el método de estudio de elección. Si el estado de la mujer o los hallazgos de la laparoscopia sugieren daño del intestino, vasos sanguíneos u otras estructuras, tal vez se necesite realizar una laparotomía para reparar cualquier daño (OMS, 2014).

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.

Por su alta prevalencia, efecto nocivos e incluso fatales, la violencia familiar y sexual es un problema de salud pública que representan un obstáculo fundamental para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno

ejercicio de los derechos humanos. Su magnitud y repercusiones, documentados a través de encuestas e investigaciones, no deben minimizarse (CNDH, 2009).

El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico – desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, ITS/VIH/SIDA, hasta la muerte -, como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad (CNDH, 2009).

La violencia familiar se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano. Si bien cualquier persona puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte del otro, las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y mujeres como sujetos que mayoritariamente viven situaciones de violencia familiar y sexual (CNDH, 2009).

En el caso de niños y niñas, esta es una manifestación del abuso de poder en función de la edad, principalmente, mientras que, en el caso de las mujeres, el trasfondo está en la inequidad y el abuso de poder en las relaciones de género. La violencia contra la mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuentes subordinación de la mujer al hombre (CNDH, 2009).

La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos (CNDH, 2009).

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar:
NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia Epidemiológica.

NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del Niño.

NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social a menores de edad y adultos mayores.

NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.

Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del sistema nacional de la salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificadas desde el punto de vista médicos, como la o el usuario afectado; al agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones (CNDH, 2009).

Esta atención medica incluye la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas medicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores. La atención medica se proporcionará con perspectiva de género que permita comprender de manera integral el problema de la violencia (CNDH, 2009).

III DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1 Diseño Meteorológico.

El presente estudio se llevó a cabo mediante un diseño de estudio descriptivo porque tiene como objetivo la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014) cuantitativo por que los resultados presentan con datos números (Canales, 2011). Retrospectivo ya que implica la recopilación de datos del pasado para examinar las exposiciones a factores de riesgo en relación con un resultado que se establece al comienzo del estudio (Canales, 2011).

3.2 Ubicación.

El siguiente estudio se realiza en el hospital general Adolfo Prieto, que se encuentra localizado en la ciudad de Taxco de Alarcón guerrero. Con domicilio calle del chorrillo número #20 con código postal 40238.

3.3 Universo y Muestra.

La población a estudiar estuvo conformada por 50 pacientes con ingreso a toco cirugía con diagnósticos de: aborto incompleto, aborto diferido, aborto espontaneo y aborto ectópico. La muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia por el cien por ciento de las participantes que fueron ingresos dentro del hospital general Adolfo prieto en los diferentes turnos de las bitácoras de información del servicio de toco cirugía. El tiempo para la recolección de datos fue comprendido de abril de 2019 a octubre de 2019.

3.4 Criterios de selección.

Criterio de inclusión.

1. Información obtenida de bitácoras obtenidas de pacientes atendidas en el servicio de tococirugía.

Exclusión.

2. Información incompleta obtenida de bitácoras de pacientes atendidas en el área de tococirugía.

Criterios de eliminación.

3. Datos incompletos de bitácoras.

TABLA DE VARIABLES.

Variable	Definición		Datos sociodemográficos	Escala de medición
	Conceptual	Signos y síntomas		
Aborto incompleto	En un aborto incompleto, partes del feto o del material placentario permanece dentro del útero.	Los síntomas típicos de esta afección son, entre otros, sangrado vaginal y cólicos en la parte baja del abdomen.	edad de la embarazada. Estado civil. Numero de gestas. Evento obstétrico. Nivel socioeconómico	De 15 años a 45 años. Soltera. Casa Unión libre 1 a 8 gestas Legrado Ameu Lui Otb Bajo Medio ALTO
Aborto Diferido	Consiste en el aborto caracterizado	Pequeños sangrados vaginales,	Edad de la embarazada.	De 15 años a 45 años.

	por la retención del embrión o feto dentro del útero materno, pudiendo acompañarse o no de un cierto grado variable de sangrado.	desaparición de los síntomas del embarazo (nauseas, tensión mamaria entre otros).	Estado civil. Numero de gestas. Evento obstétrico. Nivel socioeconómico	Soltera. Casa Unión libre 1 a 8 gestas Legrado Ameu Lui Otb Bajo Medio ALTO
Aborto en evolución o espontaneo.	El aborto espontaneo es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto espontaneo en una mujer con una gestación intrauterina	Los síntomas del aborto espontaneo incluyen dolor pelviano tipo cólico, sangrado y, finalmente, expulsión vaginal de tejido. El aborto espontaneo tardío puede comenzar con un chorro liquido cuando se rompen las membranas. La hemorragia rara vez es masiva. Un cuello uterino dilatado indica que el aborto es inevitable.	Edad de la embarazada. Estado civil. Numero de gestas. Evento obstétrico. Nivel socioeconómico	De 15 años a 45 años. Soltera. Casa Unión libre 1 a 8 gestas Legrado Ameu Lui Otb Bajo Medio ALTO

	viable confirmada.			
Aborto ectópico	<p>El embarazo comienza con un ovulo fecundado. El ovulo fecundado se adhiere al revestimiento del útero. Un embarazo ectópico se produce cuando un ovulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero.</p> <p>El embarazo ectópico se produce en otras partes del cuerpo como los (ovarios, la cavidad abdominal o la parte inferior del útero) que se conecta con la vagina. El ovulo fecundado no puede sobrevivir y el aumento de tejido puede provocar sangrado que ponga en</p>	<p>Las mujeres que tienen un embarazo ectópico presentan síntomas habituales en el embarazo como: ausencia de menstruación, sensibilidad en los senos y nauseas.</p> <p>A medida que el ovulo fecundado crece en el lugar inadecuado los signos y síntomas son más notorios.</p> <p>A menudo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico.</p> <p>Si el ovulo fecundado sigue creciendo en la trompa de Falopio, esto puede causar la ruptura de la trompa es probable que se produzca un sangrado</p>	<p>Edad de la embarazada.</p> <p>Estado civil.</p> <p>Numero de gestas.</p> <p>Evento obstétrico.</p> <p>Nivel socioeconómico</p>	<p>De 15 años a 45 años.</p> <p>Soltera. Casa Unión libre</p> <p>1 a 8 gestas</p> <p>Legrado Ameu Lui Otb</p> <p>Bajo Medio ALTO</p>

	riesgo la vida si no se trata.	intenso en el interior del abdomen.		
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	--

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumentó (recolección de datos) ... para obtener información de los factores de riesgo en pacientes con aborto incompleto, aborto diferido, aborto en evolución, aborto ectópico que se atienden en el hospital general Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón, guerrero. El instrumento está compuesto por datos obtenidos en bitácoras del área de tococirugía.

Trabajo de campo: se programa recabación de datos en bitácoras de la institución; obteniendo la aprobación para tomar los mismos del jefe del servicio. Se lleva a cabo la recolección de datos previo consentimiento informado de las autoridades de la institución de salud para poder obtener la información. Posteriormente se diseña la base de datos en SPSS.

Plan de análisis estadísticos.

En esta investigación se presenta las variables mediante un programa de SPSS versión 22. A fin de dar respuesta a los resultados y objetivos planteados. Se tomarán medidas descriptivas, frecuencias absolutas y frecuencias relativas para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Por este medio se calcularon las medidas estadísticas, mediante estadísticos descriptivos y tablas de contingencia, para determinar sobre las pacientes con ingreso a toco cirugía con diagnósticos de: aborto incompleto, aborto diferido, aborto espontaneo y aborto ectópico en el Hospital General Adolfo Prieto en noviembre 2019. Se comprobó mediante los genograma, sobre los diferentes tipos de aborto

que se presentaban en el área de tococirugía del Hospital General Adolfo Prieto de abril de 2019 a octubre de 2019.

Ética de estudio.

Para este trabajo se los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de la salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, capítulo 1, Artículo 3, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se tiene el consentimiento informado por escrito del director de la institución y de los enfermeros de dicha institución que participan en esta investigación.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

1. La justificación y los objetivos de la investigación.
2. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyen la identificación de los procedimientos que son experimentales

3. Las molestias o los riesgos esperados;
4. Los beneficios que puedan observarse;
5. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
6. La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
7. La libertad de retirar sus consentimientos en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
8. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
9. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
10. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daño que la ameriten, directamente causado por la investigación, y
11. Que, si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

1. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
2. Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
3. Indicara los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación;

4. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que el designe, y
5. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos deberá realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por la persona, beneficencia y justicia.

En forma general, se concuerda que estos principios – que en teoría tienen igual fuerza moral – guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las constancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicarse de manera diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios de la investigación en seres humanos.

El respeto por las personas incluye, por lo menos, de dos consideraciones éticas fundamentales.

1. Respeto por la autonomía: Que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
2. Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada: que implica que se debe de proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido, especialmente a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios a participar en la investigación. Diferencia en la distribución de cargas y beneficios que se justifican solo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad.

El término “vulnerabilidad” alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debe hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas deberán ser lo menos vulnerables, para cumplir con los propósitos de la investigación.

El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que se les ofrece una esperanza de un beneficio

directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV RESULTADOS.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de las bitácoras del servicio de tóco cirugía para determinar la Prevalencia De diferentes tipos de Aborto En El Hospital General Adolfo Prieto de abril 2019 a octubre del 2019

Cuadro No. 4.1. **EDAD.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 a 20 años	14	28%	28%	28%
	20 a 25 años	6	12%	12%	40%
	25 a 30 años	11	22%	22%	62%
	30 a 35 años	6	12%	12%	74%
	35 a 40 años	5	10%	10%	84%
	40 años y mas	8	16%	16%	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

De los resultados obtenidos se muestra la incidencia de edades de las pacientes de aborto, de un rango de 15 a 20 años con un 28% mientras el rango de edad de 35 a 40 años con un 10%.

Cuadro No. 4.2. ESTADO CIVIL.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Unión libre	28	56%	56%	56.%
	Casada	22	44%	44%	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

De los resultados obtenidos se muestra la incidencia del estado civil de las pacientes, de un rango del 56% son mujeres de Unión libre mientras el rango de 44% son mujeres casadas.

Cuadro No. 4.3. NIVEL EDUCATIVO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	13	26%	26%	26%
	Secundaria	20	40%	40%	66%
	Preparatoria	4	8%	8%	74%
	nivel técnico	5	10%	10%	84%
	Licenciatura	8	16%	16%	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Prevalencia de Nivel Educativo en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019.

De los resultados obtenidos se muestra la incidencia del nivel socioeconómico de las mujeres que acudían al Hospital General Adolfo Prieto con un rango del 52% es bajo, el 22% es medio y solo el 26% es alto.

Cuadro No. 4.4. **NIVEL SOCIOECONOMICO.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Válido</i>	Bajo	26	52%	52%
	Medio	11	22%	74%
	Alto	13	26%	100
	Total	50	100	100

Fuente: Prevalencia de Nivel Socioeconómico en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

De los resultados obtenidos se encontró que las pacientes que acudían al Hospital General Adolfo Prieto con un rango de 28% eran mujeres con 2 parejas sexuales, el 26% 5 o más parejas sexuales, con el 18% tienen entre 1 y 3 parejas sexuales y solo el 10% tenían 4 parejas sexuales.

Cuadro No. 4.5. **NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Válido</i>	1 pareja	9	18%	18%
	2 parejas	14	28%	46%
	3 parejas	9	18%	64%
	4 parejas	5	10%	74%
	5 o más parejas	13	26%	100
	Total	50	100	100

Fuente: Prevalencia de Números de parejas sexuales en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

De los resultados obtenidos se encontró que las pacientes que acudían al Hospital General Adolfo Prieto con un rango de 28% eran mujeres con 2 parejas sexuales, el 26% 5 o más parejas sexuales, con el 18% tienen entre 1 y 3 parejas sexuales y solo el 10% tenían 4 parejas sexuales.

Cuadro No. 4.6. **NUMERO DE GESTA.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 2 gestas	31	62%	62%	62%
	3 a 4 gestas	14	28%	28%	90%
	5 a 6 gestas	3	6%	6%	96%
	7 o más gestas	2	4%	4%	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

Se identificó con un 62% de las pacientes eran primigestas, un 28% tenían 3 a 4 gestas y el 4% tenían más de 7 gestas.

Cuadro No. 4.7. **TIPO DE ABORTO.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aborto incompleto	28	56%	56%	56%
	Aborto diferido	9	18%	18%	74%
	Aborto en evolución	9	18%	18%	92%
	Aborto ectópico	4	8%	8%	100%
	Total	50	100	100	

Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

Se identificó que las pacientes que acudían al área de toco cirugía del Hospital General Adolfo Prieto son mujeres con diferentes tipos de aborto el, cual con un 56% aborto incompleto, con un 18% aborto diferido y aborto en evolución y con tan solo el 8% fue un aborto ectópico.

Cuadro No. 4.8. **EVENTO OBSTÉTRICO.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LEGRADO	8	16%	16%	16%
	AMEU	14	28%	28%	44%
	LUI	27	54%	54%	98%
	OTB	1	2%	2%	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

De los resultados obtenidos se muestra la incidencia en la cual puede terminar un aborto en un Evento Obstétrico con un rango de 54% terminan en LUI, con un rango del 28% termina en AMEU, con un rango del 16% termina en LEGRADO y con un rango del 2% termina en OTB.

V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Conclusiones:

De acuerdo a los resultados obtenidos con forme al instrumento empleado en el Hospital General Adolfo Prieto, nos arrojó que el 56% de las pacientes atendidas fue por un aborto incompleto, el 18% de las pacientes atendidas por un aborto diferido y aborto en evolución y con un 8% de las pacientes atendidas por un aborto ectópico dándonos cuenta que el 62% de las mujeres era su primer embarazo en el cual de otras mujeres era su segundo embarazo.

Un dato importante que encontramos dentro del estudio fue en la tabla No. 4.2 la cual se refiere en la edad de las pacientes. Los resultados obtenidos, observamos que la prevalencia de las pacientes las cuales más acudieron al área de toco cirugía fueron, el 28% de pacientes con una edad de 15 a 20 años y con un 10% pacientes con edad de 35 a 40 años el cual indica que hay más probabilidad un aborto en pacientes adolescente que en mujeres mayores.

Sugerencias:

1. Fomentar la atención en la Planificación Familiar.
2. Fomentar la atención Prenatal.
3. Involucrar más al personal profesional de la salud en el área de control prenatal, toco cirugía para atender a la mujer gestante con calidad.
4. Fomentar la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

5. BIBLIOGRAFÍAS.

Manual de práctica clínica para un Aborto Seguro.

Recuperado:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=BB4524F5890706BC46DF23397D7CE204?sequence=1

María Luz Fernández Fernández en la Universidad de Cantabria 2010. Modelos y teorías en Enfermería. Modelo de Madeleine Leininger.

Recuperado:<https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528IV%2529.pdf>

Rivero Navia María José y Pintado Abad Sara Vanesa (2017). Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el hospital mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017.

Recuperado: [tesis aborto \(ucsg.edu.ec\)](http://tesis.aborto(ucsg.edu.ec)).

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer nivel y segundo nivel de atención.

Recuperado:<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>

Aguilar Jiménez María Eugenia (2014). Estrategias para acceder al aborto en un contexto de penalización absoluta; Tijuana, Baja California, México (2014).

Recuperado: [TESIS-Aguilar-Jimenez-Maria-Eugenia.pdf \(colef.mx\)](http://tesis-abortar-jimenez-maria-eugenia.pdf)

González de León Aguirre Deyanira (2002). El aborto en México.

Recuperado: [gonzalez.pdf \(ucr.ac.cr\)](http://gonzalez.pdf)

The Alan Guttmacher Institute, 1994 Aborto clandestino: una realidad latinoamericana.

Recuperado: [LA Abortion_Spanish_ISB.qxd \(guttmacher.org\)](http://LA%20Abortion_Spanish_ISB.qxd)

The Guttmacher institute 2022.

Recuperado: [Aborto a nivel mundial 2017—Resumen ejecutivo | Guttmacher Institute](#)

Hospital Internacional de Colombia (2006).

Recuperado:<http://www.fcv.org/site/experiencia-del-paciente/enfermedades-y-tratamientos-a-z/a/239-aborto-incompleto>.

Antonette T. Dulay, Manual MSD, main line health system (2019).

Recuperado:https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo#v1074677_es.

Departamento de salud reproductiva e investigación, Organización Mundial de la Salud (OMS), avenue Appia 20, 1211, Ginebra 27 (Suiza). Recuperado: [https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20el%20aborto,ambas%20cosas%20a%20la%20vez](https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20el%20aborto,ambas%20cosas%20a%20la%20vez).

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. CNDH (2009).

Recuperado:<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Recuperado:<https://www.gob.mx/conapo/documentos/norma-oficial-mexicana-046-ssa2-2005-violencia-familiar-sexual-y-contra-las-mujeres-criterios-para-la-prevencion-y-atencion#:~:text=Criterios%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20y%20atenci>

%C3%B3n%20(NOM%2D046%2DSSA2,tiene%20la%20imposibilidad%20para%20consentir%E2%80%9D.

El aborto legal en México tras una violación es un camino tortuoso. Recuperado: <https://interactivo.eluniversal.com.mx/2020/aborto-legal/#mapa>

Organización Mundial de la Salud (OMS). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. (28 de septiembre de 2017).

Recuperado: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

Libro: Mayo Clinic to a Healthy Pregnancy (Guía de Mayo Clinic para tener un embarazo saludable).

Recuperado: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372088>.

Código de NUREMBERG normas éticas sobre experimentación en seres humanos.

Recuperado: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf

Lavado de manos con agua y jabón.

Recuperado: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/infografias/lavado-manos>

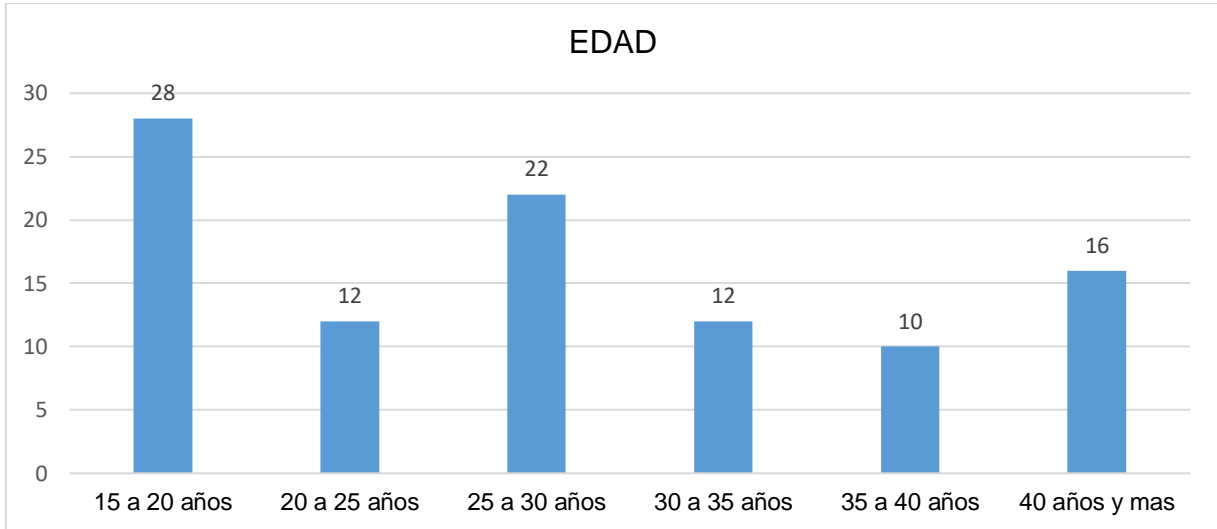
Sus 5 momentos para la Higiene de las manos.

Recuperado: https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf

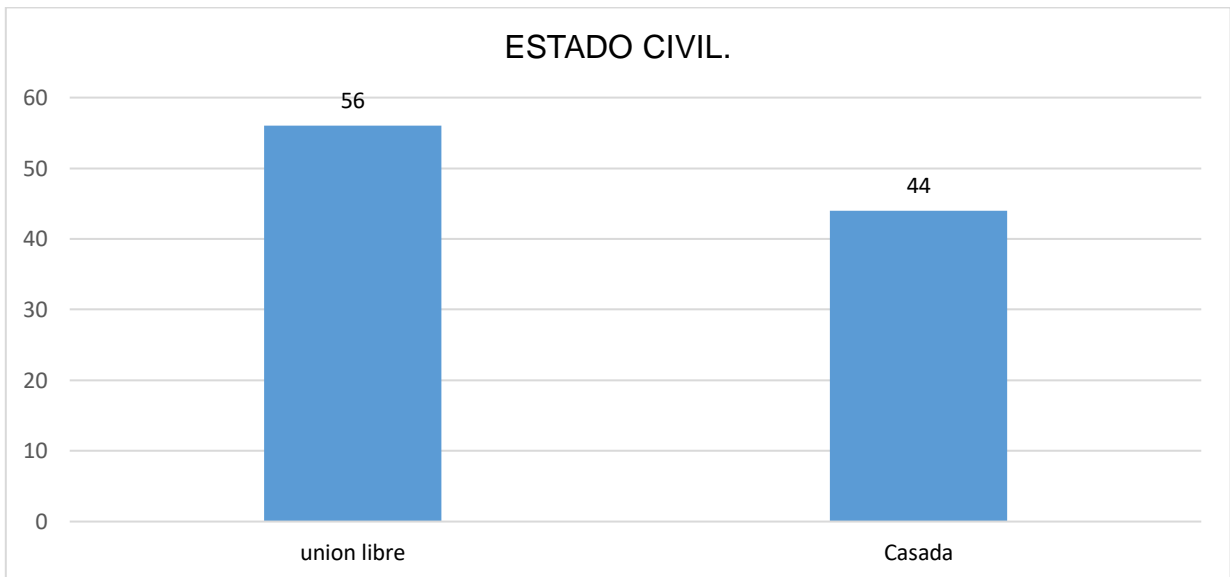
Acciones esenciales para la seguridad del paciente.

Recuperado:<https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>

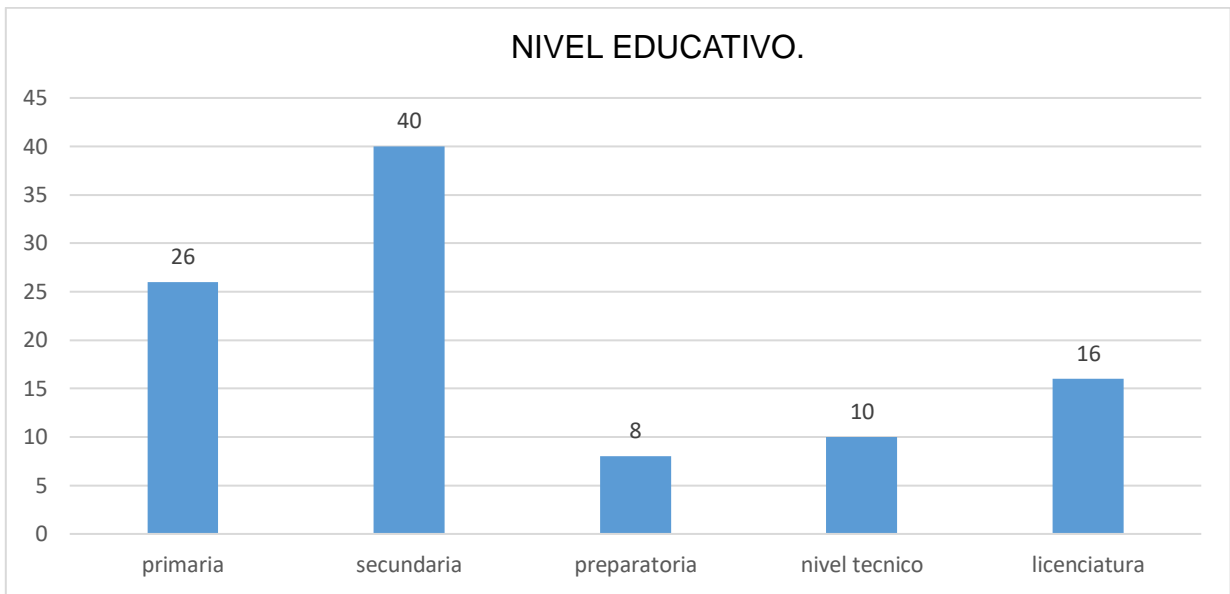
ANEXO "A" FIGURAS



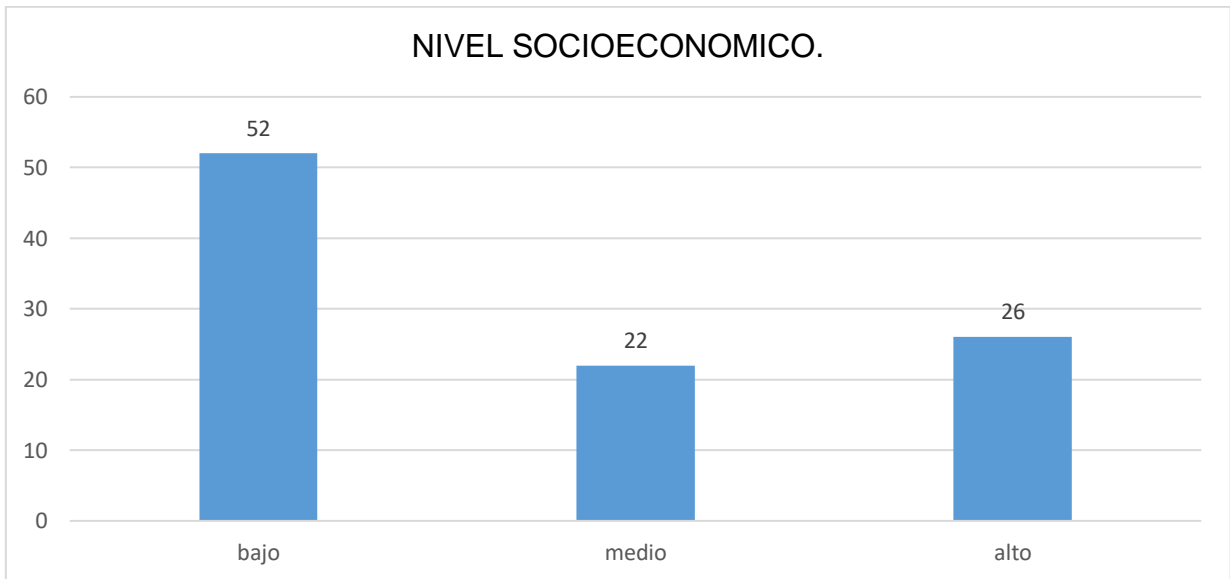
Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



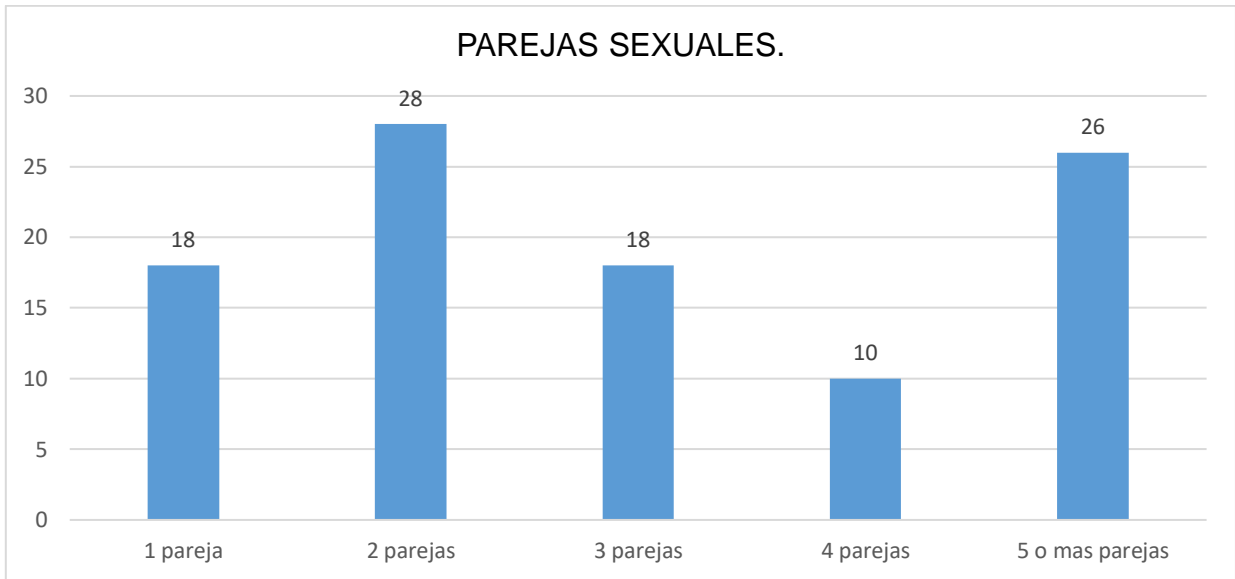
Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



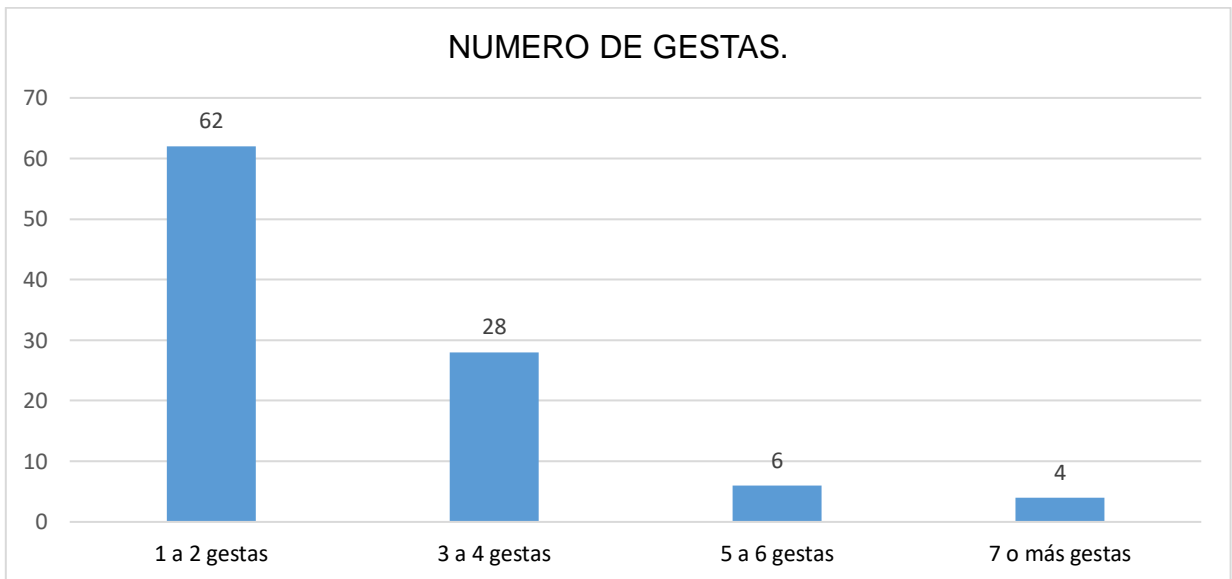
Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



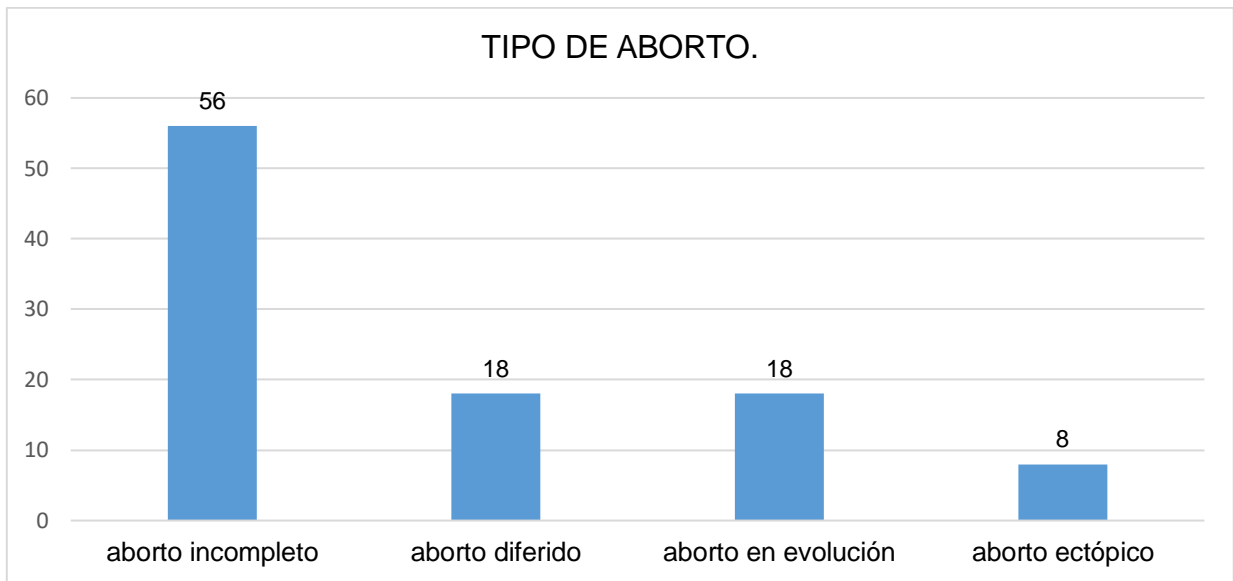
Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



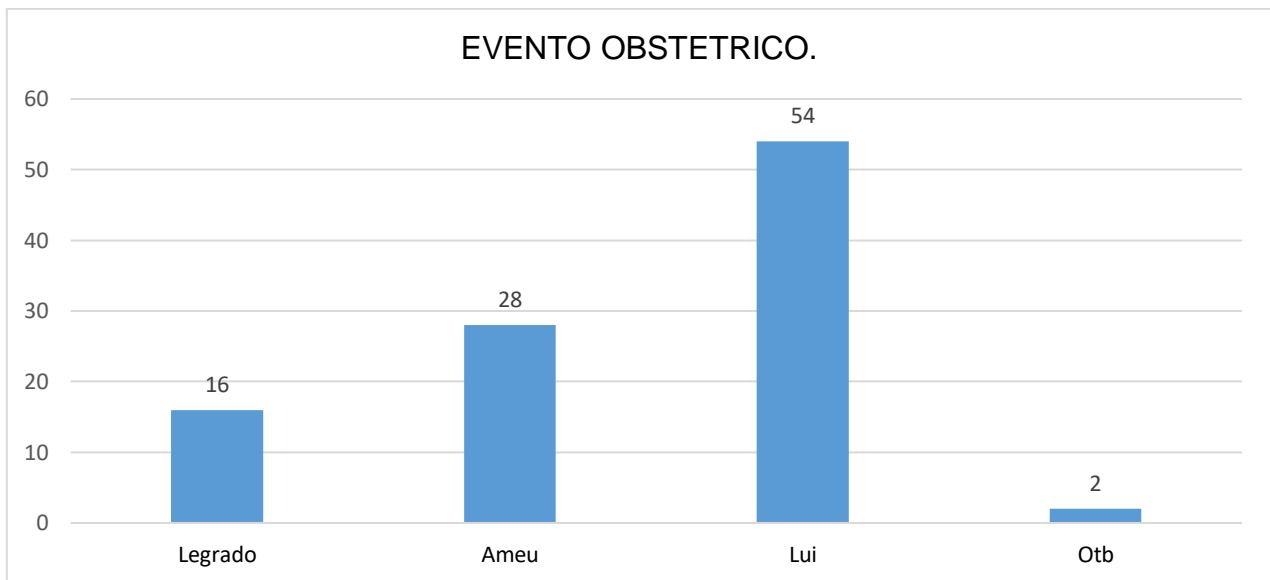
Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.



Fuente: Prevalencia de Abortos en el Hospital General Adolfo Prieto en abril de 2019 a octubre de 2019. No. 50.

VII ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA. LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

TAXCO DE ALARCÓN, GRO, A DE 2019.

C. DR. FRANCISCO GUTIÉRREZ FITZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
"ADOLFO PRIETO"
TAXCO DE ALARCÓN, GRO.

El que suscribe LUIS ARMANDO HERNÁNDEZ JAIMES, Pasante de Enfermería asignada a esta institución en el periodo comprendido de agosto de 2018 a julio de 2019.

Por este conducto me permito manifestar a usted que estoy interesada en elaborar una investigación con respeto al "ABORTO" en el periodo comprendido de abril 2019 a octubre de 2019, en el Hospital General Adolfo Prieto de la CD. De Taxco de Alarcón, Gro., la cual servirá para la elaboración de tesis para obtener el Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, siendo alumno del Centro Universitario de Iguala, Incorporado a la Universidad Autónoma de México

NOMBRE.
LUIS ARMANDO HERNANDEZ JAIMES.

INGRESO.
2018-2019

Solicitando a ese de su digno cargo, tenga a bien autorizarme la investigación de tipo cuantitativo; de esta forma, me comprometo a que el trabajo se realice con las características de calidad y decoro académico para ser sustentado en el examen profesional.

Atentamente.

LUIS ARMANDO HERNÁNDEZ JAIMES.
PASANTE DE ENFERMERÍA ASIGNADO A ESTA INSTITUCIÓN.

c.c.p. Interesada
c.c.p. L.E. MERCEDES GONZALES SOTELO; JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
GENERAL "ADOLFO PRIETO"
C.C.P MTRA. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA; DIRECTORA TÉCNICO; LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ANEXO B

Lista de cotejo para identificar la incidencia de tipos de ABORTO en el Hospital General Adolfo Prieto en el periodo de abril 2019 a octubre 2019.

Instrucciones:

Se utilizará una lista de cotejo para llevar un control de los datos obtenidos en bitácoras que se encuentra en el servicio, complementando la información que se solicita y/o eligiendo una opción de respuesta.

1	Edad
2	Numero de gesta
3	Diagnostico
4	Factor de riesgo
5	Evento obstétrico

ANEXO C

CODIGO DE NUREMBERG.

En 1997, el código de Nuremberg fue publicada en el 20 de agosto de 1947, como producto de juicio de Nuremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos.

Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteo explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
2. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
3. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
4. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
5. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentados sirven como sujetos de investigación.

6. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
7. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
8. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Deben requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
9. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

ANEXO D

Lavado de manos con agua y jabón.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



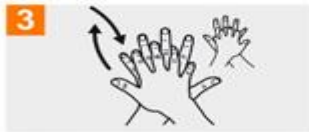
0 Mójese las manos con agua;



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



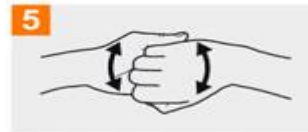
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



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 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands



Lavado de manos con solución antiséptica.

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

⌚ Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

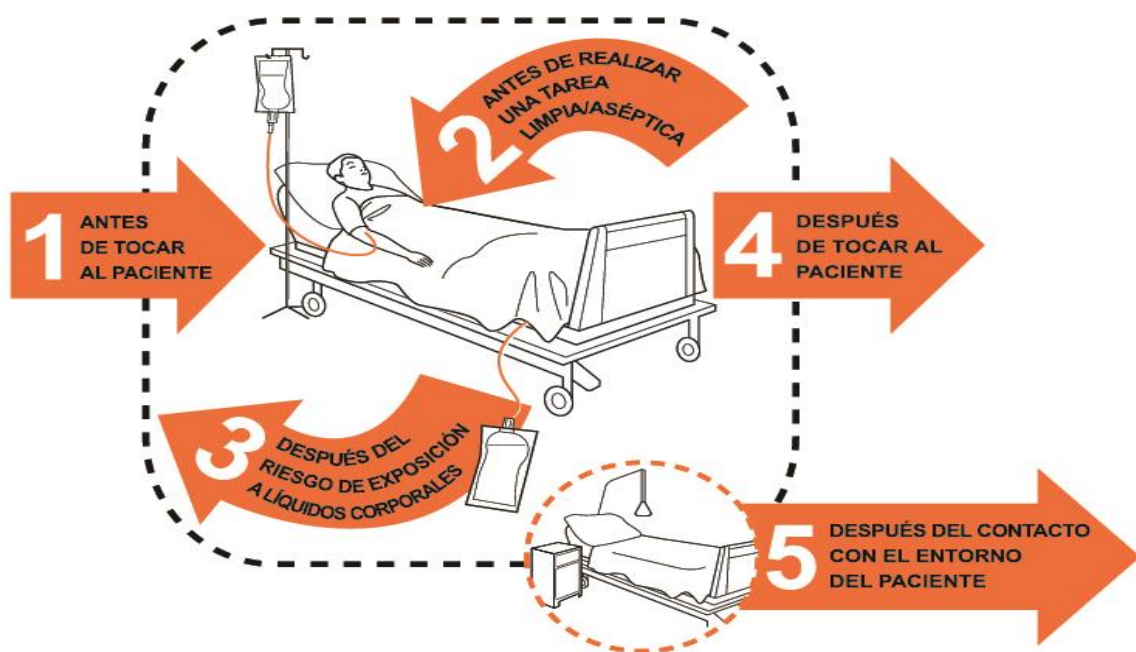
1a 	1b 	2 
<p>Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;</p>	<p>Frótese las palmas de las manos entre si;</p>	<p>Frótese las palmas de las manos entre si;</p>
3 	4 	5 
<p>Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;</p>	<p>Frótese las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados;</p>	<p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;</p>
6 	7 	8 
<p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;</p>	<p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;</p>	<p>Una vez secas, sus manos son seguras.</p>

 Organización Mundial de la Salud	Seguridad del Paciente <small>UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA</small>	SAVE LIVES Clean Your Hands
---	--	---------------------------------------



Sus 5 momentos para la Higiene de las manos.

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UN ALIADO ESencial PARA LOS ATENIDOS DEL SECTOR

SAVE LIVES
Clean Your Hands



SALUD

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Complete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Acciones esenciales para la seguridad del paciente.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COORDINACIÓN ESTATAL DE CALIDAD **GUERRERO**

ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**
Con al menos dos identificadores, nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año)
- 2 COMUNICACIÓN EFECTIVA**
Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares
ESCUCHAR · ESCRIBIR · LEER · CONFIRMAR · TRANSCRIBIR · CONFIRMAR y VERIFICAR
- 3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN**
Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos
- 4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS**
Evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
- 5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)**
Implementar un Programa Integral de Higiene de Manos
- 6 REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS**
Evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas
- 7 REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS**
Contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la Seguridad del Paciente
- 8 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar