



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
HONDURAS



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA REGIÓN

CENTRAL

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

EJERCICIO PROFESIONAL

INVESTIGACIÓN

BIOSEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU EN
PACIENTES POST ABORTO, EN LA SALA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA,
COMAYAGUA, I SEMESTRE DEL 2015.

DOCENTE:

LICDA. GUADALUPE CONTRERAS

PRESENTADO:

LICDA. INFERÍ WENDY GÁMEZ 20101900563

COMAYAGUA, 2015.

INDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	4
III.	JUSTIFICACION	6
IV.	OBJETIVOS	8
V.	MACO TEORICO	9
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO	27
VII.	ANALIS DE DATOS	29
VIII.	ANEXO	54

Introducción

Todo procedimiento masivo que se le realiza a una persona, conlleva el riesgo de transferir o adquirir una enfermedad transmitida por vía hepática, por medio del contacto con la sangre u otros líquidos orgánicos. Con la técnica del AMEU, también existe el riesgo de contaminar y contaminarse.

Para evitar o disminuir los riesgos de infección, es importante que todo el personal cumpla con las recomendaciones universales difundidas por la OMS, cuando se realice la técnica de AMEU, se procesen muestras de los tejidos o cuando se maneje el equipo quirúrgico descartable y los desechos sólidos.

Está comprobado que el uso de guantes y otros accesorios protectores que sirven de barrera entre los microorganismos y el personal, reduce los riesgos de transmitir infecciones. Es importante también evitar el contacto con instrumentos punzo cortantes sin desinfección y al manipular los.

Planteamiento del Problema

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han desarrollado acciones conjuntas desde el año 2002, en el marco de una fructífera alianza estratégica basada en la plena coincidencia de que el goce y ejercicio de los derechos humanos, constituyen la piedra angular de la democracia y del desarrollo.

En cuanto a su legislación, América Latina y el Caribe es la región más conservadora del mundo con relación a este tema. Cinco países (El Salvador, Honduras, República Dominicana, Chile, Nicaragua) de treinta y tres lo tienen totalmente penalizado sin causales de exención de pena, ni siquiera para salvar la vida de la mujer.

El Instituto Guttmacher, utilizando cifras de la OMS y otras investigaciones, afirma: "Casi la mitad de todos los abortos en el mundo son inseguros; y casi todos los abortos inseguros (98%) ocurren en países en desarrollo. En el mundo en desarrollo, 56% de todos los abortos son inseguros, en comparación con solamente 6% en el mundo desarrollado."^{49, 50}. Como resultado de este hecho, la región enfrenta un problema serio de salud que amenaza la vida de las mujeres, pone en riesgo su salud reproductiva y emocional, e impone una severa presión a sistemas de salud y hospitales ya sobrecargados.

La clandestinidad, cuya principal causa es la ilegalidad, tiene por consecuencia que se sigan realizando cada año, en todo el mundo, alrededor de diecinueve millones de abortos en condiciones inaceptables desde el punto de vista médico. Muchos de ellos terminan en lesiones graves o la muerte de la madre. Unas sesenta y ocho mil mujeres mueren cada año por esta causa en el mundo, mientras que uno de cada diez embarazos terminará en un aborto realizado en malas condiciones, la mayoría de los cuales se practican en Asia, África y **América Latina**.

Honduras tiene la tasa de fecundidad adolescente más alta de Centroamérica; además una década ocho mujeres que murieron por causa materna en 2006 era una adolescente. De otro lado la tasa de fecundidad no deseada en el país es de 2.3 hijos por mujer cuando la tasa global de fecundidad es de 3.3 hijos por mujer, lo que es un indicador de que en Honduras existen los embarazos forzados.

Todos los años, la segunda causa de egreso hospitalario en el país son los abortos y en 2005, egresaron de los hospitales nacionales 21 mujeres diarias con diagnóstico de aborto, el cual está penalizado en todas sus formas, incluyendo aquellas para preservar la vida y la salud de las mujeres y en caso de violaciones sexuales.

La bioseguridad es poner los conocimientos, actitudes y prácticas que promueven la prevención de accidentes laborales que compromete a todas las personas del ambiente asistencial con el fin de diseñar estrategias que disminuyan los riesgos.

Todo personal debe seguir las precauciones estándares para prevenir la exposición de piel y mucosas, que puedan dar origen a accidentes. Deben ser aplicadas para todas las personas independientemente de presentar patologías.

En el Hospital regional santa teresa Comayagua en el Primer Trimestre del año 2015 se realizaron un total _____ abortos de las Salas de Ginecología y Alojamiento Conjunto de los cuales are mención de los que fueron realizados por AMEU (Aspiración Manual Endo-Uterina) < 12 SG de la sala de Alojamiento Conjunto y conocer la bioseguridad que se practica en tal procedimiento para mejorar y afianzar el conocimiento según los hallazgos encontrados para el personal que efectúa el AMEU.

¿Cuál es la Bioseguridad que se practica en los procedimientos de AMEU de las pacientes Post Abortos que demandan atención en la Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, en el I Semestre del 2015?

Justificación

Las leyes más prohibitivas son aquellas que inhiben totalmente el procedimiento o que sólo permiten el aborto para salvar la vida de la mujer. Muchos países que se encuentran en esta categoría, permiten explícitamente el aborto cuando un embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. En algunos países, las leyes que no contienen excepción explícita suelen ser interpretadas para permitir el aborto por riesgo a la vida de la mujer basándose en la excluyente de responsabilidad conocida como “estado de necesidad”. Esta excepción puede ser replicada en normas nacionales de ética médica.

El aborto es legal, en casi todos los países, a fin de salvar la vida de la mujer y aproximadamente el 30 por ciento de las mujeres del mundo puede procurar un aborto ya sea para preservar su salud física o mental, o bien por razones socioeconómicas. Sin embargo, con demasiada frecuencia los servicios de aborto seguro no son proporcionados por los sistemas de salud pública. Los servicios que son ofrecidos, no son ampliamente accesibles o son de mala calidad. Esto es un hecho incluso en aquellos lugares donde las leyes sobre el aborto son liberales, como en la India. Las evidencias provenientes de países entre los que se encuentran Estados Unidos, Rumania y Sudáfrica demuestran que las muertes y lesiones relacionadas con el aborto pueden prácticamente ser eliminadas con leyes, políticas y servicios apropiados.

“... el deber del Estado... entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio incluyendo la aplicación eficaz de leyes y la formulación de... los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios”, Comité para la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas.

En el aborto confluyen todas las ramas de la sociedad, del estado de organizaciones religiosas y políticas además de culturales que tienen su posición definida con respecto al aborto. Aspectos sociales con los que se tiene que lidiar serían por ejemplo, la opinión pública. Sin embargo, los aspectos económicos están íntimamente relacionados con los sociales, pues el aborto es “justificable” argumentando que la madre no tendrá los suficientes recursos económicos para llevar una vida digna al lado de su hijo, o cuando es un adolescente y los prejuicios sociales critican a la madre soltera además de que no tiene la suficiente madurez para educar a su hijo como se debiera. Dentro de este marco se evaluarán las diferentes teorías su la condición socio demografía, para con ello, realizar un análisis que permita dar un enfoque general en el ámbito Local.

O b j e t i v o G e n e r a l

Identificar el nivel de conocimiento en bioseguridad del personal de salud que realiza o circula los procedimientos de AMEU en pacientes post aborto, obteniendo información de los libros, encuesta estructurada, en la Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa de la ciudad de Comayagua, en el I Semestre del 2015.

O b j e t i v o s E s p e c í f i c o s

-  Determinar el nivel de bioseguridad que se utiliza en las pacientes ingresadas para procedimiento de AMEU después del aborto en el contexto local.

-  Conocer las diferentes formas clínicas del aborto.

-  Describir las características y manejo de las diferentes formas clínicas del aborto.

RESEÑA HISTORICA

Es nuestra intención presentarles a ustedes una pequeña reseña histórica de nuestro HOSPITAL SANTA TERESA con la intención que enriquezcamos nuestra cultura y conozcamos la historia de nuestra ciudad, la presente información fue recopilada de un libro inédito escrito por el historiador DR. JORGE IPSILANTY, llamado “LIBRO DE HONDURAS”.

Fue fundado en 1537, fecha en la cual también se fundó la ciudad, por Don Alonzo de Cáceres quien en ese momento era el gobernador de la provincia y tenía la orden de construir un hospital en cada ciudad que era gobernada por ellos, siendo su primer administrador el fraile Froilán de la orden de San Juan de Dios quien lo llamo HOSPITAL REAL, donde se practican las curaciones propias de la época como ser las sangrías, diente de león y emplastos de diferentes plantas o cataplasmas.

Ya para el año 1950 se le construyo una capilla que albergaba a la virgen de los remedios por lo que desde esa fecha se conoció por el “HOSPITAL DE LA VIRGEN DE LOS REMEDIOS”, para ese entonces contaba con la sala de hombres y otra de mujeres, en el año de 1613 el obispo Alonzo de Galo construyo una nueva sala que sirvió como comedor de la gente pobre y desamparada, posteriormente se fusiono común convento y ambos fueron parcialmente destruidos por un incendio que se inició en la cocina, por lo que se levantó provisionalmente el edificio de bahareque que contaba con las sala de hombres y mujeres con 6 camas cada una, la botica, cuatro de guardia y una sala para los religiosos.

Con la llegada a Comayagua del obispo Modesto Marcos de la Fuente Siconteclantan con el cargo de príncipe en 1652, se reedifico el edificio con materiales de adobe, piedra y madera, ampliando considerablemente sus salas y como el trabajo fue hecho en tiempos de resurrección se le dio el nombre de “HOSPITAL DE LA RESURRECCION”, manteniéndose en esas circunstancias hasta 1730 cuando se reformo y se reconstruyo el convento por orden del obispo Fray Guadalupe pero en el año de 1750 el hospital fue destruido por un temblor, iniciándose su reconstrucción ese mismo año por orden del

obispo Diego Rivas Velasco, sufrió además otras reformas importantes como la del obispo Valencia en 1773.

El ingeniero Jorge de Abudia y Valdés en el año de 1778 presentó un plano de ampliación del edificio, pero que fue aprobado por el entonces administrador Fray Juan Gómez de la orden de San Juan de Dios hasta 1785, ordenando al consejo de los indios su reconstrucción y le llamo "HOSPITAL Y CONVENTO SAN JUAN DE DIOS", el hospital funcionó durante todo ese tiempo con la carestía de medicamentos a tal grado que en 1835 cerro provisionalmente sus puertas.

Es importante hacer notar que el edificio fue destruido en dos ocasiones por terremotos siendo estos en los años 1856 y 1907(1909).

El libro no consigna en que época le fue cambiado el nombre de San Juan de Dios y se llamó "HOSPITAL DE NUESTRA SANTA INQUISICION", pero sí que en 1937 se le dio el nombre que actualmente se conoce y que funciona en el edificio que actualmente ocupa la sede la Región Sanitaria No. 2 hasta el año 1987 que se trasladó al edificio actual.

Según el libro el hospital desde su fundación en el año de 1537 hasta nuestros días recibió los siguientes nombres

- HOSPITAL REAL
- HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
- HOSPITAL DE LA RESURRECCION
- HOSPITAL Y CONVENTO SAN JUAN DE DIOS
- HOSPITAL DE LA SANTA INQUISICION
- HOSPITAL SANTA TERESA

Comayagua, 13 de octubre de 2014

Dr. Alexander Lozano

Director HRST

El Aborto desde el Punto de Vista Médico

Para determinar la salud en general y la salud reproductiva en particular, se deben incluir otros factores que van más allá de los servicios de salud. El estilo de vida, el comportamiento y las condiciones socioeconómicas juegan un papel importante en la promoción o el debilitamiento de la salud reproductiva. Adicionalmente, nuestra salud está, hasta cierto punto, determinada por nuestra constitución genética. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷⁰, ha propuesto la siguiente lista de indicadores nacionales e internacionales sobre salud reproductiva: tasa total de fecundidad, tasa de prevalencia anticonceptiva, proporción de mortalidad materna, porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud calificado, por razones relacionadas con el embarazo, porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud calificado, número de centros de atención obstétrica esencial básica por cada 500.000 habitantes, número de centros de atención obstétrica esencial completa por cada 500.000 habitantes, tasa de mortalidad perinatal, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, prevalencia de serología positiva para sífilis en mujeres jóvenes embarazadas atendidas en cuidado prenatal, porcentaje de mujeres en edad reproductiva a las que se les ha examinado el nivel de hemoglobina y que están anémicas, porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas por abortos, prevalencia reportada de mujeres con cortes (o mutilación) genitales femeninos, porcentaje de mujeres en edad reproductiva en riesgo de embarazo que han reportado haber buscado el embarazo durante dos o más años, incidencia reportada de uretritis en hombres (edades de 15 a 49) y prevalencia del VIH en mujeres embarazadas.

Por su parte en la medicina, el aborto espontáneo o parto no logrado, ocurre cuando fracasa el desarrollo del embrión, cuando existe una expulsión completa o no de los productos de la concepción, el embrión o feto y la placenta; o cuando el feto muere antes de las 20 semanas posteriores al último período menstrual de la mujer. Si la muerte fetal ocurre a las 20 semanas o más después de la última menstruación, se denomina una muerte fetal tardía o nacimiento de un feto muerto. Se considera que tres cuartos de las concepciones son espontáneamente abortadas. La mayoría ocurre antes que el embarazo de la mujer haya sido

confirmado, anterior a las 6 semanas después de la última menstruación. Una quinta parte de los abortos espontáneos ocurren en embarazos ya confirmados y alrededor de una décima parte en las mujeres hospitalizadas por embarazo. La mujer puede experimentar contracciones o pérdidas de sangre similares a las de una menstruación normal, mayores contracciones o pérdidas, o dolores que recuerdan a los del parto. El aborto inducido es un procedimiento encaminado a terminar el embarazo y producir un feto no viable en cualquier etapa gestacional.

Diagnóstico

En una mujer en edad reproductiva que ha tenido relaciones sexuales y se presenta con una historia de sangrado vaginal, dolor hipogástrico intermitente, amenorrea o un retraso menstrual, podemos encontrar varios cuadros clínicos característicos una vez se ha confirmado una prueba de embarazo positiva:

Amenaza de aborto.

Se presenta como sangrado genital o una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor hipogástrico leve o moderado y cérvix cerrado, es decir, ausencia de modificaciones cervicales y presencia de un embrión vivo dentro de la cavidad intrauterina. Hasta el 50% de las amenazas de aborto pueden seguir su curso hacia aborto a pesar de las medidas terapéuticas que se establezcan. Su manejo puede ser ambulatorio, para lo cual se deben realizar las siguientes actividades: reposo absoluto por 48 horas, manejo analgésico, evitar la actividad sexual, hacer tratamiento médico de la causa y las enfermedades asociadas. Sin embargo, debe definirse el pronóstico del embarazo, y para esto se utiliza el ultrasonido, con el fin de evidenciar la vitalidad embrionaria, la implantación del saco o la presencia de sangrado y se debe realizar control clínico a las 48 horas o antes si aumentan los signos o síntomas.

Si tras el seguimiento clínico y por ultrasonido no se detecta un embrión vivo intrauterino, debe darse tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Aborto retenido.

Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo.

En este caso, el embrión muere pero no es expulsado. Se sospecha cuando los síntomas del embarazo desaparecen y el útero no aumenta de tamaño; su manejo debe ser hospitalario, e incluye la solicitud de ultrasonido.

El diagnóstico se confirma cuando no se visualiza embrión o fetocardia, y se encuentra distorsión del saco gestacional o disminución del líquido amniótico. Su tratamiento depende de la edad gestacional y del tamaño uterino. Puede escogerse tratamiento médico o quirúrgico para hacer la evacuación uterina.

Aborto incompleto.

Un aborto incompleto se define como la expulsión parcial de los productos de la gestación. Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios, lo cual incluye la pérdida de líquido amniótico. En el ultrasonido de abortos tempranos se observan imágenes irregulares de ecogenicidad mixta en la cavidad endometrial. El manejo puede ser de corta estancia (horas), dependiendo de las condiciones de la paciente y la edad gestacional a la que se presenta, e incluye las siguientes actividades: control de signos vitales, suspender la vía oral durante 6 horas, aporte de líquidos endovenosos, analgésicos y oxitócicos en caso de sangrado. No existe evidencia que permita recomendar o abandonar el uso de antibióticos profilácticos en mujeres con un aborto incompleto (5-7). El prestador de salud deberá recurrir a su criterio clínico y decidir cuándo usar la profilaxis el tratamiento según existan indicaciones claras como ruptura prolongada de las membranas en gestaciones menores de 24 semanas o la presencia de signos locales o sistémicos de infección. Una vez reunidas las condiciones apropiadas de estabilidad hemodinámica, madurez cervical y nivel adecuado de atención, se debe realizar la evacuación uterina.

Aborto completo.

Es el que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas. Se debe confirmar la expulsión total de los productos de la gestación. Se presenta como un sangrado abundante y dolor tipo cólico, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor, aunque puede persistir sangrado escaso durante algún tiempo. Se requiere solicitar un ultrasonido transvaginal para establecer la desaparición del embarazo intrauterino previamente visualizado y que la cavidad uterina se encuentre libre de restos ovulares o partes fetales. El diagnóstico también debe corroborarse por los niveles de Gonadotropina crónica humana (hCG), que deben descender hasta valores menores a 5 mUI/ml durante el seguimiento. El tratamiento puede ser ambulatorio y consiste en observación y consejería a la pareja, indicando los signos de alarma y las instrucciones de consultar nuevamente en las siguientes dos semanas para valorar y descartar la evacuación incompleta de la cavidad uterina con los métodos mencionados.

Evacuación uterina

Una vez confirmado el diagnóstico y la necesidad de realizar la evacuación uterina, se cuenta con diferentes alternativas para lograr esta meta: el manejo quirúrgico, el manejo médico y la opción de manejo expectante.

Debe seleccionarse adecuadamente el manejo según las características de la paciente, la edad gestacional, las condiciones clínicas y los recursos de cada institución, incluyendo la posibilidad de realizar cada una de las opciones de manejo, junto con el seguimiento y el tratamiento de las posibles complicaciones en cada una de ellas.

Manejo quirúrgico.

Las técnicas quirúrgicas implican la dilatación del cérvix uterino y luego la evacuación, bien con el raspado de la cavidad (legrado cortante), la aspiración del contenido uterino con métodos manuales (jeringa o cánula de Karmán) o aspiradores al vacío eléctricos, o la combinación de legrado cortante con aspiración. La posibilidad de complicaciones

operatorias aumenta luego del 1er trimestre de la gestación, e incluyen perforación uterina, laceraciones o desgarros cervicales, hemorragia y evacuación incompleta del contenido uterino (partes fetales o restos placentarios), lesiones intraabdominales, adherencias intrauterinas, complicaciones anestésicas e infección uterina. La evacuación quirúrgica debe realizarse hasta la semana 12 de gestación para minimizar estas complicaciones. Luego de las 12 semanas de gestación, la evacuación uterina ha de hacerse, primero, mediante la inducción de contracciones uterinas con uterotónicos como prostaglandinas u oxitócica hasta lograr la expulsión de las partes fetales, y luego proceder a la aspiración o legrado de la cavidad para asegurar la expulsión completa de los componentes ovulares y placentarios.

Las técnicas quirúrgicas son de elección cuando se presenta sangrado abundante e inestabilidad hemodinámica, así como infección intrauterina. Además, permiten obtener tejidos para cariotipo en casos donde sea necesario. Se recomienda la evacuación uterina mediante la aspiración uterina, ya que estudios aleatorizados comparando la técnica de legrado cortante con la aspiración uterina para el tratamiento del aborto incompleto concluyó que la vacuo extracción es más sencilla y segura y la revisión Cochrane encontró que la evacuación mediante aspiración disminuyó la pérdida de sangre y la cantidad de mujeres con anemia, reducción del dolor moderado a severo, menor duración que el legrado con cureta metálica, sin incrementar las complicaciones intra o postoperatorias. Siempre es necesaria la evaluación e inducción de la maduración cervical previa a cualquier tratamiento quirúrgico del aborto incompleto e inevitable, pues favorece la dilatación y disminuye el riesgo de traumatismo e incompetencia cervical en gestaciones futuros.

Manejo médico.

El manejo médico del aborto retenido e incompleto es aceptable y efectivo para el tratamiento de los abortos ocurridos antes de la semana 10 de gestación. El manejo médico evita los riesgos de la cirugía y la anestesia general o local y aumenta la sensación de estar en control de la situación, por lo cual muchas mujeres lo prefirieren. El manejo tiene tasa de éxito entre 70-96% relacionado con el diagnóstico inicial de aborto incompleto, dosis altas de análogos de prostaglandinas y uso por vía vaginal. Para gestaciones mayores de 10

semanas se recomienda la maduración cervical y la evacuación uterina por métodos quirúrgicos, ya que no hubo diferencias significativas entre el manejo médico y el quirúrgico para el aborto incompleto o el retenido menor de 71 días de gestación o con sacos menores de 24 mm. Para la evacuación médica de gestaciones menores de 9 semanas pueden utilizarse 800 ugs de misoprostol intravaginal o 400 ugs de misoprostol por vía oral si ocurre antes de las 7 semanas. La aceptación y satisfacción por las pacientes con el manejo médico son similares al quirúrgico (misoprostol = 96,8%, aspiración manual = 97,7%; RR = 0,99 [IC 95% 0,96-1,02]) pero pueden experimentar mayor dolor abdominal y sangrado abundante (14-16) (sangrado moderado a severo: misoprostol 32,1% (72) vs. 9,4% aspiración manual (21) RR = 3,44 [IC 95% 2,20-5,40]). Estos efectos son mayores al incrementar la edad gestacional y eso afecta la seguridad y aceptabilidad por las usuarias (17). Así mismo, el manejo médico reduce el riesgo de infección pélvica post evacuación médica (7,1% vs. 13,2% $p < 0,01$) (18-22). Por lo tanto, para escoger el manejo médico debe tenerse en cuenta la facilidad de la paciente para acceder al servicio de urgencias en caso de sangrado excesivo y la adherencia al tratamiento. Así mismo, se debe dar asesoría explícita acerca de los efectos adversos del tratamiento, así como de la posibilidad de evacuación incompleta y la necesidad de manejo quirúrgico complementario.

Manejo expectante.

El manejo expectante, aunque evita los riesgos asociados con la cirugía y anestesia, puede tomar varias semanas antes de completar la expulsión espontánea del fruto de la gestación y debe reservarse para pérdidas gestacionales tempranas. Las pacientes y sus familiares deben ser asesorados adecuadamente e informados del riesgo de una evacuación incompleta, el sangrado genital prolongado y la posibilidad de necesitar tratamientos quirúrgicos posteriores para terminar la evacuación uterina. Las preferencias individuales de la mujer son los determinantes principales para optar por este manejo.

Atención integral

Todas las pacientes que hayan sufrido la pérdida de una gestación deben recibir atención integral que incluya, tanto la evacuación de la cavidad uterina por el método más seguro y apropiado, como las siguientes acciones:

- Solicitud de hem oclasi ficación, hem ogram a com pleto y VDRL, si no la tiene: Las mu jeres RH negativo no sensibilizadas requieren recibir por lo menos 50 microgramos intramuscular de inmunoglobulina anti-D en las siguientes situaciones: embarazo ectópico, todas las pérdidas gestacionales mayores de 12 semanas (incluyendo la amenaza de aborto) y todos los abortos en los que se realice evacuación uterina.

En amenaza de aborto menor de 12 semanas no se recomienda el uso de inmunoglobulina anti-D excepto cuando el sangrado sea abundante o esté asociado con dolor severo (25-28).

- Oferta de consejería integral en salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar y suministro del método seleccionado, pues se ha demostrado que la ovulación puede reanudarse dos semanas después de la evacuación uterina. Por lo tanto, la anticoncepción debe iniciarse inmediatamente si el método seleccionado no tiene contraindicaciones o en las siguientes dos semanas a la evacuación uterina para evitar un embarazo no planeado.

- Oferta de apoyo psicológico antes, durante y después del tratamiento realizado.

- Remisión para vacunación según el esquema del programa ampliado de inmunizaciones contra rubeola y refuerzo de toxoide tetánico.

Finalmente, debe programarse una cita de control postaborto para evaluar la efectividad del método de evacuación seleccionado, cumplir los objetivos de planificación familiar, evaluar los resultados del estudio histopatológico si se obtuvo, reafirmar y tranquilizar a la pareja sobre la posible etiología y riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores, o para iniciar el estudio de las parejas con pérdida gestacional recurrente.

La "Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito".

López (1975) sostiene:

El término aborto significa la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable. Lo más frecuente es que el aborto ocurra antes de la vigésima semana de gestación; si la interrupción tiene lugar entre el primero y tercer mes se habla de aborto precoz, denominándose aborto tardío entre el tercero y sexto mes de embarazo.

Medidas Generales de Bioseguridad

Uniforme del personal

Es recomendable que todo el personal médico y de enfermería que brinda atención médica o participa en la atención de la paciente, use uniforme o vestimenta que lo proteja de entrar en contacto con líquidos corporales. Es necesario usar guantes, batas o delantales, mascarillas u otros líquidos orgánicos. Para la realización de la técnica de AMEU, es importante tener presente estos conceptos.

Uso de Guantes

Utilizar guantes estériles para realizar el procedimiento de AMEU, asegurándose que no estén dañados, rotos, con grietas o desgarraduras, los cuales deben ser descartados.

Lavado de manos

El personal médico y de enfermería deben lavarse las manos antes de entrar en contacto directo con los pacientes. Deben lavarse las manos antes de colocarse los guantes estériles e inmediatamente después de haber realizado un procedimiento, es importante también lavarse las manos después de haber entrado en contacto con cualquier líquido corporal sangre o mucosas y al quitarse los guantes.

Lavado correcto de las manos

1. Use jabón (Doméstico) y agua corriente.
2. Frótese las manos de 15 a 30 segundos.

3. Lávese cada parte de las manos.

4. Use una toalla limpia o deje que sus manos se sequen y no comparta la toalla.

Para la limpieza y descontaminación del equipo e instrumental, el personal debe utilizar guantes gruesos, como los de uso doméstico, que son fáciles de lavar y descontaminar para nuevo uso, no olvidándose que si están rotos o presentan desgarraduras se deben descartar.

M a n e j o d e l i n s t r u m e n t a l p u n z o c o r t a n t e .

El uso y descarte correcto del instrumental punzo cortante es muy importante para el personal de salud, quienes deben tomar precauciones para evitar lesiones accidentales, que representan los mayores riesgos de transmisión del virus de la Hepatitis B y de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estas lesiones por accidente, pueden ocurrir tanto durante los procedimientos quirúrgicos, como al limpiar o desechar el instrumental usado y al manejarlo cuando se terminan las intervenciones.

Después de usar la jeringa, se coloca la tapa de la aguja en una superficie plana y lisa sin sostener la tapa con la mano, se introduce la aguja dentro de la tapa. Esto evita pincharse accidentalmente.

No doble las agujas, ni las retire de las agujas sosteniendo con una mano la jeringa y con la otra el tapón, esto puede provocar un pinchazo accidental. Trate de hacerlo según lo explicado anteriormente.

T é c n i c a d e n o t o c a r .

En los procedimientos como los AMEU en que se entra a la cavidad uterina, se corre el riesgo de introducir gérmenes patógenos en el útero, lo cual puede llevar a una infección potencialmente grave. Para evitar estas infecciones, el instrumental debe ser esterilizado o desinfectado intensivamente antes de usarlos y el médico debe seguir la técnica de “NO TOCAR” durante el procedimiento.

Esta técnica consiste en que la parte de la cánula o cualquier otro instrumento que entra al útero, no debe tocar superficies que no estén estériles (por ejemplo las paredes vaginales o la camilla de tratamiento) antes de entrar al útero. Las cánulas solo deben tomarse por el

extremo que no entra en contacto con la cavidad uterina. Con otros instrumentos como los dilatadores de Denniston o Pratt es necesario tomarlos por el centro porque los dos extremos pueden entrar en la cavidad uterina.

Eliminación de desechos sólidos

Elimine los objetos desechables contaminados: gasa, algodón y otros materiales, en un recipiente cerrado, de tapa bien ajustada que no filtre líquidos e identificado adecuadamente. Si no se cuenta con un recipiente utilice una bolsa plástica roja. Todo este material se elimina totalmente y no podrá ser reutilizado.

Pasos para el manejo del equipo de AMEU

Mundialmente IPAS es responsable de la distribución del equipo de AMEU. Las cánulas que distribuyen son enviadas estériles. En EEUU, estas son usadas una sola vez y son descartadas posteriormente. Es de esperar que todos los Hospitales del Sistema de Salud de Honduras, Adquieran en un futuro próximo las cánulas para ser utilizadas una sola vez.

En los servicios de salud donde es necesario reutilizar el equipo y las normas locales lo permiten, las guías descritas en este documento, proyectan los procedimientos para la reutilización del equipo de IPAS.

Las jeringas de IPAS pueden reutilizarse, son enviadas limpias, pero deben limpiarse y desinfectarse antes de cada uso. Por ser las jeringas fuente del vacío y no hacen contacto con la paciente no necesitan esterilizarse. Con un mantenimiento apropiado, las jeringas podrán proporcionar un vacío satisfactorio para muchos procedimientos.

Los cuatro pasos básicos para el manejo del equipo son durante todas estas etapas el personal debe usar guantes)

1. Descontaminación
2. Lavado
3. Esterilización / desinfección intensiva

4. Almacenaje

1. DESCONTAMINACIÓN

Durante y después del procedimiento de AMEU, todo el instrumental que va ser utilizado debe mantenerse en remojo en una solución con cloro al 0.5% hasta su lavado. Está seguro de de sumergir el instrumental completamente, asegurándose de que la cánula y la jeringa estén cubiertos por dentro y por fuera con la solución con cloro.

Este paso debe realizarse inmediatamente después de terminado el procedimiento y se obtiene un mejor resultado cuando se mantiene un balde u otro recipiente plástico listo con una solución a base de cloro al lado /debajo de la mesa de procedimiento o camilla de tratamiento AMEU.

Al terminar el procedimiento de AMEU, es recomendable aspirar la solución hacia la jeringa a través de la cánula y sumergir el instrumental sucio, incluyendo la jeringa, guantes y cánulas directamente en la solución con cloro.

Después de 10 minutos, retire los instrumentos para limpiarlos. Siempre se deben utilizar guantes para evitar el contacto con la piel. Otra forma de retirar los equipos es depositarlos en una bolsa plástica con huecos o un colados para retirar el instrumental del recipiente.

Remojar el equipo en solución descontaminante de cloro al 0.5% por 10 minutos.

Con el objeto de mantener su efectividad, la solución clorada utilizada, debe cambiarse diariamente o con mayor frecuencia si se observa altamente contaminada o sucia.

Es importante tomar en cuenta que las soluciones a base de cloro son corrosivas para los objetos metálicos, debe asegurarse que la exposición de objetos metálicos no debe estar más de 10 minutos. Lávelos con agua estéril abundante después de retirarlos de la solución.

El objetivo principal de la descontaminación es la protección del personal de salud contra las infecciones cuando limpie los instrumentos.

2. LAVADO .

Para eliminar el material orgánico residual, la jeringa y las cánulas deben lavarse minuciosamente con agua tibia y detergente suave, después de haberse descontaminado. La forma más efectiva para reducir los microorganismos en el instrumental sucio, es a través de una adecuada y minuciosa limpieza.

Es importante asegurar la limpieza antes de la desinfección y esterilización para asegurar que el equipo no se contamine. Las endosporas no se eliminan mediante la desinfección intensiva, por lo tanto, cuando no es posible aplicar el método de esterilización, el mecanismo viable para reducir el número de endosporas presentes es realizar una limpieza minuciosa.

Para la limpieza, no se debe utilizar agua caliente porque puede coagular las proteínas, tales como la sangre, dificultando su eliminación, además el agua sola no elimina las proteínas, ni aceites, se debe utilizar detergente suave. El jabón no es recomendable porque se pueden quedar adheridos algunos residuos difíciles de eliminar.

Cuando se lavan las cánulas, algunas veces es difícil eliminar el tejido o sangre de las puntas de las cánulas. Puede ser útil llenar varias veces con agua espumosa (agua con detergente) dentro de la cánula, utilizando la jeringa para aspirarla o darle un golpecito con la punta del dedo al extremo de la cánula. No se deben usar cepillos u otros objetos pequeños para remover material, ya que pueden rayar la cánula por dentro, creando grietas donde se puede atrapar material orgánico.

Después de que hayan sido lavadas, enjuague minuciosamente la jeringa y las cánulas con agua limpia para quitar cualquier residuo que pueda interferir en la desinfección química. Seque el instrumental al aire o con una toalla limpia. Los implementos que van a someterse a ebullición no necesitan secarse.

El instrumental mojado no debe colocarse en los desinfectantes químicos, porque el agua puede diluir las soluciones.

3. ESTERILIZACIÓN O DESINFECCIÓN INTENSIVA (DI)

Todo el instrumental debe esterilizarse o debe ser sometido al proceso de desinfección intensiva después de limpiarse. La diferencia entre la esterilización y la desinfección intensiva (DI) es básicamente el tiempo que se utiliza para cada procedimiento. Mientras la esterilización utiliza horas para cumplir su objetivo, la desinfección intensiva utiliza minutos para cumplir su mismo objetivo.

El método elegido dependerá de la disponibilidad del establecimiento para utilizar la esterilización o la desinfección intensiva (DI) y del tipo de cánulas disponibles.

Con las jeringas o las cánulas no debe usarse autoclave, ni esterilización a base de calor seco, las cánulas se derretirían y el conjunto de montaje la válvula se agrietaría.

La etapa de descontaminación y lavado son diferentes, no deben confundirse con este paso.

El uso de agentes débiles como el fenol o antisépticos como savlòn o hibitane no es adecuado para proteger a la paciente de una posible infección.

La esterilización: es el método más seguro y efectivo para procesar el instrumental que tiene contacto con la sangre, tejidos debajo de la piel o tejidos estériles. Cuando no se disponen de medios para realizar la esterilización por autoclaves o no es satisfactoria, la única alternativa aceptable es someter el equipo a una desinfección intensiva. Los pasos de preparación y el manejo del equipo posterior a su uso deben hacerse correctamente para alcanzar el resultado deseado.

El proceso de esterilización: Elimina todos los microorganismos, inclusive las endosporas bacterianas, como las bacterias que causan el tétanos y la gangrenas gaseosa: clostridia. El proceso de desinfección intensiva destruye todos los microorganismos incluyendo los virus de la hepatitis B y de la inmunodeficiencia humana VIH, pero no elimina las endosporas bacterianas de manera segura.

Soluciones que pueden utilizarse para la esterilización de las cánulas de AMEU:

GLUTERALDEHIDO AL 2%

CIDEX: Este es un agente efectivo de esterilización y no es inactivado fácilmente por materiales orgánicos. Este agente actúa mejor a temperatura ambiente (25°C o 77°F). Debajo de esa temperatura actúa en forma más lenta. La esterilización con gluteraldehido al 2% requiere un periodo de exposición prolongado (10 horas) para la esterilización. Tiene una vida útil de 14 días después de su activación, pero debe desecharse antes si se enturbia. El gluteraldehido es irritante para los ojos, piel y las vías respiratorias.

Oxido de etileno: La esterilización con gas a base de oxido de etileno es un método efectivo de esterilización para las cánulas de AMEU, utiliza de 2 a 5 horas para la esterilización del equipo y no está disponible fácilmente. Además el uso del oxido de etileno requiere instalaciones sofisticadas y operadores expertos. El gas a base de oxido de etileno es tóxico e inflamable y debe ser utilizado siguiendo protocolos estrictos para proteger al personal. Si se va a utilizar, deben seguirse estrictamente las instrucciones del fabricante.

La desinfección intensiva (DI): Utiliza los mismos agentes que la esterilización, únicamente que la esterilización intensiva utiliza minutos para cumplir su mismo objetivo.

Gluteraldehido al 2% (CIDEX). Para la desinfección intensiva (DI) con gluteraldehido (CIDEX) al 2% las cánulas deben permanecer bien sumergidas por 20 minutos.

Cloro al 0.1% o al 0.5%: El cloro en una concentración al 0.1% incluye un agente adecuado para desinfección intensiva (DI) del instrumental. Cuando el instrumental está contaminado con residuos orgánicos o cuando no se emplea agua potable para la dilución, se recomienda una solución de 0.5%. Esta debe de estar cambiada a diario, o si se enturbia.

El cloro corroe los metales, por lo que no se debe mezclar o almacenar la solución en recipientes metálicos.

Ebullición: Para obtener desinfección intensiva (DI), las cánulas pueden someterse a ebullición en agua limpia durante 20 minutos. Este método es efectivo en lugares con una altitud máxima de 5,500 metros (18,000 pies),

Para la esterilización en autoclave, primero coloque el instrumental en la unidad distribuido en una sola capa, envolviendo en un papel o tela las cánulas de menor tamaño para evitar curvarse, acomodándola para que las aberturas o el orificio de la base no se obstruyan y permita el drenaje.

4. ALMACENAMIENTO

Las cánulas esterilizadas en soluciones químicas deben manipularse con instrumental estéril, por ejemplo, con pinzas de anillo o guantes estériles.

Las jeringas de AMEU se pueden guardar en una caja o bandeja con tapadera, indicando con un rotulo la fecha que fue esterilizada.

Almacenamiento de las cánulas que recibieron Desinfección Intensiva (DI):

El almacenamiento de las cánulas que recibieron Desinfección Intensiva (DI), {20 minutos con glutaraldehído al 2% (CIDEX)}, es crítico como el resto del equipo. Se deben almacenar en recipientes secos, desinfectados intensivamente o estériles, con tapadera ajustada. No guardar las cánulas en solución desinfectante o en agua previamente hervida porque puede volver a contaminarse.

Para no contaminar el resto de las cánulas, utilizar pinzas estériles o guantes estériles para retirar las cánulas del recipiente, agarrando las cánulas por el extremo que no tiene aberturas. Se deben almacenar en número pequeño de cánulas en un recipiente para evitar contaminaciones. Guarde las jeringas en recipientes cubiertos o en lugares cerrados donde queden protegidas del polvo y otros contaminantes. No es necesario reprocesar las jeringas a menos que se hayan contaminado de alguna manera.

Reutilización del instrumental IPAS para la AMEU

Las jeringas IPAS AMEU PLUS pueden reutilizarse muchas veces:

Después de cada procedimiento, la jeringa se debe demostrar y limpiar. Como esta no entra en contacto con la usuaria, es suficiente con limpiarla, pero si se desea también pueden esterilizarse o someterse a una desinfección intensiva. Después de cada procedimiento el equipo de AMEU debe iniciar nuevamente el proceso de descontaminación, lavado, esterilización o desinfección intensiva y almacenaje.

IMPORTANTE:

Mantenga las cánulas en solución desinfectante únicamente el tiempo necesario para la desinfección (20 minutos), séquelas y guárdelas en recipiente estéril y seco.

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR DIFERENTES CONCENTRACIONES CON CLORO

Compuesto a base de cloro	Concentración de cloro	Para producir solución al 0.1% con agua potable	Para producir solución al 0.5% con agua no potable	Propiedades del cloro
Solución de hipoclorito sódico (lejía de blanqueo) Por ejemplo: Cloro Magia Blanca	5%	Mezcle 10 ml. De blanqueador con ½ litro de agua potable	Mezcle 10 ml. De blanqueador con 90 ml. De agua	Actúa rápidamente, muy efectivo contra el VHB Y VIH Es económico y fácil de usar
	10%	Mezcle 10 ml. De blanqueador en un litro de agua potable	Mezcle 1° ml. De blanqueador con 190 ml. De agua	
	15%	Mezcle 10 ml. De blanqueador en un 1.5 litros de agua potable	Mezcle 10 ml. De blanqueador con 290 ml. De agua	

DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Tipo de estudio

Retrospectivo.

2. Universo

El universo del estudio lo conforman las 48 usuarias que demandaron atención en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa (H.R.S.T) de Comayagua honduras.

3. Unidad de análisis.

Los usuarios que recibieron atención del aborto en el servicio en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa (H.R.S.T) de Comayagua honduras.

4. Unidad de observación

Área de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa (H.R.S.T) de Comayagua honduras.

5. Estimación de la muestra:

La muestra se construyó basada en criterio de estancia. Se tomó el 100% de usuarios que representan la demanda de atención del Primer Trimestre del 2015 atendida en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa (H.R.S.T) teniendo en cuenta la viabilidad y factibilidad.

6. Criterios de selección

6.1 Criterios de inclusión:

Todos los usuarios que soliciten el servicio, sin distinción de raza, religión, procedencia, sexo, tipo de seguro, etc.

Que hayan recibido atención en el período comprendido de la realización del estudio o a la persona que en ese momento acompañe a alguien que no pueda darnos la información requerida.

6.2 Criterios de exclusión

7. Variables del estudio

- 1. Fecha**
- 2. Edad**
- 3. Procedencia**
- 4. Diagnostico**

8. Fuente y obtención de la información

Libros y expedientes del primer trimestre del 2015 en Alojamiento conjunto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.

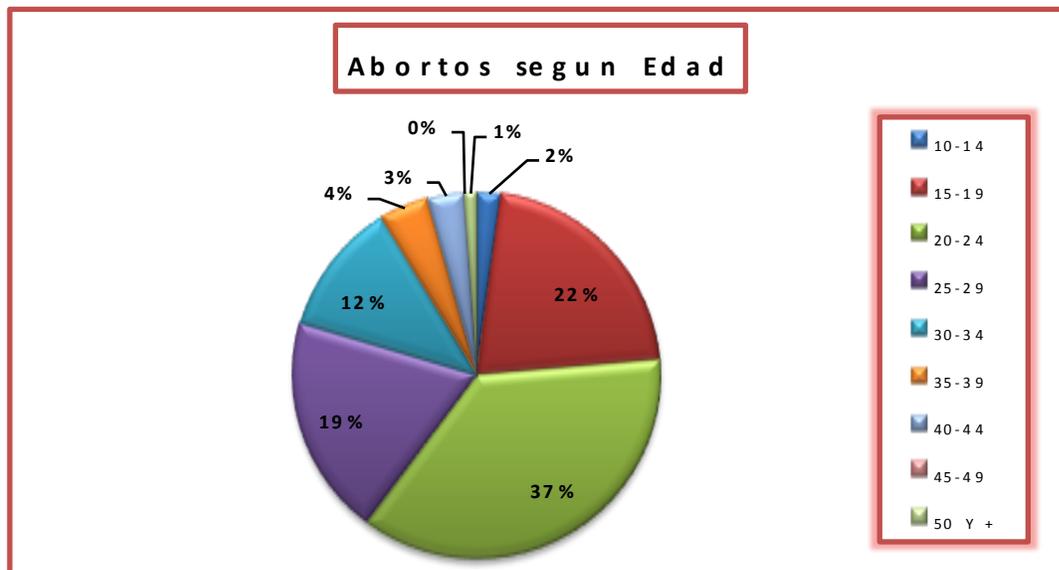
ANÁLISIS DE DATOS

Aborto y su Bioseguridad en la realización de AMEU, en la Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, en el I Semestre del 2015.

TABLA 1

ABORTOS REALIZADOS SEGÚN LA EDAD DE LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO I SEMESTRE 2015.

EDAD	ABORTOS	PORCIENTO %
10-14	2	2 %
15-19	20	22 %
20-24	34	37 %
25-29	18	20 %
30-34	11	12 %
35-39	4	5 %
40-44	3	3 %
45-49	0	0 %
50 Y +	1	1 %
TOTAL	93	100 %



Análisis:

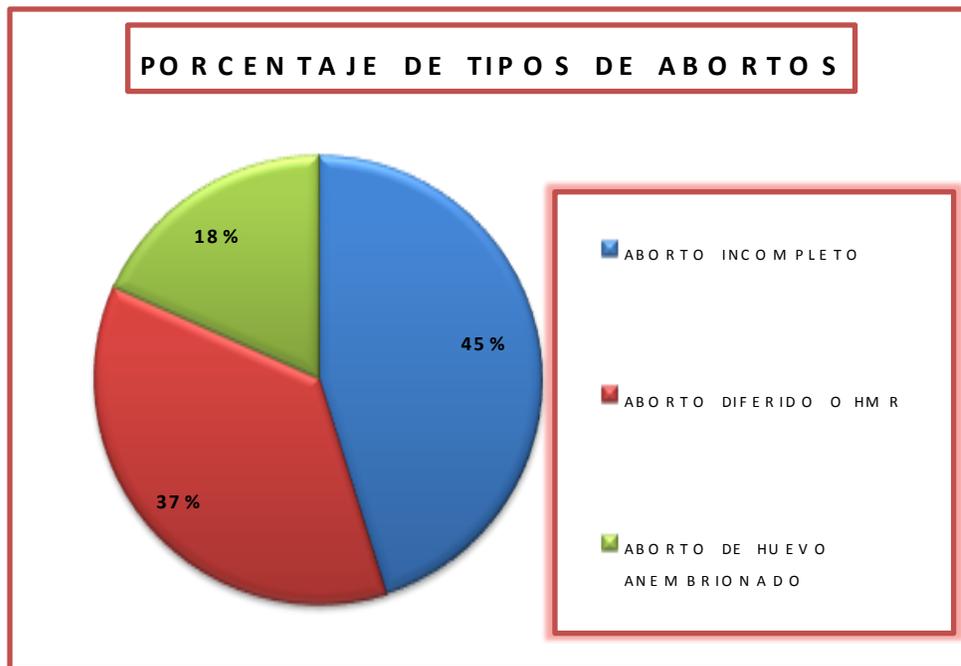
Podemos observar en el grafico anterior que el 37% de los abortos realizados en el I Semestre del 2015 en la sala de Alojamiento Conjunto están comprendidos entre las edades de 20-24 años de edad y un 22% de abortos entre adolescentes de 15-19 años de edad, encontrando un 1% de abortos entre el rango de edades de 50 y más.

TABLA 2

TIPOS DE ABORTOS REALIZADOS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL I SEMESTRE DE 2015

TIPOS DE ABORTOS	CANTIDAD	PORCENTAJE %
ABORTO INCOMPLETO	42	45%
ABORTO DIFERIDO O HM R	34	37%
ABORTO DE HUEVO ANEMBRIONADO	17	18%
TOTAL	93	100%

FUENTE: Registro de datos de la Sala de Alojamiento Conjunto del HRST



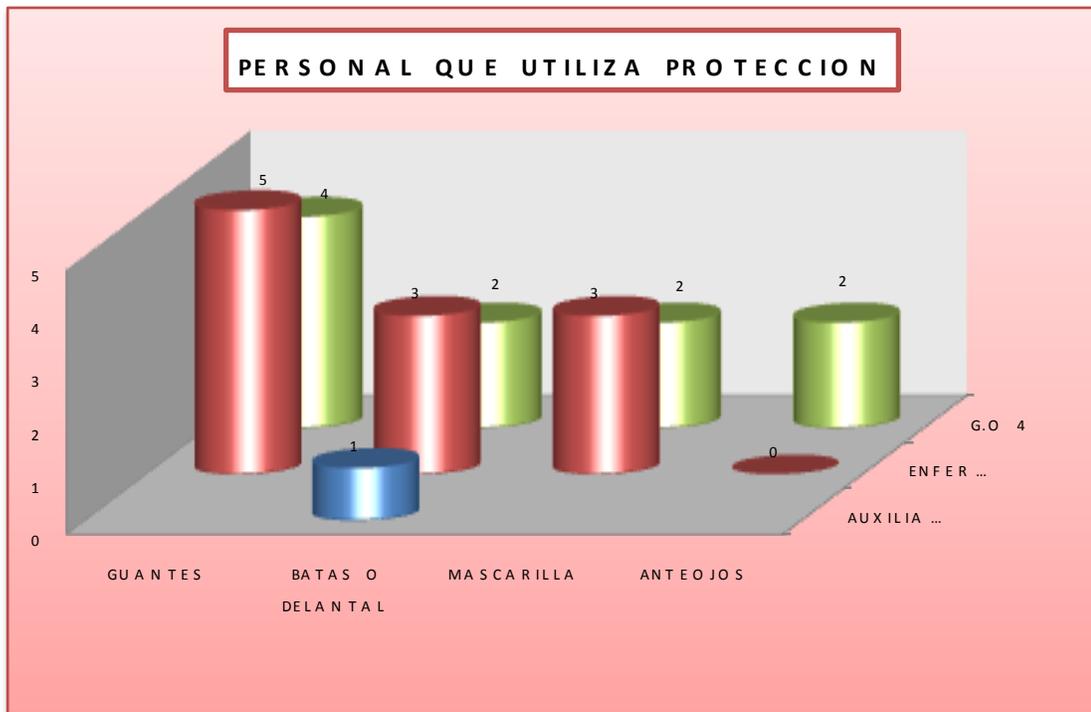
ANÁLISIS

En lo antes visto se puede identificar que el 45% son Abortos Incompletos seguido del 37% de Abortos Diferidos o Huevo Muerto Retenido y el 18% son Aborto de Huevo Anembrionado

TABLA 1
TIPO DE PROTECCION UTILIZADA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA O CIRCULA AMEU			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
GUANTES		5	4	9	90%
BATAS O DELANTAL	1	3	2	6	60%
MASCARILLA		3	2	5	50%
ANTEOJOS		0	2	2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS:

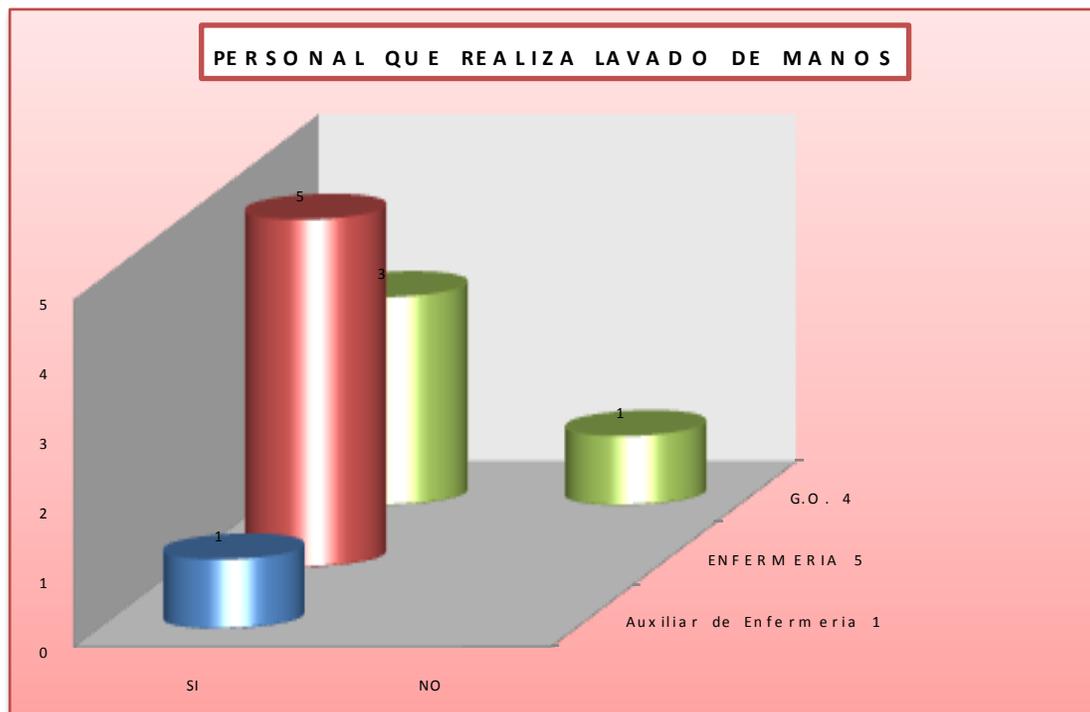
En lo anterior podemos notar que la protección que se debe de utilizar al momento de estar en contacto con líquidos corporales en los procedimientos de AMEU, nos muestra que la única auxiliar de enfermería entrevistada utiliza solamente bata. de las 5 licenciadas en enfermería 5 si usan guantes, solamente 3 usan batas y 3 usan mascarilla y ninguna de ellas utiliza anteojos. de los 4 médicos G.O. los 4 utilizan guantes 2 utilizan batas, 2 utilizan mascarillas y dos utilizan anteojos.

TABLA 2

PERSONAL QUE REALIZA EL LAVADO DE MANOS

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA LAVADO DE MANOS			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5	3	9	90%
NO			1	1	10%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS:

Según el Grafico anterior notamos que tanto las Auxiliars de Enfermeria como las Licenciadas realizan el Lavado de Manos para los procedimientos a diferencia de lo Ginecólogos que solamente 3 de 4 realizan el lavado de manos notando que solo 1 de ellos no lo realiza.

TABLA 3

UTILIZACION DE GUANTES PARA DESCONTAMINACION DEL MATERIAL

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA DESCONTAMIONACION			TOTAL	PORCENTAJE %
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5		6	60%
NO				0	0%
N/A MEDICOS			4	4	40%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANALISIS

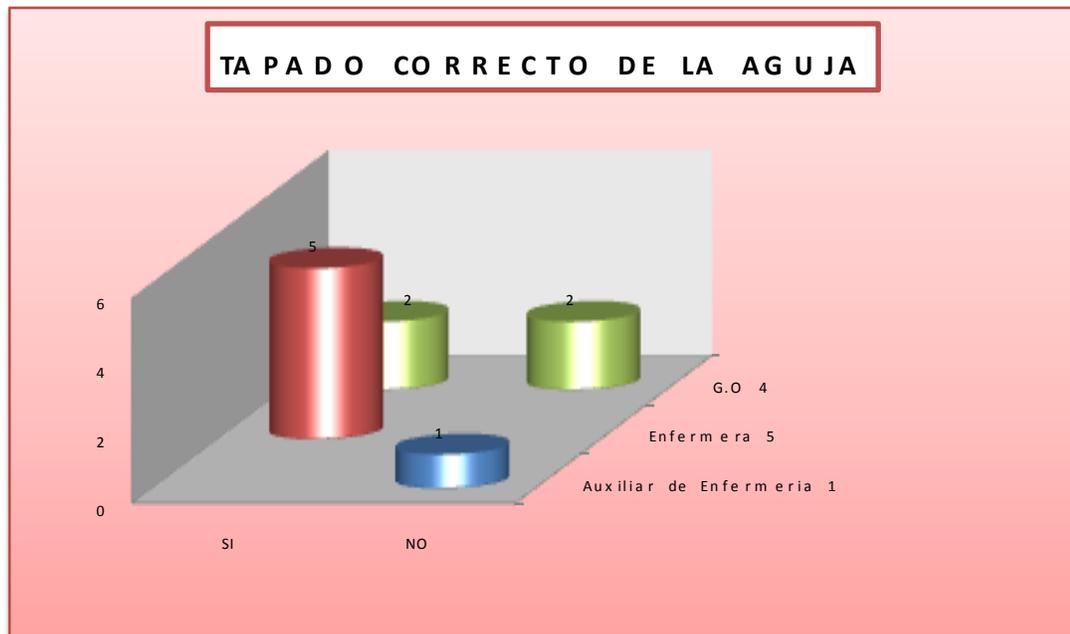
En la descontaminación del material instrumental utilizado para los procedimientos de AMEU notamos que las Auxiliares de Enfermería y las Licenciadas en Enfermería si lo realizan.

Tabla 4

TAPADO CORRECTO DE LAS AGUJAS AL MOMENTO DE DESCARTARLAS

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA EL TAPADO CORRECTO DE LAS AGUJAS			TOTAL	PORCENTAJE %
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI		5	2	7	70%
NO	1		2	3	30%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

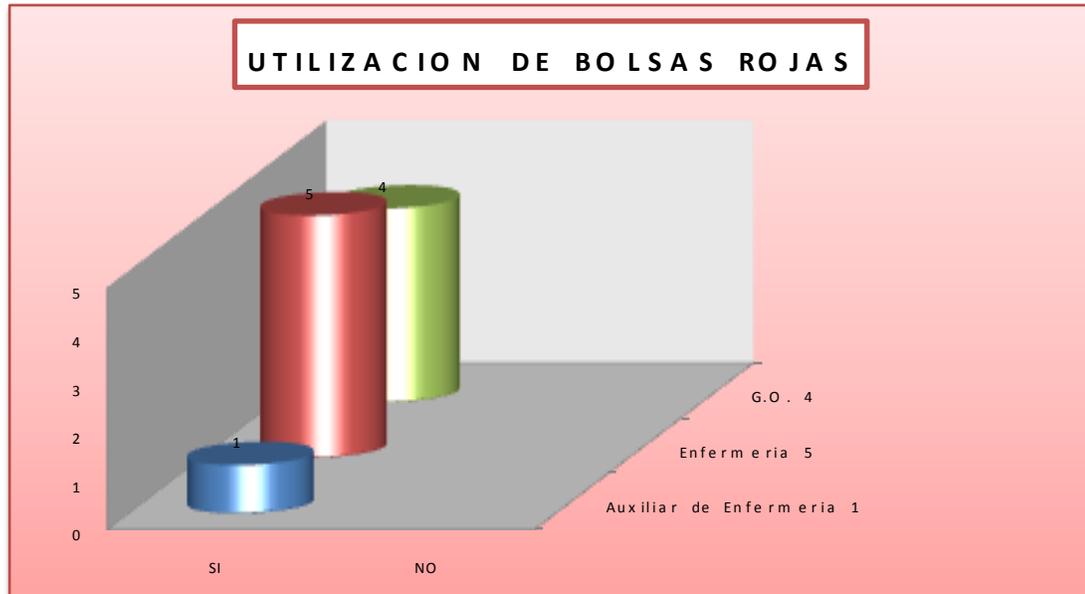
Según lo anterior visto notamos que de todo el personal que realiza bien la técnica de tapan de la aguja solamente las 5 Licenciadas en Enfermería lo realizan, los Médicos G.O. solo dos lo practican y 2 no. Y la Auxiliar de Enfermería no lo practica el tapado correcto de la aguja.

Tabla 5

UTILIZACION DE BOLSAS ROJAS PARA DESECHOS SOLIDO

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE UTILIZA BOLSAS PARA DESECHOS SOLIDO			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5	4	10	100%
NO					0%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANALISIS

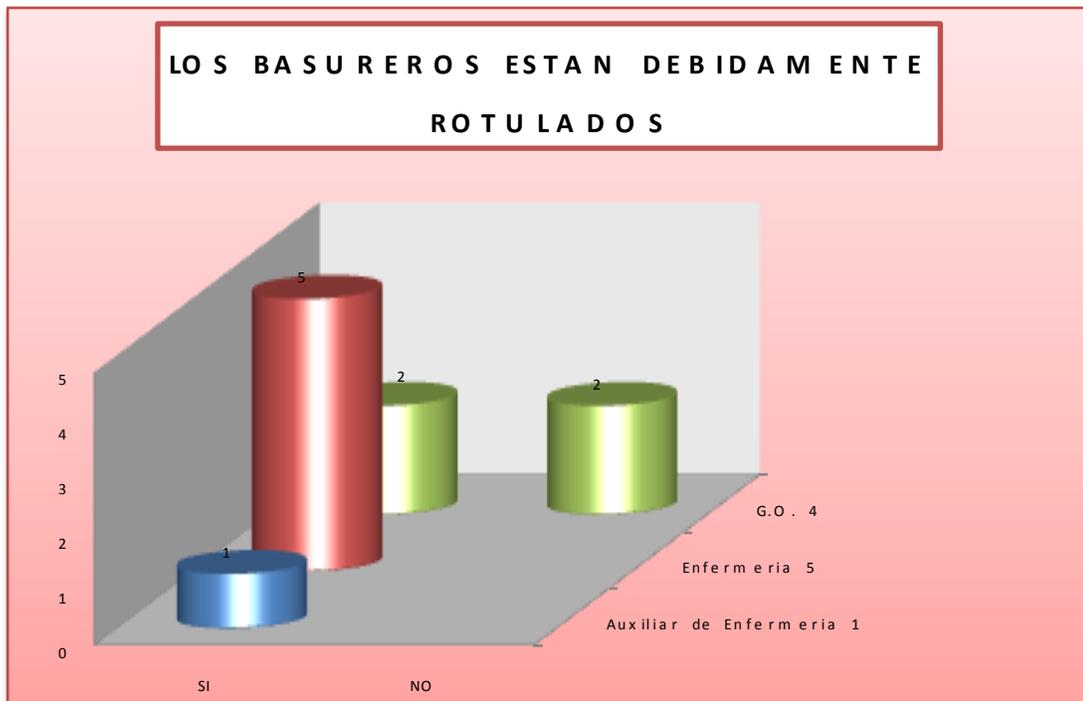
Podemos observar que el 100% de los encuestados respondieron que si utilizan bolsas rojas en los basureros de desechos sólidos contaminados.

Tabla 6

ROTULACION DE BASUREROS DE DESECHOS SOLIDOS CONTAMINADOS

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE UTILIZA LOS BASUREROS ROTULADOS			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5	2	8	80%
NO			2	2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

El 80% del personal refieren si tener rotulo los basureros solamente el 20% de los ginecólogos refieren que no están identificados con sus rótulos.

Tabla 7

TECNICA DE NO TOCAR EN LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL DE SALUD QUE UTILIZAN LA TECNICA DE NO TOCAR			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	4	3	8	80%
NO		1	1	2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANALISIS

Se observa que el 80% refieren que los G.O. si utilizan la técnica de no tocar en los procedimientos de AMEU pero el otro 20% que refieren que no se utiliza la técnica adecuada corresponde a 1 Licenciada en Enfermería y a un G.O.

Tabla 8

ASPIRACION DE CLORO POR LA CANULA

TIPO DE PROTECCION	ASPIRADO DE CLORO POR LA CANULA			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5	4	10	100%
NO					0%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

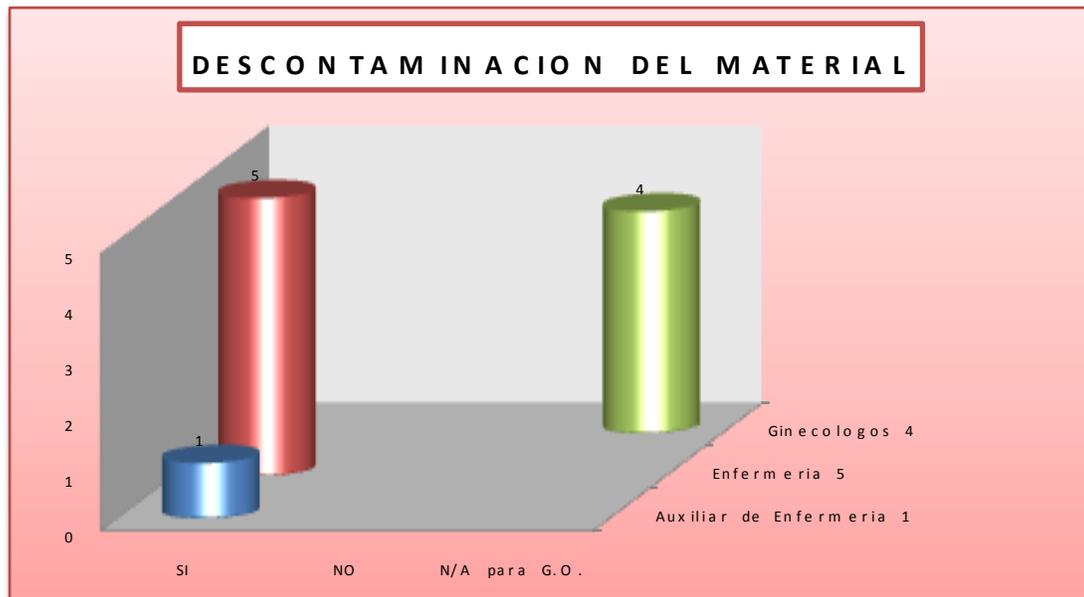
EL 100% del personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU refieren que si se realiza aspiración de cloro por la cánula para descontaminar.

Tabla 9

DESCONTAMINACION DEL MATERIAL UTILIZADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA LA DESCONTAMINACION DEL MATERIAL			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5		6	60%
NO					0%
N/A para G.O.			4	4	40%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANALISIS

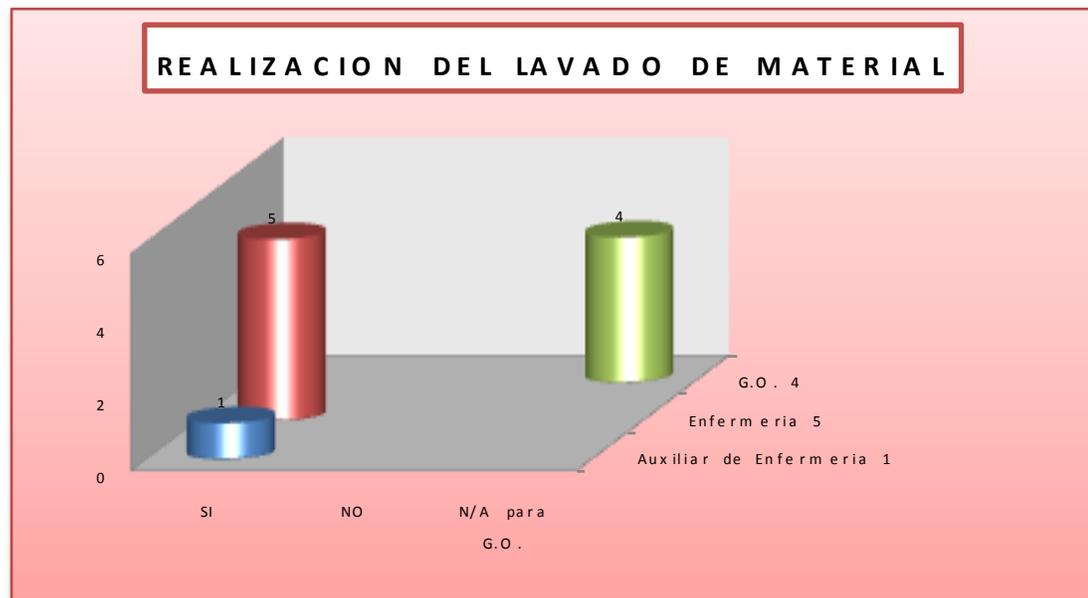
Puede observarse que el 60% responden que si se realiza la descontaminación de los materiales pero el otro 40% de respuestas que corresponde a los G.O no aplica ya que ellos no realizan descontaminación de material.

Tabla 10

LAVADO DE MATERIAL E INSTRUMENTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA EL LAVADO DEL MATERIAL E INSTRUMENTAL			TOTAL	PORCENTAJE %
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5		6	60%
NO					0%
N/A para G.O.			4	4	40%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

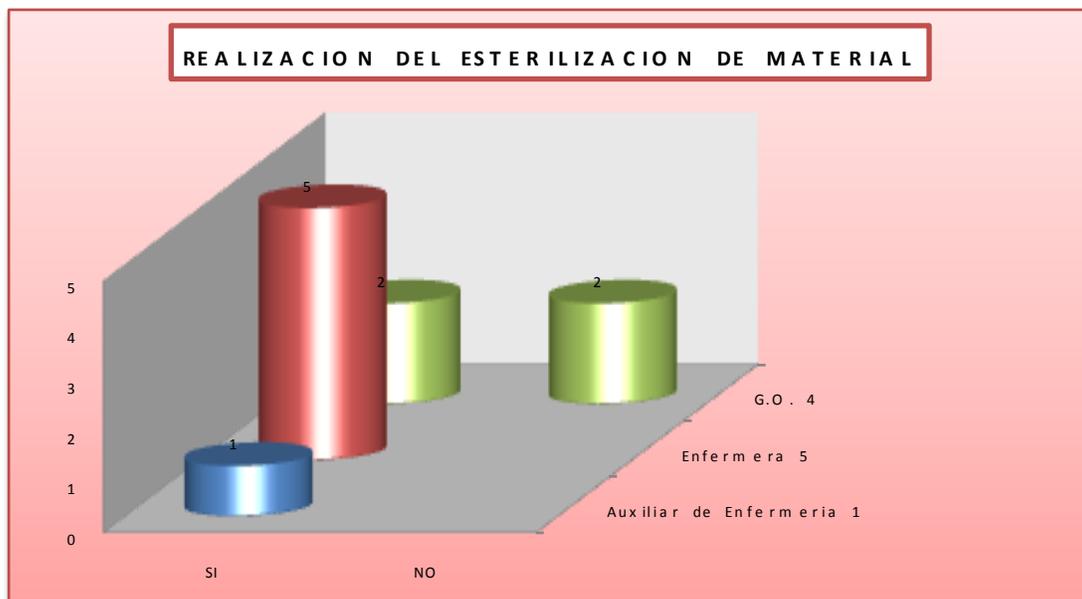
EL 60% que corresponde al personal que realiza lavado del material respondieron que sí, pero el 40% que corresponde a los G.O. No aplica debido a que ellos no realizan lavado de material e instrumental.

Tabla 11

ESTERILIZACION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA ESTERILIZACION DEL MATERIAL E INSTRUMENTAL			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5	2	8	80%
NO			2	2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

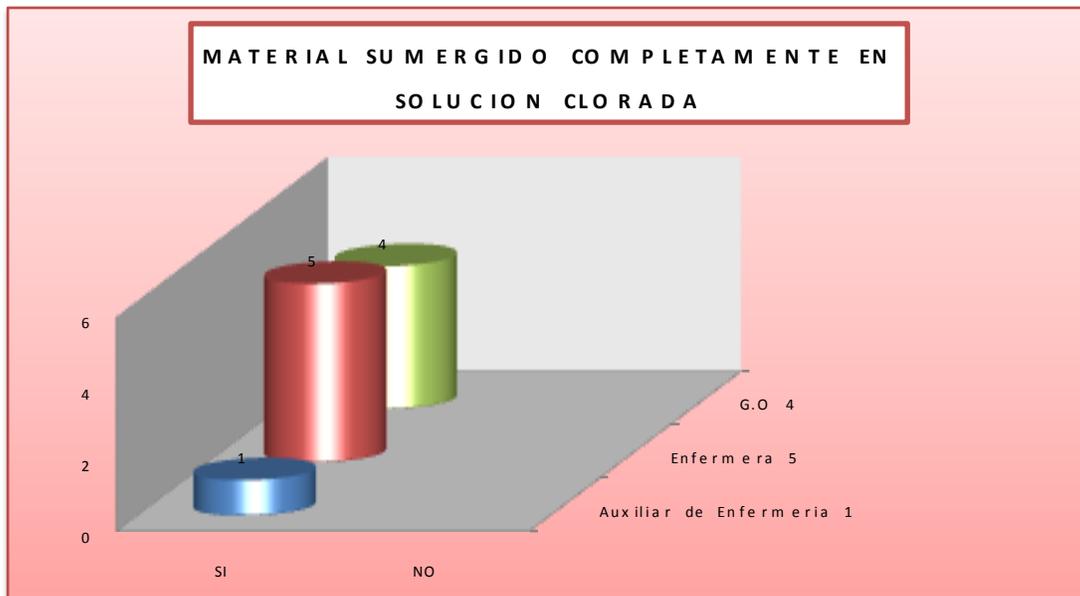
En el gráfico notamos que tanto la Auxiliar de Enfermería como la Licenciada en Enfermería si realizan la esterilización aunque 2 G.O. que corresponde al 20% respondieron que no.

Tabla 12

MATERIAL SUMERGIDO COMPLETAMENTE EN SOLUCION DE CLORO

TIPO DE PROTECCION	PERSONAL QUE REALIZA DESCONTAMINACION DE MATERIAL E INSTRUMENTAL			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	5	4	10	100%
NO					
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

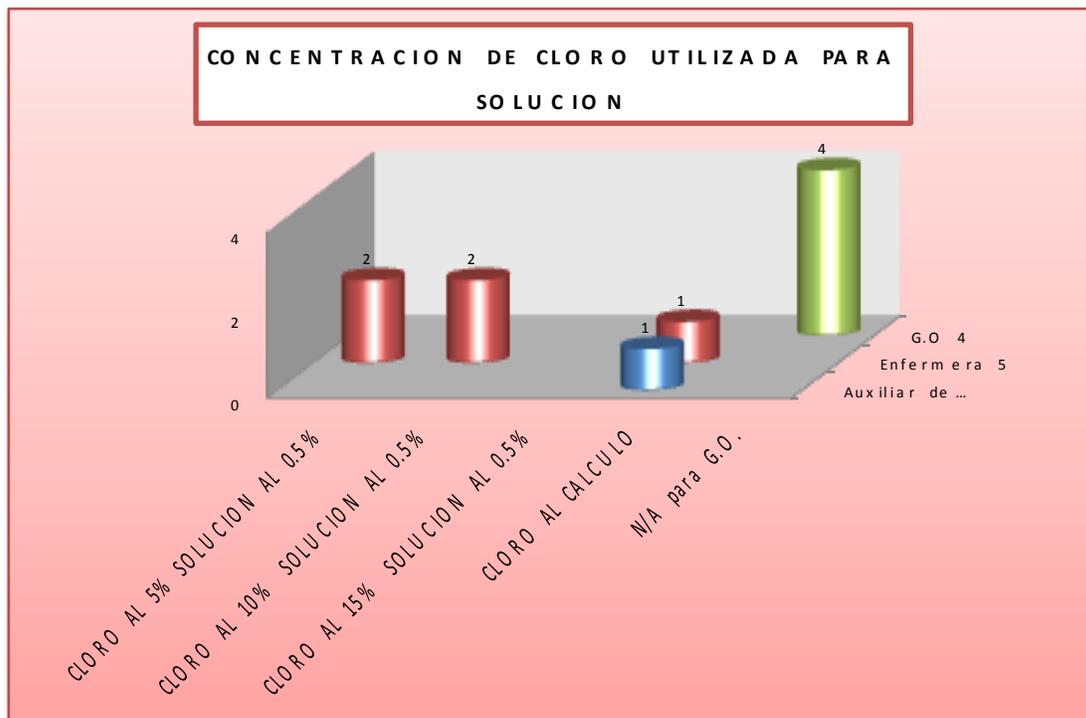
En lo anterior se identifica que el 100% del personal encuestado responde que todo el material e instrumental si es completamente sumergido.

Tabla 13

CONCENTRACION DE CLORO UTILIZADA EN LA DESCONTAMINACION DEL MATERIAL E INSTRUMENTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU.

TIPO DE CONCENTRACION	PERSONAL QUE REALIZA CONCENTRACION DE CLORO ADECUADA			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
CLORO AL 5% SOLUCION AL 0.5%		2		2	20%
CLORO AL 10% SOLUCION AL 0.5%		2		2	20%
CLORO AL 15% SOLUCION AL 0.5%				0	0%
CLORO AL CALCULO	1	1		2	20%
N/A para G.O.			4	4	40%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

Notamos en la grafica que solamente dos Licenciadas en Enfermería utilizan y realizan la concentración y dilución adecuada y que el 80% del personal encuestados no utilizan la concentración indicada.

Tabla 14

DILUCION DE CLORO UTILIZADA EN LA DESCONTAMINACION DEL MATERIAL E INSTRUMENTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AMEU.

DILUCION	PERSONAL QUE REALIZA DILUCION DE CLORO ADECUADA			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
10ML CLORO Y 90ML AGUA		1		1	10%
NO SABE	1	4	4	9	90%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS

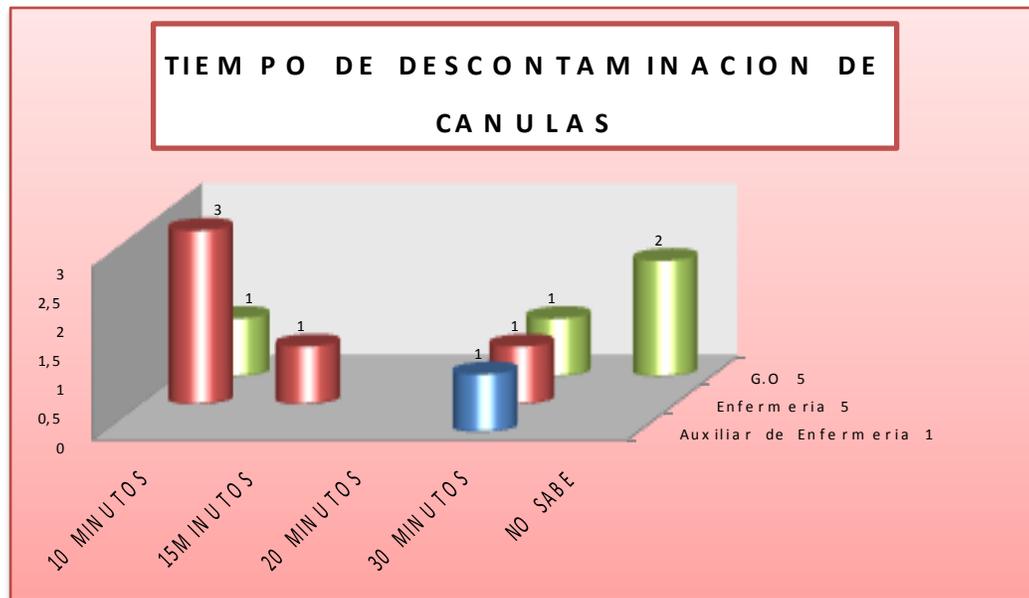
En el gráfico anterior notamos que solamente una Licenciada en Enfermería conoce la Dilución correcta para la descontaminación, por lo que es de suma importancia capacitar al personal para que los procedimientos se realicen de la forma adecuada.

Tabla 15

TIEMPO UTILIZADO EN LA DESCONTAMINACION DE CANULAS CON SOLUCION DE CLORO.

TIEMPO UTILIZADO EN LA DESCONTAMINACION DE CANULAS	PERSONAL QUE UTILIZA EL TIEMPO ADECUADO EN LA DESCONTAMINACION DE CANULAS			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
10 MINUTOS		3	1	4	40%
15 MINUTOS		1		1	10%
20 MINUTOS				0	0%
30 MINUTOS	1	1	1	3	30%
NO SABE			2	2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS:

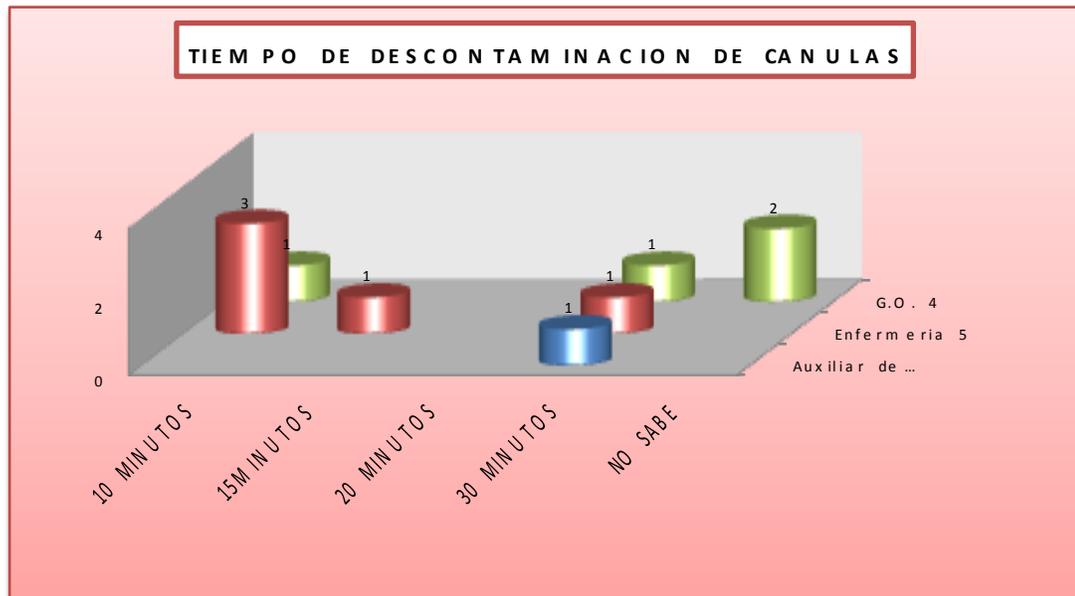
EL 50% de los encuestados respondieron correctamente ya que utilizan el tiempo adecuado que corresponde de 10 a 15 minutos a diferencia del otro 50% que utilizan 30 minutos.

Tabla 16

TIEMPO UTILIZADO EN LA DESCONTAMINACION DE INSTRUMENTAL CON SOLUCION DE CLORO.

TIEMPO UTILIZADO EN LA DESCONTAMINACION DE INSTRUMENTAL	PERSONAL QUE UTILIZA EL TIEMPO ADECUADO EN LA DESCONTAMINACION DE INSTRUMENTAL			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
10 MINUTOS		2		2	20%
15 MINUTOS		1		1	10%
20 MINUTOS				0	0%
30 MINUTOS	1	2	2	5	50%
NO SABE			2	2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS:

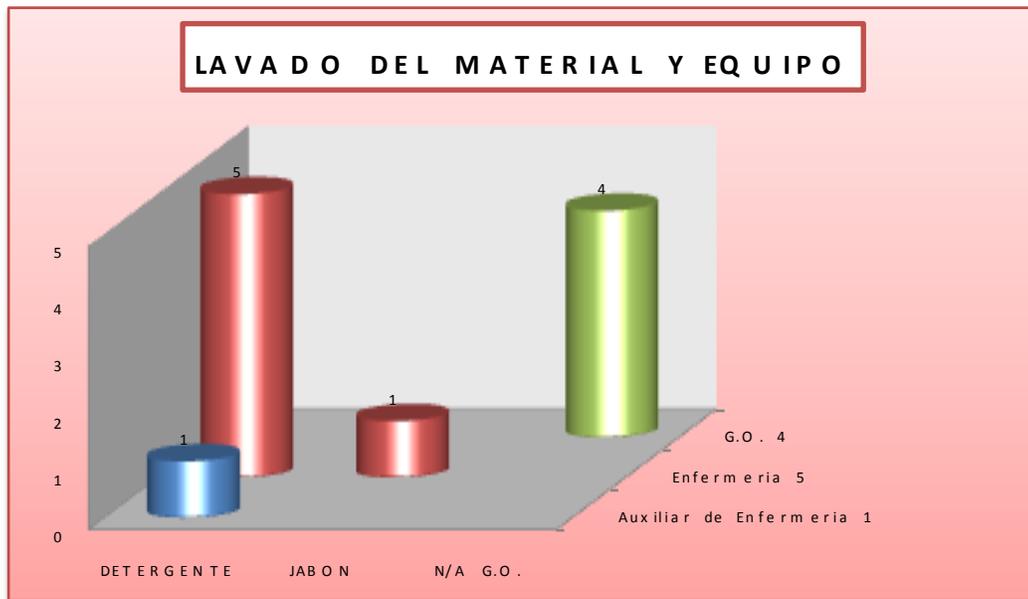
EL 50% de los encuestados respondieron correctamente ya que utilizan el tiempo adecuado que corresponde de 10 a 15 minutos a diferencia del otro 50% que utilizan 30 minutos.

Tabla 17

LAVADO DEL MATERIAL DEL EQUIPO DE AMEU

QUE USA PARA LAVAR EL INSTRUMENTAL	PERSONAL QUE REALIZA EL LAVADO DE MATERIAL Y EQUIPO DE AMEU			TOTAL	PORCENTAJE %
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
DETERGENTE	1	5		6	60%
JABON		1		1	10%
N/A G.O.			4	4	40%
TOTAL				10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



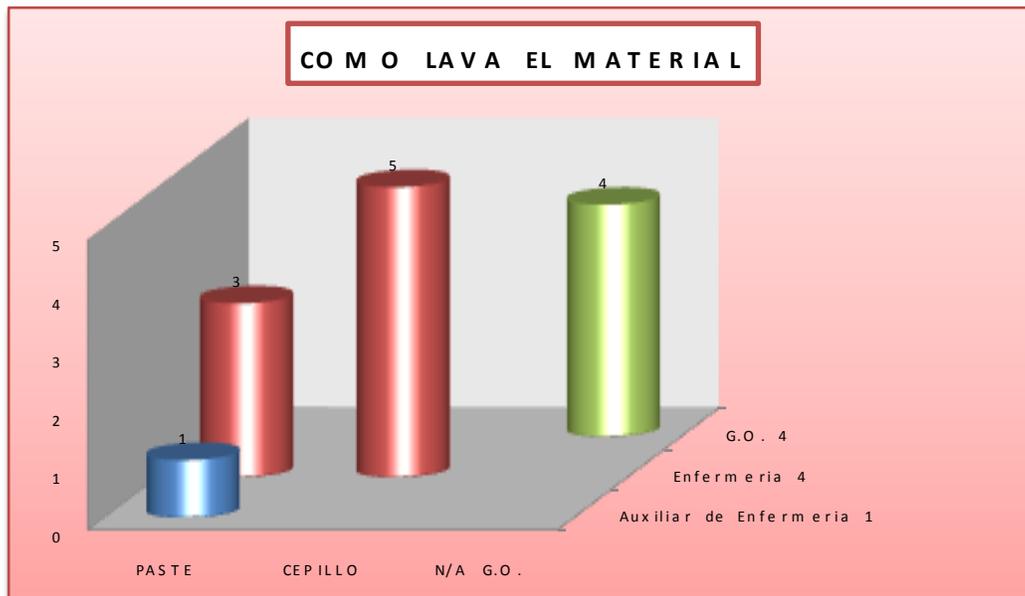
ANÁLISIS:

Observamos que tanto las Auxiliares de Enfermería como las Licenciadas en Enfermería utilizan el detergente para el lavado del material pero una de las Licenciadas en Enfermería también utiliza jabón.

Tabla 18
LAVADO DEL MATERIAL DEL EQUIPO DE AMEU

QUE USA PARA LAVAR EL INSTRUMENTAL	PERSONAL QUE REALIZA EL LAVADO DE MATERIAL Y EQUIPO DE AMEU			TOTAL	PORCENTAJE %
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
PASTE	1	3		4	
CEPILLO		5		5	
N/A G.O.			4	4	
TOTAL				10	

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS:

En el gráfico anterior notamos que tanto la Auxiliar de Enfermería como 3 Licenciadas utilizan pastes y también las licenciadas utilizan Cepillo.

Tabla 19
UTILIZA LA DESINFECCION INTENSIVA DEL EQUIPO DE AMEU

QUE USA PARA LAVAR EL INSTRUMENTAL	PERSONAL QUE REALIZA DESINFECCION INTENSIVA			TOTAL	PORCENTAJE%
	AUXILIARES DE ENFERMERIA	ENFERMERA	GINECOLOGOS		
SI	1	3	4	8	80%
NO		2		2	20%
TOTAL	1	5	4	10	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a personal que realiza o circula los procedimientos de AMEU



ANÁLISIS:

Podemos observar que 80% del personal encuestado refiere utilizar Desinfección Intensiva y el otro 20% que corresponde a dos Licenciadas en Enfermería refiere no hacerlo porque no ha habido necesidad.

Tabla 20

RESPUESTAS DE CÓMO UTILIZAR LA DESINFECCION INTENSIVA

CARGO	COMO REALIZAR DESINFECCION INTENSIVA	TIEMPO
A/E	Se introduce el material en agua clorada	10-15 MIN
ENFERMERIA	CIDEX	10-15 MIN
ENFERMERIA	1. SE DESCONTAMINA 2. SE LAVA 3. SE DESCONTAMINA	Según Manual
ENFERMERIA	No sabe	
ENFERMERIA	No sabe y necesitan que le expliquen	
ENFERMERIA	El instrumento con cloro se deja 15 min luego se pasa por ssn 0.9% y se seca con material estéril, Cánulas se colocan en bandeja con detergente y luego cloro durante 10min. Luego en ssn 0.9% y se seca con material estéril	
GINECOLOGOS	No sabe	
GINECOLOGOS	No sabe	
GINECOLOGOS	Cidex	25 min
GINECOLOGOS	Cidex	

CONCLUSIONES

1. Por medio de los resultados obtenidos podemos observar que el personal que realiza los procedimientos y circulas los AMEU necesita ser capacitado con anterioridad con las normas de bioseguridad ya que identificamos que no realizan adecuadamente las diluciones de cloro que fue el mayor problema identificado.
2. Es necesaria la evaluación continua en los procedimientos de AMEU debido a que todo el personal asignado no cumple con las recomendaciones mundiales difundidas por OMS para evitar los riesgos de infección.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal sobre Bioseguridad en los procedimientos de AMEU debido a que las múltiples funciones asignaciones pueden provocar que no se practiquen adecuadamente los procedimientos.
2. Realizar protocolos de atención en los procedimientos de AMEU y dar seguimiento a los mismos para evitar el contagio de infecciones tanto para las pacientes como para el mismo personal.
3. Capacitar al personal asistencial y lograr realizar cambios de actitudes y aptitudes en el mismo en cuanto a concientización.

Referencias Bibliográficas

- Barrantes, A. Jiménez, M. Rojas, B. & Vargas, A. (marzo, 2003). Embarazo y aborto en adolescentes. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000100009&script=sci_arttext
- Camacho, M. (2001). Tratamiento del aborto espontáneo (médico vs legrado). (Tesis doctoral). Recuperada de <http://riuma.unma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5012/Tesis%20Doctoral%20de%20Marta%20Camacho%20Caro.pdf?sequence=1>
- Chu, G. (2003). El aborto: consecuencias, causas y contradicciones (Tesis doctoral) de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Comité Científico de Asociación de Víctimas del Aborto. (2008). Consecuencias, efectos secundarios o secuelas del aborto provocado o interrupción del embarazo en la mujer, Publicado en Base de Datos Médica.



Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Centro Universitario Regional del Centro



Objetivo:

Establecer la bioseguridad que se realiza en los procedimientos de AMEU en las pacientes que se presentan con aborto, obteniendo información de los libros y personal asistencial, de Enero-Julio del año 2015 de la Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa de la ciudad de Comayagua.

Encuesta

Observación.

La encuesta es dirigida a todo el personal de salud que realiza o circula el AMEU, responda con sinceridad las siguientes preguntas.

CARGO _____

I. ¿Qué vestimenta usa de protección al estar en contacto con líquidos corporales en la realización de los procedimientos de AMEU?

Guantes _____

Batas o delantal _____

Mascarilla _____

Anteojos _____

Todas las anteriores _____

II. ¿Realiza el lavado de manos antes de realizar los procedimientos de AMEU?

Si _____

No _____

III. ¿Usa guantes para la Descontaminación y Limpieza del material e instrumental?

Si _____

No _____

N/A para médicos _____

IV. ¿Cuándo descarta jeringas coloca la tapa de la Aguja en una superficie plana y lisa sin sostener la tapa con la mano e introduce la aguja dentro de la tapa?

Si _____

No _____

V. ¿Utiliza bolsas rojas para desechos sólidos contaminados?

Si _____

No _____

VI. ¿El basurero de desechos sólidos está debidamente rotulado?

Si _____

No _____

VII. ¿El médico que realiza el procedimiento de AMEU utiliza la técnica de no tocar durante el procedimiento?

Si _____

No _____

VIII. ¿El médico después de realizado el procedimiento de AMEU aspira con la cánula la solución de cloro para descontaminarla?

Si _____

No _____

IX. ¿Realiza la descontaminación del material utilizado?

Si _____

No _____

N/A para médicos _____

X. ¿Lava el material utilizado?

Si _____

No _____

N/A para médicos _____

XI. ¿El material es esterilizado?

Si _____

No _____

XII. ¿El instrumental se mantiene sumergido completamente con la solución de cloro?

Si _____

No _____

XIII. ¿Cuál es la concentración de cloro que usted utiliza al descontaminar el material?

Concentración de cloro al 5% para una solución al 0.5% _____

Concentración de cloro al 10% para una solución al 0.5% _____

Concentración de cloro al 15% para una solución al 0.5% _____

N/A para médicos _____

XIV. ¿Cómo realiza la dilución de cloro para tener la solución deseada?

Cuanto utiliza de:

Cloro _____

Agua _____

XV. ¿Cuánto es el tiempo que usted utiliza para descontaminar el material e instrumental con la solución de cloro?

CANULAS

INSTRUMENTAL

10 _____

10 _____

20 _____

20 _____

30 _____

30 _____

XVI. ¿En cuánto tiempo cambia la solución clorada de los materiales e instrumental?

Diaria _____

En cada procedimiento _____

N/A para médicos _____

XVII. ¿Con que lava el material e instrumental?

Detergente _____

Jabón _____

N/A para médicos _____

XVIII. ¿Cuál de lo siguiente utiliza para lavar el material e instrumental?

Paste _____

Cepillo _____

N/A para médicos _____

XIX. ¿Cuándo no es posible esterilizar el equipo de AMEU utiliza la desinfección intensiva (DI)?

Si _____

No _____

XX. ¿Cómo realiza la desinfección intensiva?

Explique y cuál es la duración :



Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Centro Universitario Regional del Centro



Comayagua 24 Julio 2015

Objetivo:

Establecer la bioseguridad que se realiza en los procedimientos de AMEU en las pacientes que se presentan con aborto, obteniendo información de los libros y personal asistencial, de Enero-Julio del año 2015 de la Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Santa Teresa de la ciudad de Comayagua.

Licda. Saira Funes

Directora de Enfermería del HRST.

Estimada Licda. Funes reciba un caluroso saludo y éxitos en sus labores diarios.

La presente es para hacer de su conocimiento que en mi Ejercicio Profesional es necesario la realización de una investigación como requisito final de graduación, por lo que por medio de la presente le solicito su aprobación para poder realizar mi investigación en esta institución en la sala de alojamiento conjunto tomando información de los libros de registros de las pacientes que forman parte de dicho estudio y de encuestas aplicadas al personal médico, Enfermería y A/E que realizan o circulan los AMEU, como también de enfermeras que han estado a cargo de la Sala de Alojamiento Conjunto.

Esperando una respuesta positiva a mi petición, le agradezco de antemano.

Licda.s.s. Wendy Gámez.

C.: Dirección del HRST.

C.: Archivo.

Plan de Actividades

Actividades	Enero	febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Agosto
Recopilación de información							
Identificar los pasos del protocolo de investigación							
Elaboración del planteamiento del problema							
Discusión de los objetivos							
Elaboración del marco teórico conceptual y referencial							
Identificación y análisis de las variables							
Definir la operacionalización de las variables e indicadores							
Elaboración del diseño metodológico							
Elaboración de plan de trabajo							
Aplicación de instrumento de investigación							
Tabulación y análisis de los datos							
Socialización de los resultados							

Presupuesto

Detalle	Cantidad	P/Unitario	total
Pago de uso de internet para buscar información sobre el tema a investigar	8 hora	Lps. 25.00	Lps. 200.00
Pago de impresión de información del tema de investigación	80 Hojas	Lps.5.00	Lps. 400.00
Transporte	8 viajes	Lps. 25.00	Lps. 200.00
Almuerzos	7	Lps. 80.00	Lps. 560.00
Torso		Lps. 300.00	Lps. 300.00
Total			Lps. 1660.00