

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACION DEL
SISTEMA PARA LA ASPIRACION MANUAL INTRAUTERINA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – 2016 AL 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

MARÍA ANTONIA LOZANO GARCIA

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 348

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe	20
IV. RESULTADOS	22
V. CONCLUSIONES	23
VI. RECOMENDACIONES	24
VII. REFERENCIALES	25
ANEXOS	27

INTRODUCCIÓN

Actualmente la Organización Mundial de la Salud considera a la aspiración Manual Endouterina como la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto porque comparado con el legrado uterino instrumentado es más segura y rápida, menos dolorosa y se asocia con tasas más bajas de complicaciones.

A nivel mundial la técnica de Aspiración Manual Endouterina se emplea como tratamiento del Aborto Incompleto sin complicaciones; porque esta técnica se asocia con mejor evolución de las mujeres con aborto incompleto; es de menor costo por que no requiere hospitalización y menores complicaciones pre y post quirúrgicas; sin embargo, es una técnica que requiere entrenamiento y capacitación del personal médico y no médico que brinda la atención.

En nuestro país, la Aspiración Manual Endouterina fue utilizada a partir del año 1996; el Instituto Nacional Materno Perinatal fue uno de los primeros en poner en práctica no solo para los abortos incompletos sino también para las biopsias de cérvix y endometrio.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, como entidad referencial de la Región Apurímac atiende a toda la población vulnerable y de escasos recursos con el objetivo de disminuir el riesgo de complicaciones; el servicio de Ginecología, en su multiplicidad de atención de patologías ginecológicas no es ajeno a la atención de abortos, que representa una de las estadísticas más altas en lo que a procedimientos ginecológicos corresponde, esta técnica se realiza desde el año 2006.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

Para la Organización Mundial de la Salud el aborto es un problema social y de salud pública que cada vez incrementa más, se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo; considerándose aborto peligroso o inseguro como el procedimiento para terminar la gestación realizadas por personas que no poseen las competencias necesarias o en ambientes sin los mínimos estándares médicos. Se afirma que en el año 2008 se produjeron 47,000 defunciones a causa de abortos peligrosos. África se ve desproporcionadamente afectada, ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en este continente. Entre el 2010 y 2014 en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25% del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas. Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica (1)

Según SHWART Ricardo el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un peso mayor de 500 gramos. Existiendo diversas formas de tratamiento para el aborto incompleto es Aspiración Manual Endouterina y el legrado uterino instrumentado. (2)

En el Perú en el año 2014 se valoraba que el aborto inseguro es la principal causa de muerte materna debido a los procedimientos realizados sin supervisión médica asistida incrementando el riesgo a que la mujer sufra una infección grave o una hemorragia. (3)

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, dentro de los procedimientos llevados a cabo en centro quirúrgico los abortos anualmente se encontraban en los primeros lugares en la estadística de procedimientos quirúrgicos; tomando en cuenta la limitada capacidad de la infraestructura de centro quirúrgico muchas veces estos procedimientos quedaban postergados en razón de la complejidad y el compromiso de vida, lo que desencadenaba en complicaciones mayores.

Bajo esta problemática, el año 2006 en el Servicio de Emergencia Obstétrica se implementa el área de Procedimientos de Aspiración Manual Endouterina, que en principio resolvía el problema de oportunidad de atención, pero con el correr de los años, la demanda de esta y otras patologías sobresaturaron la capacidad de oferta de dicho servicio, poniendo en riesgo la salud del paciente.

En esas condiciones, se implementa el Procedimientos de Aspiración Manual Endouterina en el Servicio de Ginecología, condición que ha disminuido el tiempo de espera por la oportunidad de atención; tal es así vemos que en el año 2016 se llevaron a cabo 506 procedimientos de Aspiración Manual Endouterina; para el año 2017 se realizaron 463 procedimientos.

1.2 Objetivo

Determinar la intervención de enfermería en la implementación del sistema para la aspiración manual intrauterina en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2016 al 2017.

1.3 Justificación

El presente informe tiene como finalidad, documentar la importancia de la atención de brindar atención oportuna con el objetivo de disminuir las complicaciones recurrentes de una atención tardía de abortos.

La implementación del Área de Procedimientos de Aspiración Manual Endouterina, está dirigida para la atención inmediata de la paciente referida de cualquier establecimiento de salud en cualquier condición que conduzca al aborto, la misma que por protocolo está sujeta de atención especializada; sumado a ello los cuidados de enfermería en el proceso de recuperación asegura la evolución favorable y la resolución de caso, lo que deviene en menor coste de gastos operativos en la entidad, y por parte del usuario repercute en su bienestar ya que es un procedimiento sencillo y menos traumático.

En la práctica cotidiana la información obtenida servirá para brindar una mejor atención al usuario y así prevenir cualquier complicación como puede ser hemorragias, shock hipovolémico, entre otros.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes:

Antecedentes Internacionales:

LOPEZ Vásquez Gladis Paola (2015) Guatemala, SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN ANALGESIA Y ANESTESIA PARA CERVICAL EN AMEU, POST ABORTO, cuyo objetivo fue de evaluar la satisfacción de usuarias en la efectividad de la analgesia y anestesia paracervical en las pacientes con diagnóstico de Aborto, sometidas a Aspiración Manual Endouterina. La metodología es transversal analítico llegando a la conclusión de lo siguiente De acuerdo con los datos obtenidos, se observó que del total de pacientes (320) En su mayoría de 21 a 40 años de edad, con un total de 93%, las pacientes mayores de 40 años ocuparon un 5% y menores de 15 años el 2%, en relación con el estado civil sólo 34,3 % estaban casadas, 65,7 % De ellos no tenían ninguna vinculación jurídica, con relación a la escolaridad el 34 % de los pacientes eran analfabetos y 66 % tenían algún grado de escolaridad, en relación con la paridad, el 33,5 % eran primigestas y el 66,5 % ya tenía un historial de gestación, el diagnóstico en el momento de su entrada fue aborto incompleto en el 56,57 % Seguido por el embarazo anembrionico en 21,8 % y aborto retenido en el 21.56%. (4)

BALLINAS Hernández M.C. Janet (2014) México "Aspiración manual Endouterina Vs legrado Uterino instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto Hospital General de Jilotepec, cuyo objetivo es describir las complicaciones más comunes, posteriores al tratamiento de aborto con legrado uterino instrumentado en comparación con aspiración manual endouterina, en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital general de Jilotepec, I.S.E.M. durante el periodo del 01 abril 2013 al 01 abril de 2014 cuya conclusión La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, lesión cervical y perforación uterina; además, con el AMEU la

necesidad de dilatar el cuello uterino es menor, el sangrado no es tan abundante, la estancia hospitalaria es más corta y la necesidad de administrar medicamentos anestésicos es menor. (5)

Nivel Nacional:

CARDENAS Pérez, Diana (2017) Perú Características Clínicas y Epidemiológicas de mujeres sometidas al procedimiento de aspiración manual endouterina y legrado uterino, en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo enero a diciembre del 2016” Cuyo objetivo es Identificar características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino (LU) en el Hospital II-2 Tarapoto durante el periodo de enero a diciembre de 2016 a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento. Llego a la conclusión de Se ha establecido que de un total de 227 pacientes con diagnóstico de Aborto atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto de enero a diciembre del 2016, 173 fueron sometidas a Aspiración Manual Endouterina (76.2%) y 54 a Legrado Uterino (23.8%). (6)

VASQUEZ Bueno, Joyce Geraldine (2017) Lima-Perú Nivel de ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDAS A ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA EN UN HOSPITAL MATERNO PERINATAL NIVEL III-2 DE REFERENCIA NACIONAL. Cuyo objetivo Determinar el nivel de ansiedad en pacientes sometidas a AMEU en el servicio de emergencia de un Hospital Materno Perinatal nivel III-2 de referencia nacional, noviembre – Mayo 2017. El estudio será de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, por qué se obtendrá la información tal como se presentó en la realidad, sin manipulación alguna de sus resultados. (7)

CALLAHUI Ortiz Irma Teresa (2016) Lima Perú Complicaciones de la Aspiración Manual Endouterina instituto nacional materno perinatal 2015, Cuyo Objetivo fue Describir las complicaciones de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en el Instituto Nacional Materno Perinatal de enero a

julio del 2015. Método: Se realizó un estudio observacional, con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, corte y proyección transversal retrospectivo y de naturaleza no experimental. La población estuvo constituida por el total de pacientes a quienes se les realizó Aspiración Manual Endouterina en la institución de enero a julio 2015 y la muestra fue de 160 pacientes. Resultados: La edad de las pacientes varió entre 14 y 43 años (media de 28, 6 +/- 7,6 años). El sangrado fue el signo clínico más frecuente (43,1%) y el dolor (18,1%) fue el síntoma referido con más frecuencia. El 28,1% de pacientes presentaron en forma concomitante dolor y sangrado. Los diagnósticos más frecuentes fueron aborto incompleto (n = 84; 52,5%), seguido por aborto retenido / frustrado (n = 74; 46,3%). El embarazo molar sólo registró 2 casos (1,3%), 6 (3,7%) pacientes presentaron complicaciones. De ellas, 5 (3,1%) tenían diagnóstico de aborto incompleto y una (0,6%) correspondió a un embarazo molar. El 83,3% (n =5) de las complicaciones se presentaron en el postoperatorio y sólo un caso (16,7%) presentó complicaciones tanto en el intra como en el postoperatorio. Las complicaciones postoperatorias correspondieron a tres casos de Aspiración Manual Endouterina insuficiente, un caso de sangrado vía vaginal y uno de dolor pélvico. La única paciente que se complicó tanto en el intra como en el postoperatorio correspondió a un caso de hemorragia más Aspiración Manual Endouterina insuficiente. Conclusiones: La Aspiración Manual Endouterina en el Instituto Nacional Materno Perinatal es una técnica segura siendo sus complicaciones más frecuentes: sangrado vía vaginal, dolor pélvico y procedimiento insuficiente. (7)

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. ABORTO: La interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable muerte y expulsión del feto antes de los 5 meses, interrupción de la gestación antes de las 20 semanas de gestación, dentro de los 139 días contando desde la FUM, cuando el feto pesa menos de 500 gramos

2.1.1.1. PREVALENCIA

La incidencia del aborto es del 10 al 15%. La frecuencia disminuye rápidamente con la edad de gestación

CAUSAS DE ABORTO

- Huevo patológico sin embrión o embrión defectuoso 48,9%
- Embrión con anomalías localizadas 3,2%
- Anomalías placentarias 96,6%
- Degeneración hidatiforme de las vellosidades 63%

La causa más frecuente son alteraciones cromosómicas embrionarias.

GENÉTICAS

- Trisomías 50%
- Monosomías (45 X) 20%
- Triploidías 15%
- Tetraploidías 10%
- Alteraciones estructurales 5%

CAUSAS MATERNAS ORGANICAS:

Enfermedades infecciosas:

- *Mycoplasma hominis* y *urealiticum*
- Toxoplasmosis,
- Listeriosis
- Gripe, varicela, sarampión, hepatitis A, B, C, y parotiditis.
- Rubéola, Herpes genital, Sífilis, Malaria, Brucelosis, Citomegalovirus.

CAUSAS INMUNOLOGICAS:

- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos
- Anticuerpos antinucleares débilmente positivos y Aloinmunes (incompatibilidad
- ABO.
- Trombofilias

Causas psicológicas

Causas de origen tóxico: Intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc) o carencial cuando hay deficiencias nutritivas.

Traumatismos físicos

Abuso de drogas lícitas e ilícitas, tabaco, alcohol y cafeína

2.1.1.2. CLASIFICACIONES DEL ABORTO

- **Aborto Espontáneo:** Son abortos de primer trimestre, la gestación anaembrionaria, el aborto en curso, el aborto incompleto y el aborto completo. Cerca del 15 al 20% de las gestaciones conocidas acaban en aborto espontaneo, con el uso de la determinación de la gonadotropina coriónica aumenta hasta en un 30%, cerca del 80% de los abortos espontáneos aparecen en el primer trimestre y la incidencia va disminuyendo con las semanas de gestación.
- **Amenaza de aborto:** Se define como el sangrado vaginal antes de la semana 22 de gestación. Aparecen en el 30 a 40% de todos los embarazos, el sangrado normalmente es leve y puede estar asociado con dolor abdominal bajo o de tipo cólico.
- **Amenaza de aborto:** Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Esto puede suceder antes de la semana 20 del embarazo.
- **Aborto en curso:** El volumen de sangrado con frecuencia es mayor que con otros tipos de aborto y el cuello del útero está abierto y borrado, pero no ha salido ningún tejido, la mayoría de las pacientes tiene dolor abdominal de tipo cólico y algunas tiene dolor a la movilización cervical y a la palpación anexial.
- **Aborto Completo e Incompleto:** Es una expulsión parcial de tejido gestacional antes de la semana seis del embarazo, la placenta y el feto, normalmente se expulsan juntos, pero después de esta semana lo suelen hacer separadamente, aunque la mayoría de las pacientes tienen sangrado vaginal solo algunas han expulsado productos del

embarazo, el dolor abdominal tipo cólico puede estar presente y puede estar descrito como parecido a las contracciones del parto.

- **Aborto diferido:** No es más que decir que, en el momento en que se produjo la pérdida del embrión, no hubo ninguna sintomatología, y que fue tres semanas después en que por medio de la ecografía se vio que no había latido fetal o que no había feto, porque se había reabsorbido y por tanto se había producido el aborto
- **Aborto habitual o recurrente:** Consiste en la presentación de abortos repetidos, dos o más, consecutivos o no. En el caso del aborto habitual, se estima que han existido por lo menos tres abortos confirmados.
- **Aborto provocado:** Es el medio en que por total consentimiento de la futura madre, se realizara la conclusión de la gestación sin cumplir con el periodo de formación del embrión. Se debe realizar antes del primer trimestre (hasta la semana 13), se puede realizar por medio de la ingesta de medicamentos recetados por el clínico especializado o por una intervención no poco invasivo en un centro de atención calificado de salud.
- **Aborto Inducido o terapéutico:** es la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto para su eliminación. es la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto para su eliminación por razones de salud materna.
- **Aborto séptico:** Se produce por abortos inducidos realizados por personas no entrenadas usando técnicas no estériles; es mucho más común cuando el aborto es ilegal.

2.2.3. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA:

La aspiración manual Endouterina (AMEU) es un método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo, que consiste en la evacuación del

contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual de plástico. Es adecuada para el tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación (incluidos la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo y la extracción de productos retenidos de un aborto inducido), aborto en el primer trimestre (regulación menstrual) y biopsia endometrial.

Comparada con el método de aborto conocido como legrado uterino instrumental (LUI), la AMEU requiere menos dilatación cervical y está asociada con menos pérdida de sangre, estancias hospitalarias más cortas.

Las características de AMEU son:

- Fabricado con altos estándares de calidad.
- Alto nivel de eficacia, seguridad y aceptabilidad por la usuaria.
- De uso práctico en consultorio y hospital.
- Puede ser usado con anestesia local (bloqueo paracervical) que evita el riesgo de anestesia epidural o general en la usuaria.
- Es menos costosa, menos riesgosa y de fácil realización, además de no requerir hospitalización.

Por todas las características reditúa un considerable beneficio para la usuaria y el medico

La ventaja de la AMEU está dada por qué:

Reduce el riesgo de complicaciones postoperatorias, reduce el costo del servicio y recursos post aborto, incrementa el acceso a los servicios, incrementa el potencial de acceso más oportuno a la atención.

La atención integral del aborto incompleto mediante la técnica de aspiración manual endouterina aplicada en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, tiene un enfoque humano y los pasos de atención son los siguientes:

Admisión: Registro de datos personales de la paciente y el recibimiento de la usuaria por parte del personal de la salud.

Evaluación Médica: Realización del examen físico, solicitud de exámenes auxiliares, evaluación de signos vitales, diagnóstico y la decisión del médico de realizar la técnica.

Tiempo de espera: Paciente recibe apoyo emocional educación, información y comunicación continua sobre el procedimiento.

Realización de la Técnica de la AMEU:

Acompañamiento de la usuaria: se brinda apoyo emocional que ayudara a la usuaria a relajarse y manejar durante y después del procedimiento.

Traslado de la usuaria a sala de recuperación: se orienta sobre la planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Alta hospitalaria: Se informa sobre la identificación de signos de alarma que se pudiera presentar, un método anticonceptivo alternativo a utilizar, programación de control por consultorio externo.

La calidad de atención a la usuaria: Esta dada por la aplicación de la ciencia y tecnología médica para maximizar los beneficios de la salud de la población sin aumentar sus riesgos. La obtención máxima de beneficios tomando en cuenta las necesidades del usuario, así como las limitaciones de la institución; y la satisfacción de las necesidades de la usuaria y sus expectativas razonables.

2.2.4. Rol del personal de salud en la atención integral de la usuaria con aborto incompleto tratada con la técnica AMEU

Rol del Equipo de salud: Para dar una buena calidad de atención medica de todo usuario que se le va a realizar la técnica AMEU; estará encaminadas a proporcionarle un mayor bienestar físico, psíquico y una temprana recuperación. Para todo esto es preciso y necesario un control minucioso a la paciente, a través de una buena anamnesis; considerando el examen físico, la entrevista, cubriendo así distintos aspectos de la atención que se desea realizar. El medico es quien toma la decisión de realizar o no el procedimiento a la usuaria considerando firma del consentimiento informado para la realización del procedimiento,

informando a la usuaria sobre su diagnóstico procedimiento, las ventajas y desventajas teniendo en cuenta el trato humano y personalizado a la usuaria. También llevará acabo la evaluación después del procedimiento identificando algún signo de alarma estando en la capacidad de resolver cualquier emergencia.

Rol de la Enfermera: desempeña un rol importante en la atención de la usuaria con aborto incompleto, 80% de la atención de personas hospitalizadas están a cargo del servicio de Enfermería; ya que se debe conocer el proceso enseñanza aprendizaje a fin de brindar una óptima atención dado que la usuaria debe estar informada de todo el procedimiento que se le va a realizar influyendo así en el equilibrio psicoemocional, disminuyendo su angustia. La enfermera y la usuaria bien informados podrán resolver los problemas que surjan durante el procedimiento.

Es fundamental agregar la importancia de las relaciones interpersonales ya que contribuirá en el proceso interpersonal terapéutico y significativo que funcione en cooperación con otros humanos, a fin de hacer alcanzable la salud de los individuos y la sociedad. la relación interpersonal dependerá de la personalidad de la enfermera.

Tal es así que el rol que cumple la enfermera durante la realización de la técnica AMEU debe ser de calidad, entendiéndose ello inherente a su formación, ya que le permite dar una atención integral, holística en las 3 etapas: Pre, Peri y Post.

En el periodo del PRE AMEU: La enfermera se encarga de lo siguiente:

Admisión de la usuaria con aborto incompleto en tópico de emergencia, favoreciendo un ambiente de empatía entre la usuaria y el profesional de enfermería, mediante un trato de calidad, calidez, brindándole confianza, respeto y empatía.

Realizar entrevista terapéutica identificando las necesidades de la usuaria, así como la información, conserjería sobre procedimiento,

técnica, cuidados en casa, signos de alarma, salud reproductiva; así como la preparación física y el apoyo emocional.

Verificar la Historia Clínica Completa (indicaciones médicas, exámenes auxiliares completos, hoja del consentimiento informado, registro de las notas de enfermería)

En el momento del PERI AMEU

- Trasladar a la usuaria a la sala del procedimiento.
- Brindar apoyo emocional durante el procedimiento, mediante el acompañamiento físico y el apoyo verbal.

En el momento del POST AMEU

Educar e informar sobre los cuidados de debe tener alimentación, ejercicios, inicio de relaciones sexuales, higiene, deporte; así como la identificación signos de alarma, salud reproductiva (métodos anticonceptivos)

Educar a los familiares acerca de la importancia del apoyo emocional hacia la usuaria, cuidados en casa, signos de alarma y salud reproductiva. Atención integral en salud reproductiva y planificación familiar, ejecutando su rol educativo creando estrategias que favorezcan el aprendizaje.

Explicar sobre procesos administrativos para el alta.

Entonces cabe resaltar que los componentes esenciales para asegurar la calidad y calidez de la atención por la enfermera está dado por la dimensión Técnica siendo medido en la realización del procedimiento, y la dimensión Interpersonal a través de la información, la consejería, la comunicación permanente favoreciendo la interacción entre la enfermera y la usuaria con aborto incompleto. Ambos componentes se deben abordarse de manera que conduzcan a generar el bienestar psicoemocional de la usuaria y la satisfacción plena del personal que atiende en el tópico de emergencia.

Se concluye que la AMEU es clínicamente efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino y se asocia con niveles más bajos de complicaciones. En diversos estudios, la

efectividad de la AMEU ha mostrado ser mayor al 98 por ciento. Es conveniente destacar que la AMEU ha comprobado ser un procedimiento altamente eficaz y seguro, incluso en el primer nivel de atención. La mayoría de las mujeres se recuperan en el transcurso de unas pocas horas después del procedimiento. Aunque la recuperación es mucho más rápida cuando se utiliza la AMEU sin anestesia general ni sedación de larga duración, se han usado diferentes esquemas para manejar el dolor que las mujeres experimentan, dado que están conscientes durante el procedimiento. Las características de la AMEU posibilitan la adecuación del servicio para que sea costo-efectivo, ya que puede realizarse de manera ambulatoria y con analgesia y sedación ligera o bloqueo para cervical, lo cual permite una reducción de costos significativa y un mejor aprovechamiento y uso de los recursos físicos y humanos disponibles. Gutiérrez & Guevara (2015) señalan que el uso de la AMEU para la atención del aborto incompleto es un derecho de todas las mujeres, y todos los profesionales que las atienden deben tener las competencias para brindarles esa atención, pues las evidencias muestran que la técnica puede ser utilizada en los servicios de salud, con el único requisito de contar con profesionales capacitados y servicios preparados.

Integral, recomendándola y avalándola como de elección para el tratamiento del aborto incompleto. (8)

2.2.5. LEGRADO UTERINO:

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas.

Es el procedimiento que se realiza para raspar y recolectar el tejido endometrial del interior del útero que se realiza a partir de las 12 semanas de gestación. Se realiza dilatación cervical, que es un ensanchamiento del cuello uterino para permitir que los instrumentos ingresen al útero,

mientras que el curetaje o legrado realice el raspado de los contenidos del útero.

2.3. Definición de términos

- **Aspiración Manual Endouterina (AMEU):** Procedimiento quirúrgico que consiste en la aspiración del contenido Endouterina de un aborto no complicado de menos de 12 semanas de gestación.
- **Complicaciones intraoperatorias:** Trastorno que sobreviene durante el procedimiento del AMEU que agrava el pronóstico.
- **Complicaciones postoperatorias:** Trastorno que sobreviene posterior al procedimiento del AMEU que agrava el pronóstico.
- **Endometritis:** Inflamación sistemática del endometrio.
- **Endometrio:** Capa mucosa que cubre la cavidad uterina.
Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Proceso inflamatorio del tracto genital superior (útero y/o trompas y ovarios), tejido conectivo subyacente y cavidad pélvica, no relacionado con el embarazo parto y puerperio.
- **Hemorragia:** Sangrado anormal por vía vaginal fuera del ciclo menstrual.
- **Shock hipovolémico:** Estado de choque asociado a una pérdida aguda y masiva de sangre. Con fines prácticos presión sistólica de 90 mm Hg.
- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica:** Proceso inflamatorio del tracto genital superior (útero y/o trompas y ovarios), tejido conectivo

subyacente y cavidad pélvica, no relacionado con el embarazo parto y puerperio.

- **Hemorragia:** Sangrado anormal por vía vaginal fuera del ciclo menstrual. Taquicardia persistente mayor de 120 por minuto, sensación intensa de sed y ansiedad o sopor, frialdad en extremidades y oliguria, asociada a una hemorragia de origen obstétrico.
- **Perforación uterina:** Solución de continuidad del útero al realizar un procedimiento quirúrgico.

- Asesorar y apoyar al personal asistencial de enfermería en la atención de la paciente Ginecológica de mayor complejidad.
- Intervenir en el cuidado de enfermería a pacientes ginecológicas, en situaciones especiales.
- Consolidar e informar los resultados de producción e indicadores de enfermería del servicio.
- Planificar, organizar y ejecutar programas de capacitación permanente y el programa de inducción para el personal nuevo del servicio.
- Programar y ejecutar reuniones administrativas para promover el trabajo en equipo del Personal de enfermería a su cargo.
- Participar en los procesos de adquisición, control de calidad y recepción de bienes, brindando opinión técnica del material e insumos del servicio.
- Supervisar, monitorear y dirigir el cumplimiento de normas y medidas de bioseguridad en el servicio.
- Coordinar e informar al jefe inmediato los resultados de la producción de la atención de enfermería en ginecología.
- Participar en el diseño, elaboración, actualización e implementación de guías, procedimientos, normas, proyectos de mejora, directivas e instrumentos de gestión, en coordinación con los profesionales de la salud del servicio.
- Cumplir y hacer cumplir lo dispuesto en las directivas, normas y guías de atención en el Campo de enfermería.
- Mantener buenas relaciones interpersonales y comunicación efectiva con el equipo.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En el proceso de mi desempeño como Licenciada en Enfermería Jefe del Servicio de Ginecología del Departamento de Ginecoobstetricia; una de mis acciones ha sido la intervención y gestión para la implementación del

Área de Aspiración Manual Endouterina en el servicio; como parte de la mejora de la atención; ya que una de las condicionantes era el tiempo y condiciones de desplazamiento y demora en la atención de pacientes en condiciones de proceso de aborto.

Bajo estas condiciones, se elaboró el diagnóstico situacional, informe y Plan de Trabajo a la Jefatura de Departamento, justificando las razones de la necesidad de aperturar el Área de Aspiración Manual Endouterina.

Contando con la aprobación y visto bueno del Jefe de Departamento, se procedió al acondicionamiento de la infraestructura, solicitud de requerimiento del mobiliario, los equipos e instrumentales, ya que se contaba con recurso humano disponible. Con la atención al requerimiento; en el año 2016 se implementa y operativiza el Área de Aspiración Manual Endouterina en el Servicio de Ginecología.

Dicha implementación, en el transcurrir de estos años ha permitido resolver en tiempos cortos los problemas de abortos, disminuyendo el riesgo de complicaciones con consecuente bienestar del usuario y tiempo recurso humano.

IV. RESULTADOS

ESTADISTICA DE ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA 2016-2017

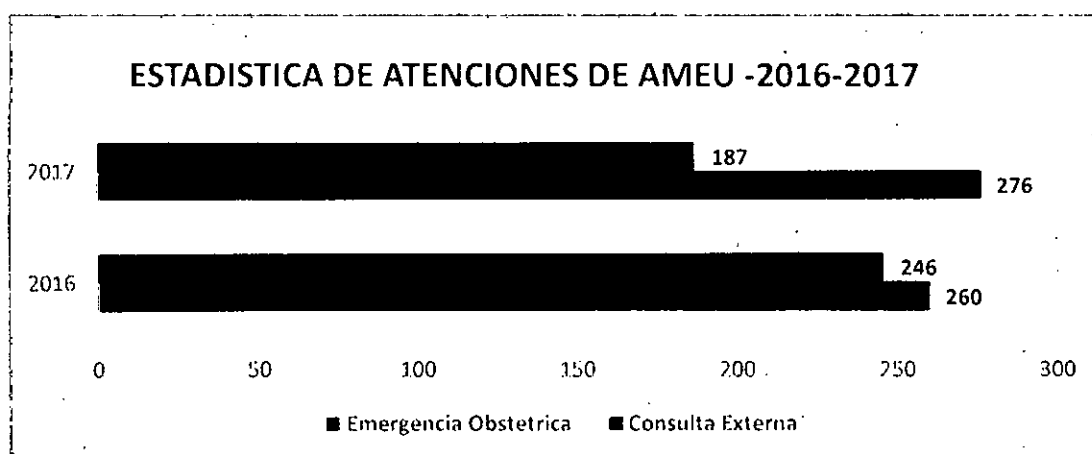
Cuadro N° 4.1

AÑOS	PACIENTES				TOTAL	%
	E.O		C.E			
	N°	%	N°	%		
2016	246	56.8	260	48.5	506	52%
2017	187	43.2	276	51.5	463	48%
TOTAL	433	100	536	100	969	100%

Fuente: Unidad de informática estadística del H.R.G.D.V.A.

El cuadro 4.1. superior es la síntesis de la estadística de atenciones de pacientes que se sometieron a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) las mismas que ingresan por consultorio externo y emergencia obstétrica; el mayor porcentaje de pacientes atendidos, han ingresado por consulta externa, del mismo modo el año 2016 se evidencia mayor estadística en atenciones.

GRAFICO N° 4.1



Fuente: Estadística e Informática HRGDV

En el periodo de dos años son 969 casos atendidos con la técnica de Aspiración Manual Endouterina, lo que implica haber contribuido a la disminución de riesgo de complicaciones con una atención rápida oportuna y de calidad.

V. CONCLUSIONES

- a) La puesta en marcha de este procedimiento, abarata costes a la entidad, ya que evita estancia hospitalaria, por ser procedimiento de carácter ambulatorio y sin complicaciones, dependiendo de las consideraciones y las características del estado de salud de las pacientes.
- b) La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, lesión cervical y perforación uterina.
- c) Se ha contribuido a la disminución de la morbimortalidad de la mujer, ya que la intervención oportuna, aporta a la recuperación de la salud de las usuarias.
- d) Con la aplicación de la técnica de la aspiración manual Endouterina, se ha disminuido grandemente la práctica del Legrado Intrauterino Instrumentado.

VI. RECOMENDACIONES

En función a los resultados de la implementación de la Aspiración de Manual Endouterina, se recomienda:

- a) Al jefe de departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, seguir apoyando desinteresadamente, para que el Área de Aspiración Manual Endouterina del Servicio de Ginecología, pueda seguir mejorando y consolidándose como una de las mejores áreas, donde no solo se realice procedimientos, sino también se brinde una atención de calidad a las usuarias y esto se ponga de manifiesto en la satisfacción que las pacientes muestren a su salida del establecimiento.

- b) A la jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, brindar las facilidades administrativas y logísticas para que el área de AMEU del servicio de Ginecología siga funcionando de manera adecuada, programar talleres de capacitación continua en diferentes temas relacionado al buen trato al paciente, respeto de los valores y creencias de los pacientes.

- c) Al personal de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, comprometerse más con el cuidado, que se brinda a las pacientes de AMEU en la dimensión espiritual y social para de este modo alcanzar el objetivo que las pacientes vayan de nuestra institución completamente satisfechas, aliviadas y sobre todo convencidas de la buena atención que realiza la enfermera, también participen activamente de los programas de capacitación continua.

VII. REFERENCIALES

- 1 OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>. [Online].; .2018 [cited 2018 Agosto 28 de Agosto. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
- 2 PRINCIPE CAHUANA AY. CAPITULO I INTRODUCCION Segun la .OMS. [Online].; 2002 [cited 2018 Agosto 28. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/principe_ca/introd.pdf.
- 3 SALUD MD. El aborto en establecimientos de salud del país. . MINISTERIO DE SALUD, Lima; 2011.
- 4 LOPEZ Vasquez GP. SATISFACCIÓN DE USUARIAS EN ANALGESIA . Y ANESTESIA PARA CERVICAL EN AMEU, POST ABORTO. 2015..
- 5 HERNÁNDEZ MCJB. "ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA VS .LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO.HOSPITAL GENERAL DE JILOTEPEC, I.S.E.M". 2014..
- 6 Cárdenas Pérez D. <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/2401>. [Online].; 2017 [cited 2018 Agosto 28. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2401>.

7 Callahui

Ortiz

IT.

. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3253>.

[Online].; 2015 [cited 2018 agosto 28. Available from:

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3253>.

8 Méndez-Rodríguez Rogelio Salcedo-Ramos Francisco Monsalve-
. Montoya Rosa Edith2. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA.
REVISTA CIENCIAS BIOMÉDICAS. 2014 marzo.

9. RUIZ DE SOMOCURCIO CRUZADO CC. CARACTERÍSTICAS
CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE MUJERES SOMETIDAS AL
PROCEDIMIENTO DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
(AMEU) Y LEGRADO UTERINO, EN EL HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA, EN EL PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DE 2014.
2014..

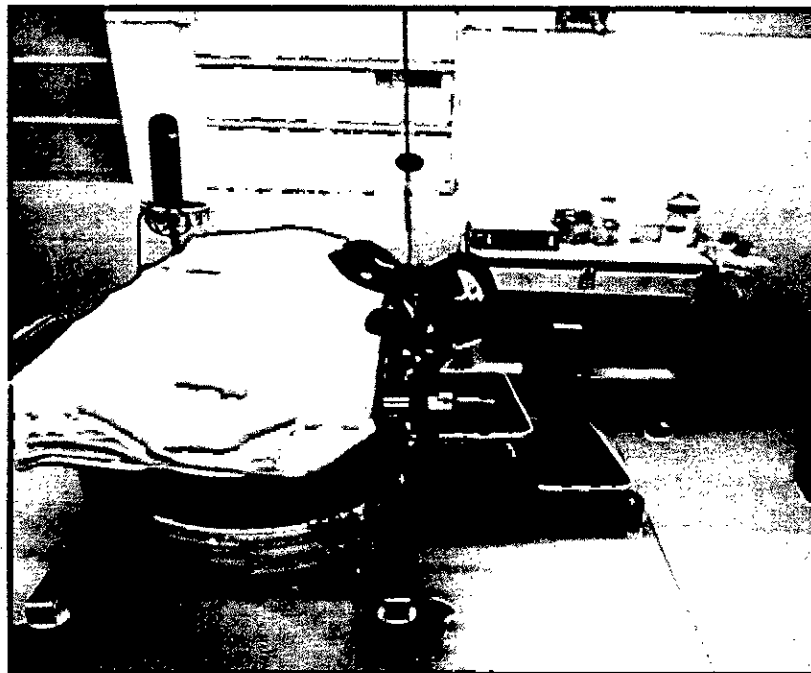
ANEXOS

**PANEL FOTOGRAFICO
DESPLAZAMIENTO DE USUARIA PARA PROCEDIMIENTO AMEU-
AMBIENTE INADECUADO**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

**IMPLEMENTACIÓN DEL ÁREA DE ASPIRACIÓN MANUAL
ENDOUTERINA**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017