



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Riesgos asociados en el aborto espontáneo detectados en el servicio de ginecología del hospital San Vicente de Paul Ibarra -2017

AUTORA: Karina Alejandra Muñoz Irua

DIRECTORA: Mgs. Ruth Calderón

IBARRA – ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo Mgs. Calderón Jácome Ruth Magdalena con cédula de identidad 1001666377. En calidad de directora de tesis de grado titulada: **“RIESGOS ASOCIADOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO DETECTADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IBARRA -2017”**, de autoría de: **Karina Alejandra Muñoz Irua**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 14 días del mes de mayo de 2018

Lo certifico

(Firma)..........

Mgs. Ruth Calderón J.

C.C.: 1001666377

DIRECTORA DE TESIS

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS-UTN
Fecha: Ibarra, 14 mayo de 2018

Muñoz Irua Karina Alejandra “RIESGOS ASOCIADOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO DETECTADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IBARRA -2017”, / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Mgs. Ruth Calderón J. El principal objetivo de la presente investigación fue, Identificar los factores de riesgos asociados al aborto espontáneo, detectados en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paul Ibarra - 2017. Entre los objetivos específicos tenemos: Definir las características socio demográficas de la población del servicio de Ginecología que ha sufrido de un aborto espontáneo. Detallar principales factores de riesgos por los cuales se presenta el aborto espontáneo en la población en estudio. Elaboración de una guía educativa sobre prevención de aborto a las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital san Vicente de Paúl.

Ibarra, 14 mayo de 2018



Mgs. Ruth Calderón J.

Directora



Muñoz Irua Karina Alejandra

Autora

AGRADECIMIENTO

Dios ser supremo que me ha proporcionado salud y me ha brindado sabiduría para culminar con satisfacción este mi mayor logro.

La Universidad Técnica del Norte y su Facultad Ciencias de la Salud por haberme permitido formarme como profesional dentro de sus aulas, a los docentes quienes se les debe en gran parte los conocimientos adquiridos, gracias a su paciencia y enseñanza en especial a la Tutora de tesis, quien con su conocimiento supo guiar este trabajo de investigación para llegar con éxito a su culminación.

Muñoz Irua Karina Alejandra

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY	ix
TEMA:	x
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	5
1.5. Preguntas de investigación.....	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.2. Marco contextual.....	10
2.2.1. El Hospital “San Vicente de Paul”	10
2.2.2. Servicio de Gineco-Obstetricia	10
2.2.3. Objetivo del Área de Ginecología.....	11
2.2.4. Servicios que brinda.....	12
2.3. Marco conceptual	13
2.3.1. El Aborto.....	13
2.3.2. Tipos de aborto.....	13
2.3.3. Epidemiología	14

2.3.4. Etiología	15
2.3.5. Medios de Diagnóstico.....	18
2. 3.6. Tratamiento	18
2.4. Marco Legal y Ético.....	21
2.4.1. Marco Legal	21
2.5. Marco Ético.....	23
CAPÍTULO III.....	27
3. Metodología de la investigación	27
3.1. Diseño de la Investigación	27
3.1.1. Tipo de estudio.....	27
3.1.2. Localización y Ubicación del estudio	27
3.1.3. Variables de Investigación	28
3.1.4. Población y muestra	28
3.1.5. Métodos.....	29
3.1.6. Procesamiento de la información	29
CAPÍTULO IV.....	31
4. Análisis e interpretación de resultados.....	31
4.1. Características socio demográficas.	31
4.2. Antecedentes de salud personales	38
CAPÍTULO V	45
5. Conclusiones y Recomendaciones	45
5.1. Conclusiones	45
5.2. Recomendaciones.....	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	52
Anexo 1. Autorización de recolección de datos.....	52
Anexo 2. Validación de recolección de datos	53
Anexo 3. Galería fotográfica.....	54
Anexo 4. Ficha de recolección de datos.....	56
Anexo 5. Operacionalización de las variables	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las madres que presentaron aborto espontáneo 2017	31
Tabla 2. Auto identificación de etnia	33
Tabla 3. Lugar de residencia	34
Tabla 4. Nivel de escolaridad.....	35
Tabla 5. Estado Civil.....	36
Tabla 6. Tipo de ocupación de la madre	37
Tabla 7. Antecedentes patológicos.....	38
Tabla 8. Factores predisponentes	39
Tabla 9. Antecedentes Gineco Obstetras	41
Tabla 10. Tipo de aborto	43

RIESGOS ASOCIADOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO DETECTADOS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
IBARRA -2017

Autor: Karina Alejandra Muñoz Irua

Correo: karinamuoz23@hotmail.com

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos, encontrándose en una edad gestacional entre 20 -22 semanas. Se realizó este estudio con el objetivo de identificar riesgos asociados al aborto espontaneo en el servicio de ginecología. Es una investigación observacional y descriptiva, no experimental, de corte transversal, para la recopilación de los datos se tomó información de las historias clínicas de pacientes que presentaron aborto espontáneo en el año 2017, que fue registrada en la ficha de recolección de datos , se midió variables, sociodemográficas, riesgos gineceo obstétricos, antecedentes personales de un total de 30 pacientes atendidas , los principales resultados encontrados son que la edad materna con mayor rango fue de 19 a 35 con el 60 % , dentro de los principales antecedentes personales para un aborto son la hipertensión 40% y la obesidad con 40% y como antecedentes gineco obstétricos multigestas con el 60% el periodo intergenésico con el 40% las infecciones vaginales con 40% el 27% de las mujeres atendidas presentaron el 27% de abortos incompletos y el 43% utilizaron como método anticonceptivo el hormonal Se concluye que toda mujer que se encuentra con algún tipo de factor de riesgo modificable, deberá tener cambios en el estilo de vida, hábitos alimenticios que ayudarán no solo en su salud sino también influenciaran en las futuras concepciones que planea.

Palabras claves: aborto espontaneo, gestante, riesgos asociados.

ASSOCIATED RISKS IN MISCARRIAGE DETECTED IN THE GYNECOLOGY
SERVICE OF THE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IBARRA -2017

Author: Karina Alejandra Muñoz Irua

Email: karinamuoz23@hotmail.com

SUMMARY

The World Health Organization has defined abortion as the expulsion or removal of an embryo or fetus weighing 500 grams or less, being in a gestational age between 20 and 22 weeks. This study was conducted with the objective of identifying risks associated with spontaneous abortion in the gynecology service. It is an observational and descriptive, non-experimental, cross-sectional investigation, for the collection of data, information was taken from the medical records of patients who presented spontaneous abortion in the year 2017, which was recorded in an observation guide, variables were measured , sociodemographic, gynecological obstetric risks, personal history of a total of 30 patients attended, the main results found are that the maternal age with the highest rank was from 19 to 35 years of age with 60%, within the main personal antecedents for a Abortion is 40% hemorrhage and obesity with 40% and as a gynecological obstetric history with 60% intergenetic period with 40% vaginal infections with 40% It is concluded that every woman who has some type of risk factor modifiable, must have changes in lifestyle, eating habits that will not only help your health but also They will influence the future conceptions that you plan.

Keywords: spontaneous abortion, pregnant woman, associated risks.

TEMA:

RIESGOS ASOCIADOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO DETECTADOS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
IBARRA -2017

CAPÍTULO I

1. El Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del problema.

El aborto a nivel mundial se considera como un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad, debido a las secuelas físicas y psicológicas; que deja el aborto sea espontaneo o inducido, (1) en ciertos países se realiza como un procedimiento legal en diversas situaciones, una de ella es cuando se pone en riesgo la vida de la madre lo que se considera aborto terapéutico. Sin embargo, en algunos países el aborto no está legalizado y es penado por la ley, y precisamente en estos casos la incidencia y mortalidad a causa del aborto va en aumento en los últimos años, ya que se realiza de forma clandestina y en condiciones muy precarias. (2)

Según la OMS cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo, parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían evitar (3)

La OMS en el año 2014 resalta el aborto como problema de salud pública y cita que para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o edades demasiadas tempranas. Todas las mujeres y en particular las adolescentes, deben tener acceso a métodos anticonceptivos para evitar la fecundación. (3)

En Ecuador, el INEC en su informe del año 2014 estimo que el aborto no especificado dentro de las diez causas de muerte se ubicó en la sexta posición del total de egresos hospitalarios con 15, 783 por año lo que representa el 1,32 % y una tasa de 9.85

egresos por 10 000 habitantes; lo que representa una importante causa de mortalidad. El INEC también menciona estadísticamente el aborto es la tercera causa de morbilidad femenina en el año 2014 (4)

En nuestra sociedad existe factores de riesgo que influye en el aumento de casos de aborto, teniendo en cuenta como primera causa la falta de responsabilidad especialmente en la violencia de género que según el INEC 2012 , 1 de 4 mujeres (5) son víctimas de violencia sexual, pudiendo repercutir en el aumento de abortos En general en América Latina, el 29 % de las mujeres ha tenido algún aborto al analizar por rangos de edad , en Ecuador, el grupo de mujeres comprendidas entre los 30 y 55 años son quienes declara que han tenido algún tipo de aborto. Pero con un pico alto 75% desde los 41 a 45 años. Mientras que, en el grupo de edad de 18 a 21 años, en cambio, solo registra el 14,3 % de mujeres que abortaron voluntariamente

En el hospital San Vicente de Paul no se han realizado estudios de este tipo; por lo que se considera un tema relevante, enfocado principalmente a la prevención y educación que es uno de los roles de la enfermería. (5)

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los riesgos asociados en el Aborto Espontáneo detectados en el servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paul Ibarra -2017?

1.3. Justificación

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar cuáles son los principales riesgos asociados, del aborto espontáneo detectados en el servicio de ginecología tomando en cuenta que el aborto es uno de los problemas sociales más importantes que aqueja nuestra sociedad.

El Hospital San Vicente de Paul Ibarra, donde se realiza la investigación acoge a mujeres con este tipo de problemas, por lo que se ha tomado como origen de estudio el servicio de Ginecología, con el propósito de plantear alternativas de promoción de salud que permita contrarrestar y superar las múltiples barreras existentes de este problema social, pero, sobre todo, diseñar estrategias de prevención, que pueden ser utilizadas en los servicios de salud.

Las beneficiarias directas, de esta investigación, la constituyen las mujeres, ya que se contará con estrategias de prevención y promoción de salud dirigidas específicamente al tema del aborto, como se explicó anteriormente es un problema de salud pública, las familias y la sociedad en general, considerando que este es un tema de amplia magnitud, que repercute en el bienestar de las familias y por ende en la sociedad.

El personal de salud, en especial las enfermeras, son beneficiarias de este estudio, ya que cuentan con datos actualizados sobre las causas que están ocasionado el aborto espontáneo, con ello, se puede tomar medidas que permita brindar cuidado integral a las mujeres con aborto.

A través de los datos generados en la investigación, los estudiantes de enfermería podrán tomar como referencia que les sirva para la elaboración de otros estudios, sea ampliando el tema, o aplicando en otras zonas geográficas; así como, la educación en salud enfocada a esta población y el tema de la prevención.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar los factores de riesgos asociados al aborto espontáneo, detectados en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paul Ibarra -2017

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Definir las características socio demográficas de la población del servicio de Ginecología que ha sufrido de un aborto espontáneo.
- Detallar principales factores de riesgos por los cuales se presenta el aborto espontáneo en la población en estudio.
- Elaboración de una guía educativa sobre prevención de aborto a las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital san Vicente de Paúl.

1.5. Preguntas de investigación.

- ¿Qué características socio demográficas tiene la población del servicio de ginecología que ha sufrido de un aborto espontáneo?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgos por los cuales se presenta el aborto espontáneo en la población en estudio?
- ¿La guía educativa de prevención de aborto espontáneo contribuirá a mejorar las condiciones de salud de las mujeres que presentan abortos espontáneos?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco Referencial

Quintero y colaboradores, en el año 2010 realizaron un estudio sobre las características socio demográficas de las mujeres con aborto en un hospital de con el objetivo de analizar desde la perspectiva bioética de la justicia distributiva las características socio-demográficas de las mujeres que consultan por aborto. El método de estudio que utilizaron fue descriptivo y transversal con una muestra de 93 pacientes que consultaron en urgencias de ginecoobstetricia; obteniendo como resultados: Los factores asociados fueron: pertenecer a un estrato socio-económico bajo, carecer de adecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, carecer de pareja estable o que esta fuera disfuncional y que la pareja presionara inducir el aborto por motivos económicos o paternidad satisfecha. Llegaron a la conclusión de facilitar a las pacientes que ejerzan su sexualidad de manera responsable y mejorar las oportunidades para acceder a mejores opciones económicas, puede disminuir la presencia de abortos provocados en la población que habita en esta zona. (6)

Según, Durán, Romina y colaboradores en un estudio de aborto espontaneo en el año 2012 luego de la experiencia del aborto espontáneo se pueden apreciar en la mujer estados de culpa, desconcierto y miedo con respecto a una futura gestación, creencias de que ésta tampoco llegará a término, sensación de vacío, incapacidad para darle significado a la pérdida del hijo y necesidad de ser escuchada y apoyada por su entorno médico y familiar. Asimismo, existe una necesidad urgente de darle sentido a lo sucedido, de conocer cuáles fueron las causas (físicas o psicológicas) que desencadenaron la pérdida del hijo. Concluyen que una complicación obstétrica en la mayoría de los casos desencadena trastornos mentales con sus respectivas consecuencias en el ámbito social de la persona. Además, se pretende dejar la

inquietud sobre la necesidad de un acompañamiento psicológico para la mujer durante la hospitalización y luego del alta médica. (7)

Farfán en el año 2017 en un estudio realizado sobre aspectos epidemiológicos y clínicos asociados a depresión en pacientes con amenaza de aborto tuvo como objetivo, determinar los aspectos clínico – epidemiológico relacionados a la depresión en gestantes que cursan con amenaza de aborto el método de estudio que utilizó en este estudio fue descriptivo, observacional y transversal. Se analizaron 50 pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de gineco – obstetricia tuvo como resultado: que el 56% de las pacientes presentaron depresión; dentro de las cuales 14 (28%) presentaron depresión leve. El mayor porcentaje de pacientes con amenaza de aborto que presentaron depresión tenía edad 18-21 (16,00%) tenían secundaria completa (34,00%) con una edad gestacional entre 5 a 10 semanas (26,00%) eran nulíparas el (24,00%) contaban con apoyo familiar (44,00%) tenían una relación de pareja regular (34,00%) no consumieron alcohol u otras sustancias previo al cuadro de amenaza de aborto (56,00%), no tenían antecedentes de aborto previo (32,00%) no deseaban estar embarazadas (30,00%) y no tuvieron atención por psiquiatría previa (48,00%) llegando a concluir que se debe prestar especial atención a las mujeres hospitalizadas por amenaza de aborto que presentan un grado de instrucción bajo y mala relación de pareja dado que tienden a presentar un mayor nivel de depresión. (8)

José Antonio Arraztoa, y colaboradores en el año 2012 realizaron un estudio de El intervalo entre aborto espontáneo y una nueva concepción no afecta el resultado perinatal con el objetivo determinar la probabilidad de un nuevo aborto espontáneo en función del tiempo que transcurre entre un aborto y una nueva concepción utilizaron como método de estudio de cohorte retrospectivo, realizado en una clínica se incluyeron mujeres sanas, fértiles, con antecedentes de un aborto espontáneo y que dentro de 12 meses posteriores a dicho evento vuelven a concebir. La ocurrencia de un nuevo aborto fue definida como variable dependiente y en el tiempo entre el aborto espontáneo y una concepción como variable independiente. Dentro de las variables de control se consideró la edad de la paciente, nivel educativo, y la paridad teniendo como resultado 69 mujeres fueron incluidas en el análisis la tasa de abortos observada fue de

11,9% el 86,2% logro un parto de termino con recién nacido sano. El modelo de regresión logística explico el 50,3% de la variación de los datos los resultados muestran que por cada mes que transcurre entre un aborto y una nueva concepción el aborto disminuye 7%, sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa llegaron a la conclusión en este estudio el intervalo entre un aborto espontaneo y una nueva concepción, no afecta el resultado. (9)

Doblado y colaboradores en el año 2010 realizaron un estudio de Aborto en la adolescencia un problema de salud con el objetivo de correlacionar y evaluar las características de las adolescentes que se interrumpen el embarazo el tipo de estudio que aplicaron en esta investigación fue observacional descriptiva para conocer el comportamiento de algunas variables existentes en pacientes adolescentes a las que se les realizo un aborto teniendo como resultado , que el grupo de edad predominante estuvo entre 15 – 17 años , 40,6 % delas adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años , 49,2 % ya había tenido 3 o más parejas, el 39,6 % tenía abortos , 76,5% no se protegió en su primera relación sexual , el 56,2 % continuaba teniendo relaciones sexuales sin protección , el 27,3 % vivió con ambos progenitores y en gran porcentaje de embarazo adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. Llegando a concluir que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio. (10)

2.2. Marco contextual

2.2.1. El Hospital “San Vicente de Paul”



Es considerado como hospital de 2do. Nivel, que brinda atención integral, preventiva y curativa en los diferentes servicios de salud. Con las líneas de acción expuestas se espera contribuir en los servicios de salud del país al establecimiento de sistemas de atención básica y hospitalaria que garanticen calidad y eficiencia para la resolución de los problemas de salud, y de los programas de mejoramiento permanente de la gestión, complementados con el desarrollo integral de los recursos humanos y la buena utilización de materiales, equipos e insumos (11)

2.2.2. Servicio de Gineco-Obstetricia

El Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl atiende en la especialidad de Ginecología a las mujeres ecuatorianas, teniendo como objetivo procurar la más alta calidad de servicios en el área desde el punto de vista científico, tecnológico y humano, a fin de educar, prevenir y recuperar la salud de las usuarias. (12)

El paciente que ingresa a esta área, es atendido por un equipo de trabajo de, 4 Médicos Tratantes, 11 Médicos Residentes, 19 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 7 Auxiliares de Enfermería, 6 Asistentes de Servicios de Salud y 1 Servidor Público de Apoyo 1,

con capacidad para atender las emergencias y distribuidos en diferentes turnos, de acuerdo a las necesidades de la institución. (12)

El servicio de Ginecología del hospital san Vicente de Paul atiende en la especialidad de Ginecología normal y patológica, cuentan con 10 salas y 36 camas, en el ala derecha se aloja los casos de Ginecología normal, motivo de nuestra práctica.

El perfil epidemiológico más usual es:

- Mujeres en labor de parto
- Mujeres en postparto inmediato
- Mujeres post cesáreas

La estructura organizacional del servicio es piramidal, en caso de enfermería presentada por la líder de enfermería, cuenta con doce licenciadas en enfermería para el cuidado directo y seis auxiliares. (12)

2.2.3. Objetivo del Área de Ginecología

- Brindar una atención excelente al binomio con el objetivo de que el paciente se adapte a su nueva etapa de vida, en este caso hablamos de las primigestas.
- Brindar una atención optima al binomio madre-hijo para su pronta recuperación.
- Ofrecer la información necesaria a las pacientes en cuanto a sus inquietudes.
- Proporcionar los servicios necesarios a las pacientes para su bienestar.
- Satisfacer las necesidades de las pacientes

2.2.4. Servicios que brinda

Hospitalización para pacientes de:

- Partos
- Cesarea
- Embarazos de alto riesgo
- Pacientes de alto riesgo de problemas ginecológicos (hematosis uterina, cáncer de cérvix y mama hemorragia uterina)

Educación:

- Lactancia materna
- Cuidado del recién nacido
- Métodos anticonceptivos
- Derechos sexuales y reproductivos
- Inmunizaciones

Otros Servicios:

- Monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto.

Para el cumplimiento de estas actividades asistenciales cuentan con un grupo de especialistas con experticia en diferentes áreas de nuestro campo atendiendo las 24 horas al día. En esta área se atiende lo relacionado a partos normales y quirúrgicos, legrados, ligaduras, planificación familiar y principalmente abortos de tipo natural, inducido, en curso y diferido, estos tipos de abortos son los más frecuentes. (12)

2.3. Marco conceptual

2.3.1. El Aborto

En la Normativa Materna del MSP (13) el aborto se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos; la OMS (14) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez.

Pérez y colaboradores en su artículo publicado cita que el aborto se ha convertido en un problema de salud pública. Una de las causas que podría estar influyendo para su aumento es la falta de información sobre controles prenatales, factores inmunológicos, factores ambientales relacionados al consumo de café, cigarrillo, alcohol y deficiencia de ácido fólico. (15)

2.3.2. Tipos de aborto

El aborto puede dividirse en:

- **Aborto espontáneo:** Se produce pérdida del producto de la concepción, sin intervención de situaciones artificiales o inducción; que afecten la evolución del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos. El riesgo de aborto espontáneo clínicamente detectable en la 6 mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11% y el 15%; en cambio, después de uno a cuatro abortos, es de 16%, 25%, 45% y 54% (16)
- **Aborto inducido:** Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad (17)

- **Aborto completo:** Se llama aborto completo, a aquel en el cual los productos de la gestación han sido eliminados totalmente del útero (18)
- **Aborto incompleto:** Se trata de la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable (18)
- **Aborto inevitable:** Es aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas (19)
- **Aborto séptico:** Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38 grados o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañado de otros signos como el dolor uterino, mal olor o pus. (20)
- **Aborto diferido:** Tipo de aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionario) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. (21)
- **Aborto terapéutico:** Es terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en 9 caso de morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida. (22)

2.3.3. Epidemiología

Alrededor de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontaneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viable 15 y un 22% más termina en aborto espontaneo en inducido. La mayoría de los abortos espontaneo son

tempranos ,80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20;1%de todas las mujeres que presentan un aborto recurrente. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresiva con edad. Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna (23)

2.3.4. Etiología

Factores genéticos: Del total de abortos con alteraciones cromosómicas, el 80% es anembrionado y del 10 al 20% son embrionados. Las alteraciones genéticas comprenden las trisomías autosómicas; estas relacionadas fundamentalmente con la edad materna; las triploidias por doble fecundación de un ovulo, monosomias del cromosoma X, las tetraploidias, las cuales tienen un recuento de 92 cromosomas y se expresan como abortos muy tempranos o huevos anembrionados, además están las inversiones cromosómicas y defectos de la fertilización (24)

Defectos de la implantación: La edad materna es un factor importante en este ámbito, ya que sobre los cuarenta años se puede observar fibrosis de la musculatura uterina asociadas a falla de la irrigación sanguínea del sitio de implantación. La trombofilia y enfermedades autoinmunes del tiroides también se asocian con defectos de implantación (25)

Causas maternas orgánicas:

- **Infecciones:** Provocadas por agentes tales como toxoplasma gondii, micoplasma hominis, listeria monocytogenes. La vaginosis demostrada en la primera consulta prenatal tiene un riesgo relativo del 5,4% de tener un aborto espontaneo (26)

- **Incompetencia cervical:** Consiste en la dilatación asintomática del orificio cervical interno, permitiendo así la salida del feto, cerca de la semana 20 de gestación, puede deberse a una dilatación cervical forzada o a un defecto congénito en el tejido cervical; se asocia con abortos con mayor edad gestacional, luego de las 14 semanas (27)
- **Anomalías anatómicas adquiridas:** Dentro de esta parte se asocian los miomas submucosos o los intramurales de gran tamaño. Los legrados uterinos muy enérgicos o realizados en abortos sépticos o provocados pueden producir zonas de isquemia en la cavidad uterina (28)

Causas funcionales:

- Alteración de la función de órganos o sistemas que interfieren en la normal evolución de la gestación.
- **Anomalías endocrinas:** la diabetes insulino dependiente la madre presenta mala regulación metabólica, con la misma que se ha observado el aumento de la frecuencia de abortos en pacientes que la padecen (29)

Causas inmunológicas:

- **Los que se asocian con el aborto son de tipo:** Autoinmune; como el síndrome de anticuerpo antifosfolípidos Autoinmunes como incompatibilidad ABO; trombofilias (30)

Causas de origen tóxico y ambientales:

- **Daño por sustancias químicas o irradiación:** El óxido nítrico usado como anestésico tiene un riesgo relativo de aborto del 2,6%, fenómeno observado en mujeres que trabajan en sitios quirúrgicos (31)

- **Tabaco:** En el humo del cigarrillo existen hidrocarburos poliaromáticos que inducen en la placenta formación de radicales libres biotóxicos los cuales tiene un efecto dañino en el feto (31).
- **Alcohol:** Consumir alcohol durante las primeras ocho semanas es causa tanto de abortos espontáneos como de anomalías fetales (32)
- **Cafeína:** El consumo de más de 5 tazas de café, conlleva una alta concentración de paraxantina, llevando a un riesgo doble de padecer un aborto (33)
- **Anticonceptivos:** Los anticonceptivos orales no aumentan el índice de abortos, sin embargo, los dispositivos intrauterinos, en caso de embarazo, aumentan considerablemente el índice de abortos (34)
- **Estrés psicológico:** El estrés laboral aumenta el riesgo de aborto en pacientes mayores de 32 años con un riesgo relativo que corresponde al 2,45% (35)

Causas paternas

Anomalías cromosómicas en los espermatozoides se han asociado con aborto. En el aborto recurrente se han asociado con mayor frecuencia los factores cromosómicos de los padres; factores anatómicos como anomalía uterina congénita u adquirida; factores inmunitarios como en el caso de trombofilias hereditarias; factores endocrinos como deficiencia de progesterona, síndrome de ovarios poli quísticos, Hipotiroidismo (36)

Diagnóstico y tratamiento de aborto

Signos y síntomas

El diagnóstico clínico empieza con la búsqueda de factores de riesgo, dentro de la anamnesis la amenorrea, el sangrado genital variable y el dolor son signos y síntomas

frecuentes, al examen físico se puede encontrar sangrado genital variable y modificaciones o no del cuello de útero (37)

2.3.5. Medios de Diagnóstico

- **Ultrasonido:** Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 31% puede ser imposible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino. En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos; las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo en el primer contacto, deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales (38)
- **Anticuerpos monoclonales:** Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas crónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la HGC urinaria (Gonadotropina Corionica Humana) es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal (39)

2. 3.6. Tratamiento

El sangrado y una infección son los dos riesgos fundamentales de la retención de productos de la concepción, por lo tanto, en ese sentido debe dirigirse el tratamiento. El manejo de la paciente puede ser de corta estancia dependiendo de las condiciones de la misma, se incluye actividades como: realizar control de signos vitales, suspender ingesta de alimentos por 6 horas, suministrar líquidos vía venosa, suministrar analgésicos, el grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer. La administración de útero tónico para disminuir el sangrado. Uso de antibióticos de acuerdo a criterio clínico, la

realización de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o un legrado quirúrgico dependiendo de la valoración. (40)

Complicaciones

Según Zavala y colaboradores los abortos espontáneos presentan una tasa de complicaciones muy baja. Las más frecuentes son la hemorragia y el aborto séptico. La hemorragia puede llegar a ser muy intensa y requerir transfusión sanguínea. Suele ceder con un legrado uterino, pero si la pérdida de sangre es muy importante se puede complicar con una coagulación intravascular diseminada (CID). La CID consiste en un cuadro clínico grave producido por el consumo de factores de coagulación, el cuerpo se va quedando sin las sustancias que hacen coagular la sangre por lo que la hemorragia se hace más profusa, además de producirse fenómenos trombóticos. Este cuadro puede llevar a fallo multiorgánico y riesgo de muerte (41)

El aborto séptico se produce por la infección del material gestacional de dentro de la cavidad uterina. En algunas ocasiones se produce al intentar manipular el útero de forma mecánica o química en un intento de interrumpir la gestación. La fiebre es el síntoma principal y su evolución puede ir desde un cuadro leve que se resuelva con tratamiento antibiótico a un cuadro muy severo que precise tratamiento quirúrgico y unidad de cuidados intensivos. (42)

Otras complicaciones son las derivadas de la cirugía para la evacuación del tejido gestacional retenido, es decir de los legrados. La complicación más frecuente es la retención de restos, es decir que no se consiga eliminar todo el tejido y precise después tratamiento médico o un nuevo legrado La perforación uterina tampoco es infrecuente, precisando generalmente solo de tratamiento médico y la cicatrización del tejido lesionado (43)

En algunos casos puede producirse una reparación anómala del tejido endouterino, formando sinequias o adherencias dentro de la matriz, de forma que no queda una cavidad normal, sino que las paredes del útero están "pegadas". Este síndrome es una

de las causas de esterilidad y puede también alterar el flujo menstrual al impedir su salida normal hacia el exterior (44)

Dentro de las complicaciones, la mortalidad. Ecuador se encontró que la hemorragia post parta y el aborto son las principales causas de mortalidad materna; a nivel mundial cada año mueren aproximadamente 68000 mujeres por complicaciones vinculadas a abortos realizados en condiciones de riesgo, casi todas de ellas en países en desarrollo (45)

Secuelas del aborto en la madre

- Sentimiento de culpabilidad.
- La mujer presenta reacciones de hostilidad, de enojo o de tristeza.
- Desea castigarse buscando relaciones abusivas o aislándose de sus amigos y familia.
- Algunas mujeres experimentan anorexia nervosa.
- Experimentan insomnio, pensando en el aborto o en el bebé.
- Pierden la capacidad de concentrarse, en los estudios o en el trabajo.
- Planteamientos suicidas e intentos de suicidio.
- Sienten la necesidad de reemplazar al niño abortado y tratan de embarazarse nuevamente cuanto antes posible para tener un nuevo bebé que reemplace al que perdió.
- Algunas mujeres sienten odio hacia sus parejas a los cuales culpan por el aborto. (46)

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

La base legal para la realización de esta investigación, está señalada en:

Constitución de la República del Ecuador Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Art. 361 dice: El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Ley Orgánica de Salud.- Art. 4: La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dice para su plena vigencia serán obligatorias. Art. 21: Dispone que el Estado reconoce al aborto en condiciones de riesgo como problema de salud pública.

Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional.- Por Procesos del Ministerio de Salud Pública emitido por Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 de noviembre de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 30 de marzo de 2012, dispone como Misión de la Dirección Nacional de Normalización: definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión. Además, que el aborto realizado en

condicione de riesgo representa un grave problema de salud pública, razón por la cual es necesario ilustrar a los profesionales de salud en la toma de decisiones acerca del diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto, diferido y recurrente, con instrumentos que le permitan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención.

En ejercicio de las atribuciones legales conferidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del estatuto del régimen jurídico y administrativo de función ejecutiva

Art1: *Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente, adaptada por la dirección Nacional de Normatización con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y la colaboración de expertos en la materia.*

Art. 2: *Disponer que la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente, sea aplicada nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Publica Integral de Salud y Red Complementaria)*

Art. 3: *Publicar la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente en la página web del Ministerio de Salud Pública.*

Estrategia Alarma Materna

Objetivo General: Evitar muertes maternas mediante la identificación oportuna de riesgo materno, el traslado inmediato y manejo oportuno y de calidad

Objetivos Específicos:

- 1. Identificar oportunamente a una mujer en el embarazo, parto y puerperio, con riesgo (complicación obstétrica)*
- 2. Mejorar el manejo oportuno para prevenir su muerte.*
- 3. Mejorar la gestión de respuesta inmediata Meta: contribución a la reducción de la muerte materna en el Ecuador.*

2.5. Marco Ético

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos. (47) El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

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

La beneficencia: *se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los*

*investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). **La justicia:** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la **vulnerabilidad**. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables. (47) Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo. (47)*

Protección de la confidencialidad

El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la

capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento. Confidencialidad entre investigador y sujeto. La investigación relacionada con individuos y grupos puede implicar la recopilación y registro de datos que, si se revelasen a terceros, podrían causar daño o aflicción. Los investigadores deben tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, por ejemplo, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de individuos, limitando el acceso a los datos, haciéndolos anónimos, o por otros medios. (47) Se debiera informar a los potenciales sujetos sobre los límites de la capacidad del investigador para garantizar estricta confidencialidad y las posibles consecuencias sociales adversas de su quebrantamiento. Algunas jurisdicciones exigen informar a determinados organismos, por ejemplo, de ciertas enfermedades transmisibles, o de negligencia o abuso de niños. (47)

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la Investigación

No experimental: Porque no se manipularon las variables, si no que se explicaron los fenómenos tal como se presentaron.

Cuantitativa: los resultados fueron presentados por los objetivos planteados y las técnicas de recolección de información utilizados en el estudio se representan se realizó el procedimiento para señalar el riesgo asociados en el aborto espontáneos, usando magnitudes numéricas que se trataron mediante herramientas del campo de la estadística.

3.1.1. Tipo de estudio

Observacional: permitió la identificación de un problema como el aborto espontaneo.

Descriptivo: para cumplir con los objetivos planteados el estudio es descriptivo, lo que permitió detallar las principales características del estudio; en este caso los riesgos de aborto espontáneo representados en tablas que permitieron el cálculo, análisis y la explicación.

De corte trasversal: ya que se tomó la información por una sola vez y en un tiempo determinado, el estudio del aborto en el año 2017.

3.1.2. Localización y Ubicación del estudio

El estudio fue realizado en al servicio de Ginecología durante el periodo de enero-diciembre del 2017, del Hospital San Vicente de Paúl ubicado en Ibarra en las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado.

3.1.3. Variables de Investigación

- Edad
- Auto identificación etnia
- Lugar de residencia
- Nivel de escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Antecedentes de salud personal
- Factores predisponentes
- Traumatismos
- Antecedentes gineco obstétricos

3.1.4. Población y muestra

Población: Mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital san Vicente de Paul Ibarra. En el año 2017, se registraron 30 abortos pacientes que pasan a constituir en la población en estudio de esta investigación no fue necesaria el cálculo de la muestra porque se limitó la población.

Muestra: En este estudio de investigación la muestra estuvo conformada de 30 casos que en el registro médico consta como diagnóstico definitivo aborto espontáneo

Técnica e Instrumentos

Técnica	Instrumento
Observación	En base a los objetivos y variables del estudio se elaboró una ficha de recolección de datos.

3.1.5. Métodos

- **Empírico:** Se utilizó la historia clínica para la extracción de datos clínicos personales de las mujeres en estudio.
- **Bibliográfico:** Revisión bibliográfica de fuentes sustentadas en la revisión de literaturas científicas, basadas en datos de salud como: textos, revistas médicas, Ibecs, ilacs, scielo, medline, documentos obstétricos, sitios web, repositorio utn, inec, OMS , OPS.

3.1.6. Procesamiento de la información

- Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación a autoridades del Hospital san Vicente de Paul
- Diseño de ficha de recolección de datos
- . Creación de base de datos en Microsoft Excel
- Interpretación de Datos
- Presentación de Resultados en tablas

CAPÍTULO IV

4. Análisis e interpretación de resultados

Los resultados de esta investigación que se presentan son todos obtenidos a través de la recolección, organización, procesamiento y tabulación de los datos que fueron ejecutados por medio de la estadística descriptiva – analítica. Para su efecto, se expresa en porcentajes, luego de haber realizado un análisis cualitativo.

Los resultados son presentados de una forma gráfica, para una mejor comprensión y entendimiento. Lo primero que se realizó fue un análisis y luego su respectiva interpretación de resultados variable por variable en las respuestas rescatadas de las historias de cada paciente. Cabe indicar que los formularios fueron elaborados con la intención de diagnosticar la realidad y veracidad de cada una de las pacientes intervenidas en el hospital, para cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación.

Para garantizar la comprensión de los datos, estos se presentan en tablas que evidencian a frecuencia y porcentaje, que permite un análisis amplio.

4.1. Características socio demográficas.

Tabla 1. Edad de las madres que presentaron aborto espontáneo 2017

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
19 a 35 años	18	60%
12 a 18 años	7	23%
36 a 45 años	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis.

La edad en la que se presentaron la mayoría de abortos espontáneos fue entre los 19 a 35 años con el 60%, esto es debido a que la mujer en esta etapa realiza Múltiples ocupaciones ya sea a nivel laboral o en sus hogares en la crianza de sus hijos y labores domésticas, así mismo, la edad comprendida entre los 12 a 18 años que representa 23 %, también presentaron aborto espontáneo en este caso, la edad se convierte en factor de riesgo ya que el cuerpo de una adolescente por inmadurez del sistema reproductor implica la exposición a diversas enfermedades como preclampsia , eclampsia, infecciones del tracto urinario que pueden ser las condicionantes de un aborto espontáneo: también están expuestas a violencia física , psicológica y afectiva. En un estudio realizado por Angulo indica que el promedio de edad del aborto fue de 21- 30 años concluyendo que este se presentó en el 64.9% de mujeres (48) datos que coinciden con la nuestra investigación

Tabla 2. Auto identificación de etnia

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	18	60%
Indígena	3	10%
Afro Ecuatoriano	8	27%
Shuar	1	3%
Total	30	100%

Fuente: historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis.

El 60 % de los abortos se presentó en mujeres de raza mestiza considerado que los habitantes de esta provincia son mestiza sin embargo, se conoce según el último Censo de la Población y vivienda del año 2010 en la provincia de Imbabura el 65,7% se auto identifica mestiza el 25,8% indígena y el 5,4% afro ecuatoriano; estos datos nos llaman la atención que si bien en esta provincia un gran porcentaje de mujeres se auto identifican como mestiza ; a las cuales en nuestro estudio incluimos gran parte de los casos de aborto espontaneo se dieron en su mayoría en mujeres de raza mestiza (49)

Tabla 3. Lugar de residencia

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	12	40%
Rural	18	60%
Total	30	100%

Fuente: historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis

En el cuadro se puede analizar que la población más afectada con amenaza de aborto corresponde a las gestantes residentes en el área rural con el 60%, en esta área el ritmo y hábitos de vida acelerados condicionan a las usuarias gestantes a realizar actividades diarias sin tomar en cuenta que están poniendo en riesgo su embarazo, el 40% restante provienen del área urbana de la misma manera las pacientes en estudio también se encuentran expuestas a estas condiciones no favorables para un embarazo sin riesgo, llevando a cabo labores extremas. Considerando también que en el área rural no cuentan con buenos accesos a los servicios de salud. Según el INEC la ruralidad y falta de acceso a servicios de salud constituyen un factor de riesgo que tiene fuerte asociación con mortalidad materna (50) con ello podemos concluir que las mujeres que presentaron abortos espontáneos provienen de área rural datos que coinciden con nuestra investigación

Tabla 4. Nivel de escolaridad

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	15	50%
Secundaria	7	23%
Superior	8	27%
Total	30	100%

Fuente: historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis.

De acuerdo a la investigación se puede observar que la mayoría indica que tiene un nivel primario de educación básica, con un 50%; y el 23% indica que tiene el nivel secundario. De acuerdo al INEC 2010 en la Provincia de Imbabura el 5.5% de la población es analfabeta. Con ello se puede concluir que la mayoría de mujeres que presentaron aborto espontaneo, tienen un nivel de educación primaria completa (51) Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto provocado es definido como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona.

Tabla 5. Estado Civil

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	13	43%
Unión libre	7	23%
Casada	6	20%
Divorciada	3	10%
Viuda	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Historias Clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis.

Los resultados demuestran que las usuarias solteras representan la mayor población con el 43%, la falta de aplicar métodos de planificación familiar de las jóvenes ocasiona embarazos no deseados, el 23% de las mujeres viven con sus parejas en unión libre, la inestabilidad emocional de este tipo de relación, unido al temor de abandono de la pareja en situaciones de dificultad económica o sentimental influye emocionalmente en la madre siendo causa muchas veces de aborto espontáneo. En un estudio de Prevalencia de los factores de riesgo del aborto realizado por García concluye que mayor número de casos de aborto espontáneo ocurrieron en mujeres solteras sin pareja estable 34.4% (52) datos que coinciden con la nuestra investigación.

Tabla 6. Tipo de ocupación de la madre

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	12	40%
Comerciante	4	13%
Estudiante	9	30%
Profesora	2	7%
Florícola	3	10%
Total	30	100%

Fuente: historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis.

De acuerdo a los resultados de la investigación se pudo evidenciar que, de los 30 casos en estudio, la mayoría de las madres que presentaron aborto son ama de casa con 40% y con 7% profesora: debemos tomar en cuenta que el desarrollo de actividades con mucho esfuerzo físico al igual que la presencia de sustancias tóxicas en las labores diarias, conllevan a problemas de salud, de acuerdo a la tasa bruta de desempleo existe 45.7% mientras que en subempleo un 55.7%. Con ello se puede concluir que las mujeres que presentaron aborto la mayoría se encuentran en desempleo. (53) Por lo contrario a nuestro estudio se pudo evidenciar que las amas de casa son más propensas a sufrir un aborto

4.2. Antecedentes de salud personales

Tabla 7. Antecedentes patológicos

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	12	40%
Enfermedad tiroidea	1	3%
Quistes ováricos	4	13%
Diabetes	2	7%
Infección de vías urinarias	11	37%
Total	30	100%

Fuente: historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis.

El cuadro muestra que el 100 % de los casos que presentaron aborto espontaneo con relación a la causa desencadenante un 40% por hipertensión y el 3% fue por enfermedad tiroidea por lo que se puede analizar que el antecedente personal predisponente para produzca aborto son las hemorragias. Guzmán y colaboradores concluyen que existen similitudes en los factores de riesgo de hipertensión con 95% son complicaciones durante el embarazo y causa importante de morbilidad y mortalidad materna. (54) en nuestro estudio logramos evidenciar que la hipertensión es un signo importante para que se produzca el aborto.

Tabla 8. Factores predisponentes

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de sustancias nocivas:		
Alcohol	5	17%
Cigarrillo	4	13%
Ninguno	21	70%
Estado nutricional		
Bajo peso menor (IMC 18.5)	4	13%
Obesidad (IMC 30.0 – 39.9)	16	53%
Normal (IMC 24.9)	10	33%
Lesiones personales		
Caída accidental	3	10%
Caída no accidental	1	3%
Ninguna	26	87%

Fuente: Historias Clínicas

Autor: Karina Muñoz

Análisis

Entre los hábitos maternos podemos observar en la tabla de resultados que las pacientes que formaron parte de la muestra en el 70% no presentan hábitos hacia sustancias tóxicas en; que puedan llegar a dar una predisposición para que se produzca un aborto en 30 pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital san Vicente de Paul podemos darnos cuenta que un 53% estaba en obesidad (IMC 30.0-39.9) tomando en cuenta que dentro de la gestación constituye un factor de riesgo materno y fetal, Toda mujer en gestación es propensa a sufrir traumatismos sin embargo no es muy frecuente, lo que se pudo evidenciar en la presente tabla que las caídas accidentales representan el 10%. El trauma que sufre una mujer embarazada puede lesionar los órganos que intervienen en el proceso de gestación provocando rupturas de vasos sanguíneos, desprendimiento placentario o lesión directa al feto lo que se manifiesta en primer lugar con una amenaza de aborto, En un estudio realizado

por Mosquera indico que el 84,95% de los controles se encontraban clasificados como Alto riesgo obstétrico a la obesidad. En cuanto a factores predisponentes. (55) En un estudio realizado por Errando comenta que las gestantes se considera que alrededor de 5- 10% de gestantes sufren un traumatismo durante su gestación aproximadamente 1 de cada 14 gestantes sufría alguna forma de trauma esta es la causa más frecuente de muerte obstétrica en dichas pacientes (56)

Tabla 9. Antecedentes Gineco Obstetras

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Periodo intergenésico		
Menor de 2 años	12	40%
2 a 4 años	10	33%
Más de 4 años	8	27%
Abortos previos		
No tuvieron abortos	12	40%
Más de dos abortos espontáneos	13	43%
Un aborto espontaneo	5	17%
Uso de métodos anticonceptivos		
Hormonal	13	43%
DUI	3	10%
Preservativo	9	30%
Ningún	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Historias clínicas

Autora: Karina Muñoz

Análisis

De acuerdo a los resultados podemos observar que el espacio intergenésico se da en su mayoría en un 40% en menor de 2 años es conveniente argumentar que cada mujer necesita su tiempo entre un embarazo y otro, es recomendable que se lo realice en un periodo 2 y 3 años debido a la salud del niño y de la familia debido a las causas fisiológicas de la madre se puede producir los abortos , como es el caso de esta investigación se evidencio más de dos abortos espontáneos en el 43% se lo considera como un factor de riesgo para un próximo embarazo , por lo que el útero de la madre sufrió alteraciones en su funcionamiento , es por ello que al existir un nuevo feto el

mismo organismo se encarga de rechazarlo y eliminarlo , provocando un nuevo aborto los antecedentes gineco obstétricos indico que las infecciones de las vías urinarias son más frecuentes IVU con 37% son más prevalentes durante la gestación debido a los cambios anatómicos , hormonales y funcionales que se dan en el embarazo. Se puede observar que el anticonceptivo más utilizado por las pacientes en días previos al embarazo, fue el hormonal con el 43% del total de la población y el menos utilizado fue el DIU con el 10 % en una investigación realizada por Domínguez en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital metropolitano de Panamá concluye que el periodo intergenésico menor de 24 y 49 meses está asociado con un incremento del riesgo para complicaciones obstétricas. Zabala indicó que, el 84,95% de los controles se encontraban clasificados como Alto riesgo obstétrico. En cuanto a las antecedentes gineco obstetras (57) Datos que coinciden con los resultados de nuestra investigación.

Tabla 10. Tipo de aborto

Tipos de aborto		
Amenaza de aborto	6	20%
Aborto en curso	5	17%
Aborto diferido	7	23%
Aborto incompleto	8	27%
Aborto séptico	4	13%

Fuente: Historias clínicas

Autor: Karina Muñoz

Análisis

Antes de dar a conocer el aborto que se presentó con mayor frecuencia en las pacientes que formaron la muestra hay que aclarar que el 100 % de estos fueron abortos espontáneos que acudieron por amenaza de aborto y mediante la correcta exploración y el estudio ecográfico se lo pudo clasificar donde podemos ver que el 27% de las mujeres presentaron un aborto incompleto según , Jorge Aparicio en su estudio realizado en un hospital concluye que el diagnostico de ingreso más frecuente fue el incompleto en 86.9% datos que coinciden en nuestro estudio . (58)

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- De acuerdo a la característica sociodemográfica se puede concluir que, de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación en estudio se encontró que la edad materna con mayor rango fue de 19- 35 y de etnia mestiza y de residencia rural con nivel de escolaridad primario y de estado civil soltera
- El aborto espontaneo presentado en las mujeres atendidas en el Hospital san Vicente de Paul fue asociado con otros factores de riesgo encontramos la edad, antecedentes ginecológicos, antecedentes personales, y finalmente antecedentes de enfermedades crónicas.
- Se determinó que es necesario la realización de una guía educativa de prevención de aborto espontaneo que contribuya a mejorar los conocimientos para de la embarazada y lograr la culminación de un embarazo satisfecho

5.2. Recomendaciones

- A las autoridades de Salud que fortalezcan el componente educativo a través de campañas periódicas sobre prevención de aborto, que facilite información a la población del sector, a través de medios de información que se distribuyan y que permitan dar a conocer lo más esencial para disminuir este problema de salud, dando a conocer especialmente las causas que provocan el aborto y posteriores complicaciones.
- Se recomienda a todos los profesionales de salud que laboran en esta casa de salud, realizar una anamnesis minuciosa y detallada en la cual se pueda obtener datos verídicos y exactos, que servirán para mejorar la calidad de las investigaciones y la toma de decisiones para la elaboración de políticas locales o nacionales que apoyen en la disminución de aborto
- Como profesionales debemos concienciar a todas las mujeres, madres o futuras madres a que cuando se encuentren en periodo de gestación, den importancia en acudir a controles prenatales, esto permitirá llevar un registro de cómo va evolucionado su maternidad, y evitar posibles consecuencias no deseadas

BIBLIOGRAFÍA

1. MSP. GUIA PRÁCTICA CLÍNICA ABORTO.indd. [Online].; 2013 [cited 2018 marzo 22. Available from: www.msp.gob.ec.
2. Lupión E. El aborto: perspectivas y realidades. Aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo. 52 - 56. [Online].; 2010 [cited 2018 marzo 13. Available from: <https://w3.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Ab.pdf>.
3. OMS. centro de prensa de la OMS. [Online].; 2014 [cited 2018 marzo 13. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
4. Lugmaña G. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. INEC. [Online].; 2014 [cited 2018 marzo 14. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>.
5. INEC. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. INEC. 2012. [Online].; 2012 [cited 2018 marzo 16. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/boletin.pdf.
6. Quintero EM, Ortiz R. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Salud Pública. 2010 noviembre;; p. 570-579.
7. Durán RIBd. Aborto espontáneo. Liberabit. 2012 ene./jun. ; 18 (1 -5).
8. Farfan. Aspectos epidemiológicos y clínicos asociados a depresión en pacientes con amenaza de aborto, Hospital Honorio Delgado. Arequipa, Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2017 octubre - diciembre; 2(4): p. 1 - 8.
9. Jose A, Serra. El intervalo entre aborto espontáneo y una nueva concepción no afecta el resultado perinatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012 noviembre; 77(1 - 5): p. 1 -5.
10. Doblado , De la rosa. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 jul.-sep; 36(1 -13): p. 1 -13.

11. Unidad de TICS - Unidad de Comunicación, Imagen y Prensa. hospital general san Vicente de Paul MSP. [Online].; 2012 [cited 2018 febrero 12. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec>.
12. Unidad de TICS de comunicacion ,Imagen y pressa. Hospital general san Vicente de Paul. [Online].; 2012 [cited 2018 febrero 12. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec>.
13. Sistema Nacional de Salud CONASA. COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL . [Online].; 2012 [cited 2018 febrero 14. Available from: <http://www.conasa.gob.ec>.
14. centro de prensa OMS. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2018 febrero 20. Available from: www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/.
15. Perez , Godoy. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital. Rev Biomed. 2016 enero - abril 1; 27(7): p. 1-7.
16. MSP, M. d. (2013). Guía de Práctica Clínica. Ministerio de salud publica. [Online].; 2013 [cited 2018 marzo 12. Available from: <http://www.msp.gob.ec>.
17. Romero. slidershare. [Online].; 2016 [cited 2018 marzo 22. Available from: <https://es.slideshare.net>.
18. Guiterrez , Gevara. Controversias en obstetriciay ginecologia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013 enero - marzo; 61(1 - 8).
19. Lopez R. el aborto. [Online].; 2011 [cited 2018 marzo 14. Available from: <http://alumnasdel633.blogspot.com/2011/04/clasificacion-de-abortos.html>.
20. Romero J,&ML. Definicion y etimologia de aborto - que es, significado y concepto. Definiciona.com. [Online].; 2016 [cited 2018 marzo 8. Available from: <https://definiciona.com/aborto/>.
21. Guevara-Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2010 noviembre; 7(1 -8).
22. MSP, M. d. (2013).. Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2013 [cited 2018 marzo 23. Available from:

http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf.

23. MSP, M, d, (2013). guía de parctica linica. [Online].; 2013 [cited 2018 marzo 23]. Available from: [http/ instituciones. msp.gob.ec](http://instituciones.msp.gob.ec).
24. Perez. obstetricia Perez. In Perez AE. obstetricia Perez Sanches 4ª edicion.: Mediterraneo; 2011. p. 1357.
25. Mejia , Betancourt. Aborto recurrente de etiología aloimmune. Rev. Méd. Risaralda. 2013 enero 21; I(12): p. 1-5.
26. Mejia , Betancourt. Aborto Recurrente de Etiología Autoimmune. Rev. Méd. Risaralda. 2014 septiembre 23; II: p. 1-7.
27. Avila , Gutierrez. ABORTO RECURRENTE. Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines. 2017 enero 31; 34(1): p. 1-11.
28. Romero , Martinez. etiologiaaborto , Dra Romero. [Online].; 2014 [cited 2018 marzo 16]. Available from: [http/www. hvn.es / servicios asistenciales / ginecologia y obstetricia/ mero. pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/mero.pdf).
29. Schwarcz. Obstetricia 7 Ed: el ateneo yenny s.a; 2016.
30. Barros , Mendez. Enfoque de los principales factores causales en los trastornos reproductivos. Rev Cubana Obstet Ginecol scielo.sld.cu. 2014 abril - junio; 40(2): p. 1-12.
31. Pons A, Supuelveda. Muerte fetal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 noviembre ; 25(1-8).
32. Arriagada. Estilo de vida y enfermedad. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014 nero; 25(1): p. 1 -176.
33. Kelly , Salas. guía de practica clinica. [Online].; 2010 [cited 2018 marzo 10]. Available from: www.cenetec.salud.gob.
34. Dra Garcia , Dra Cruz. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015 enero - marzo; 41(1): p. 1-16.
35. Pinto , Aguilar. Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal. Univ. Psychol. 2010 abril 13; 9(3): p. 1-12.

36. Betancourt , Mejia. Aborto Recurrente de Etiología Autoinmune. Rev. Méd. Risaralda. 2014 septiembre 23; 20(2): p. 1-7.
37. Pública SNdGdIS. Ministerio de Salud Publica. [Online].; 2013 [cited 2018 marzo 14. Available from: <http://www.maternoinfantil.org>.
38. Dra. Martín C. Omeda. es. [Online].; 2010 [cited 2018 Marzo 23. Available from: <https://www.onmeda.es>.
39. Guevara. Reproductive Medicine. [Online].; 2016 [cited 2017 abril 13. Available from: www.salud.gob.sv.
40. Ruiperez E, De la puente M. Tratamiento médico del aborto espontáneo. ginecología y obstetricia. 2014 febrero; III: p. 1-6.
41. Zavala , Ortiz. Periodo intergenésico. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2018; I(1-10): p. 1 -10.
42. Badia , Patrocinio. Aborto séptico por Clostridium perfringens complicado con shock séptico. Rev. chil. obstet. ginecol. 2015 diciembre; 80(6): p. 1- 5.
43. MSc. Moya , MSc. Pino F. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Gineco. 2013 julio - septiembre 12; 39(3): p. 1-13.
44. Malcolm A, Rodríguez. Aborto provocado en la adolescencia. Revista Médica. Granma. 2015 julio - agosto 13; 19(4): p. 1-12.
45. Cardoso D, Torres I. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. [Online].; 2015 [cited 2018 marzo 12. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec>.
46. Mendez. aborto y sus consecuencias físicas y psicologicas. [Online].; 2014 [cited 2018 mayo 2. Available from: <http://rpp.pe/lima/actualidad>.
47. Publica MMdS. Código de etica. [Online].; 2016 [cited 2018 febrero 13. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec>.
48. Angulo. repositorio institucional. [Online].; 2018 [cited 2018 abril 14. Available from: repositorio.upsjb.edu.
49. INEC. Fascículo Provincial Imbabura. [Online].; 2010 [cited 2018 abril 15. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>.

50. INEC. Base de Datos-Censo de Población y Vivienda 2010 – a nivel de manzana. [Online].; 2010 [cited 2018 abril 15. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>.
51. INEC. base de datos - censo - poblacion -2010. [Online].; 2010 [cited 2018 abril 16. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>.
52. Dra. García. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. GINECOLOGÍA Y SALUD REPRODUCTIVA. 2014 julio; 41(1): p. 1-9.
53. (DAE). DdAyE. Encuesta Urbana de Empleo y Desempleo - INEC. [Online].; 2015 [cited 2018 abril 13. Available from: <http://www.siise.gob.ec/agenda/index.html?serial=13>.
54. Guzmán W, Ávila M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecología y obstetricia de México. 2012 julio; 80(7): p. 1-6.
55. Mosquera T, Charry J. ACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA. Revista Facultad de Salud. 2013 junio 28; 5(1): p. 1-8.
56. Errando. La paciente gestante con traumatismo grave. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2011 octubre 13; 52(6): p. 1-13.
57. Zavala- A, Ortiz H. Periodo intergenésico. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2014 marzo 18; III(1): p. 1-10.
58. Aparicio,. revista peruana de ginecologia y obstegricia. [Online].; 2013 [cited 2018 mayo 2. Available from: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1806>.
59. perinatologia inmgdpydpeoy. instituto nacional materno perinatal guias de practica clinica y de procedimiento en obstetricia y perininatologia. [Online].; 2012.
60. S. S, Aborto , Ginecología EAPS, edición C. Silva S.; Aborto; En: Alfredo Pérez Sánchez Ginecología; Cuarta edición. [Online].; 2011.

ANEXOS

Anexo 1. Autorización de recolección de datos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IBARRA - ECUADOR

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 - 073 - CEAACES - 2013 - 13

CARRERA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 04 de Abril del 2018

Doctor:
Lither Reyes
GERENTE GENERAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Presente

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte.

Solicito muy comedidamente a usted autorizar el ingreso a la señorita: KARINA ALEJANDRA MUÑOZ IRUA con C.I. 0401619838 estudiante de la carrera de Enfermería, para realizar la recolección de datos estadísticos del servicio de Ginecología, mismo que servirá para la elaboración y culminación del trabajo de tesis con el tema: **“RIESGOS ASOCIADOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO DETECTADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL IBARRA - 2016”**.

Cabe indicar a usted, que la investigación es de carácter estrictamente académica y una vez concluida la misma se entregarán los resultados.

Atentamente,
“CIENCIA Y TECNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO”

MSc. Viviana Espinel
C.I.1001927951
COORDINADORA CARRERA
DE ENFERMERÍA

In Institucional

labor al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria barrio El Olivo
Teléfono: (06) 2 953 461 Costo 199
(06) 2 609 420 2 640 611 Fax: Ext. 931
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

0162

Anexo 2. Validación de recolección de datos

CERTIFICADO VALIDACION DE LA RECOLECCION DE DATOS

Yo, Ing. Dolores Salguero Doy constancia la validación de la recolección de datos de la cual que he sido informado/a sobre el tema de "Riesgos asociados en el aborto espontáneo detectados en el servicio de ginecología del hospital San Vicente de Paul Ibarra, por la Interna de Enfermería Karina Alejandra Muñoz Irua a realizar la TESIS, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. Por lo tanto me comprometo a entregar dichos datos con la mayor veracidad.

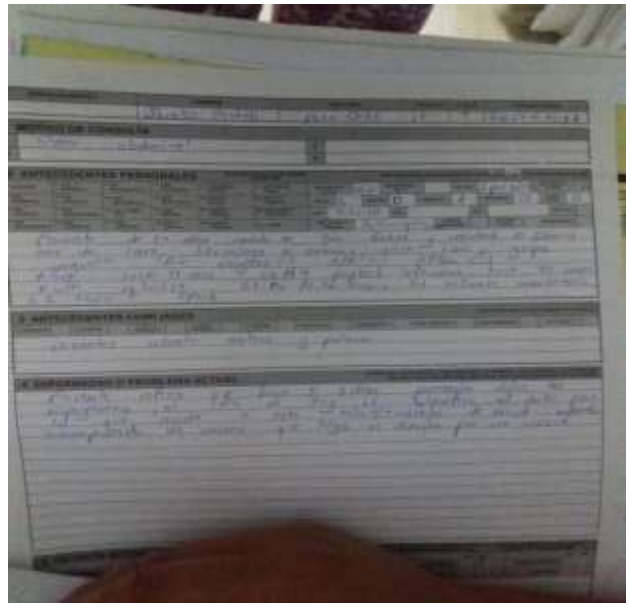
Atentamente:



Ing. Dolores Salguero

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
REGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTION
ESTADISTICA

Anexo 3. Galería fotográfica





Anexo 4. Ficha de recolección de datos

TEMA O EJE TEMÁTICO	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	FUENTE	TÉCNICA	RESULTADOS
Características Socio Demográficas	Edad	Demografía	Nº de población por grupos de edad	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo a su edad	Historias Clínicas	Revisión documental	
	Nivel de instrucción		Nº de población por nivel educativo	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo a nivel educativo	Historias Clínicas	Revisión documental	
	Tipo de ocupación		Nº de población por tipo de ocupación	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo a su tipo de ocupación	Historias Clínicas	Revisión documental	

	Estado civil		Nº de población por estado civil	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo a su estado civil	Historias Clínicas	Revisión documental	
	Etnia		Nº de población por etnia	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo a su etnia	Historias Clínicas	Revisión documental	
Factores de Riesgo	Aborto	Factores de riesgo que presenta la población es estudio	Nº de población por tipo de aborto	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo al tipo de aborto	Historias Clínicas	Revisión documental	
	Nº de abortos		Nº de población por Nº de abortos	Nº de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de	Historias Clínicas	Revisión documental	

				aborto espontaneo de acuerdo al N° de abortos totales			
	Antecedentes patológicos personales		N° de población por N° de antecedentes patológicos personales	N° de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo al N° de antecedentes patológicos personales	Historias Clínicas	Revisión documental	
	Antecedentes patológico Gineco obstetras		N° de población por N° de antecedentes Gineco obstetras	N° de mujeres atendidas en el “Hospital San Vicente de Paul” con diagnóstico de aborto espontaneo de acuerdo al N° de antecedentes Gineco obstetras	Historias Clínicas	Revisión documental	

Anexo 5. Operacionalización de las variables

Objetivos	VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala
Definir las características socio demográficas de la población concurrente del servicio de Ginecología que ha sufrido de un aborto espontáneo	Edad	Tiempo de vida de una persona	Años cumplidos hasta la fecha actual	Población de acuerdo a grupos de edad	12-18 19-35 36-56
	Nivel de instrucción	Grado académico alcanzado por la población objeto de estudio al momento de la investigación.	Nivel de estudio alcanzado	Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior
	Ocupación	Trabajo remunerado que realiza la población	Ocupación	Ocupación	Si No
	Tipo de ocupación			Tipo de ocupación	Estudiante Ama de casa Costurera Empleada domestica Comerciante
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Situación conyugal	Estado civil	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Detallar principales causas por las	Causas	Todo tipo de factor o patología que	Factores maternos	Antecedentes personales	IVU HTA

cuales se presenta el aborto espontáneo en la población en estudio.		llegue a causar un aborto existiendo			Enfermedad tiroidea Hemorragias Diabetes
	Causas	. Factores que aumentan la predisposición a que ocurra un aborto.	Factores de riesgo	Antecedentes gineco obstétricos	Abortos previos No tuvieron abortos Más de dos abortos espontáneos Un aborto espontaneo Primigestas Multigestas
					Periodo intergenésico Menor de 2 años De 2 -4 años Más de 4 años Infecciones del tracto urinario Vaginosis Urinario cervicitis
				Factores predisponentes	Consumo de sustancias nocivas Estado nutricional Bajo peso Obesidad Peso normal

SUMMARY

Associated Risks for Spontaneous Miscarriage detected in the Gynecology Area in the "San Vicente de Paul" Hospital Ibarra, 2017

Author: Karina Alejandra Muñoz Irua

karinamuoz23@hotmail.com

The World Health Organization has defined abortion as the expulsion or removal of an embryo or fetus weighing 500 grams or less, and being in a gestational age between 20 and 22 weeks. This study was conducted with the objective of identifying associated risks for spontaneous miscarriage in the gynecology service. It is an observational and descriptive, non-experimental, cross-sectional investigation, for the collection of data, information was taken from the medical records of patients who presented spontaneous abortion in the year 2017, which was recorded in an observation guide, the next variables were measured; sociodemographic, gynecological obstetric risks, personal history of a total of 30 patients, the main results found are that the maternal age with the highest rank was from 19 to 35 years of age with 60%, within the main personal antecedents towards Abortion is 40% hemorrhage and obesity with 40% and gynecological obstetric history with 60% intergenetic period with 40% vaginal infections with 40% It is concluded that every woman who has some type of modifiable risk factor, these women must have changes in their lifestyle, and eating habits that will not only help their health but also will influence their future planned conceptions.

Keywords: spontaneous abortion, pregnant woman, associated risks.

Victor Rodríguez
1715496129




Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis Karina Muñoz mayo.docx (D38542457)
Submitted: 5/10/2018 11:39:00 PM
Submitted By: mcflores@utn.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

TESIS NATALY.docx (D22222241)
MARIA DE LOS ANGELES AVELLANEDA BURBANO para urkund.docx (D37746079)
Tesis Católica filtro 3.docx (D27691284)
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21693/1/TESIS%202015.pdf>
<http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3922/1/>
RE_MED.HUMA_EVELYN.ANGEL_ANTECEDENTE.DE.CESAREA_DATOS.PDF
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10991/1/TESIS%20DENNISSE%20TAPIA.pdf>

Instances where selected sources appear:

27