



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

TEMA:

“CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, OTAVALO, 2019”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en enfermería

AUTORA: Amparo Marisol Ipial de la Torre

DIRECTORA: Lic. Rosa del Pilar López Rúaes MSc.

IBARRA - ECUADOR
2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, OTAVALO, 2019**”, de autoría de AMPARO MARISOL IPIAL DE LA TORRE, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de julio de 2019

Lo certifico

(Firma).....

Lic. Rosa del Pilar López Ruales MSc.

C.C.: 1001569217

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1003921861		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Ipial de la Torre Amparo Marisol		
DIRECCIÓN:	El Ejido de Caranqui		
EMAIL:	ampary23@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062652187	TELÉFONO MÓVIL:	0979212969
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, OTAVALO,2019”		
AUTOR (ES):	Amparo Marisol Ipial de la Torre		
FECHA:	2019/07/08		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Rosa del Pilar López Ruales MSc.		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de julio de 2019

LA AUTORA

(Firma).....

Amparo Marisol Ipial de la Torre

C.I.: 1003921861

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, al 08 día del mes de julio de 2019

Amparo Marisol Ipial De La Torre “CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, OTAVALO, 2019” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 8 de Julio de 2019.

DIRECTORA: Lic. Rosa del Pilar López Ruales MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar la calidad del cuidado de Enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, Otavalo, 2019. Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar la calidad de los cuidados de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto; Evaluar el nivel de satisfacción de cuidados de enfermería brindados a las pacientes con diagnóstico de aborto; Diseñar una guía de Cuidados de Enfermería dirigido a mujeres con diagnóstico de aborto para mejorar su calidad de vida.

Fecha: Ibarra, a los 08 días del mes de julio de 2019



.....
Lic. Rosa del Pilar López Ruales MSc.

Directora



.....
Amparo Marisol Ipial de la Torre

Autora

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento totalmente eterno a mi Dios quien es un pilar fundamental en todo lo que hago, un ser misericordioso que con su bondad siempre hace que todos en algún momento cumplamos con lo que más deseamos en todo el recorrido de nuestra larga vida.

A mis padres y hermanas quienes son mi mayor inspiración y motivación, que con sus palabras de aliento me incentivaban a seguir adelante y a no rendirme cuando se me presentaban obstáculos que creía difíciles de superarlos, además de su amor, comprensión y apoyo constante, de su confianza, pues sin dudar ellos fueron quienes nunca desconfiaron de mis capacidades y han sido parte de mi superación personal y profesional.

Un agradecimiento especial a mi directora de tesis Msc. Rosita López quien siempre estuvo dispuesta a ayudarme, por haberme brindando su invaluable asesoría y ser una buena guía a través de sus conocimientos y experiencia para poder lograr satisfactoriamente la culminación del presente trabajo de investigación.

Amparito Ipiál

DEDICATORIA

Primeramente dedico este trabajo a mi Dios un ser único que me dio la fortaleza, salud y me guió por el buen camino permitiéndome cumplir con uno más de mis sueños y metas más anheladas.

A mis padres quienes nunca se dieron por vencidos y siempre lucharon para poder darme lo mejor, por sus consejos, amor, cariño, infinitas bendiciones y apoyo constante en los buenos y malos momentos, siendo ellos mi mayor inspiración para seguir adelante; sobre todo dedico este trabajo a mi persona por largas noches de desvelo, por la responsabilidad y el esfuerzo dedicado en cada uno de los semestres cursados, por las luchas diarias ante injusticias, por aprenderlas a sobrellevar, por la capacidad de soñar muy alto y cumplirlo gracias a mi propia dedicación y constancia.

Amparito Ipiál

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1. Problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Preguntas de Investigación.....	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico.....	9
2.1. Marco Referencial.....	9
2.1.1. Cuidados de Enfermería en situaciones de aborto inducido/provocado- España 2016.....	9

2.1.2.	La calidad de atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos-Buenos Aires 2010.....	9
2.1.3.	Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto-Costa Rica 2012.....	10
2.1.4.	Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, con base al indicador de trato digno-México 2010.....	11
2.1.5.	Cuidado ético a la adolescente en situación de aborto-Perú 2013	11
2.2.	Marco Contextual.....	12
2.2.1.	Hospital San Luis de Otavalo	12
2.3.	Marco Conceptual	14
2.3.1.	Definición de Aborto	14
2.3.2.	Clasificación clínica del Aborto	14
2.3.3.	Etiología.....	16
2.3.4.	Diagnóstico	21
2.3.5.	Tratamiento para el aborto.....	23
2.3.6.	Complicaciones del aborto.....	25
2.3.7.	Cuidado.....	26
2.3.8.	Teorías y Modelos relacionados con el Cuidado de Enfermería para la madre	27
2.3.9.	Violencia obstétrica	28
2.4.	Marco Legal	34
2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador.....	34
2.4.2.	Ley Orgánica de Salud.....	34
2.4.3.	Ley Orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres	34
2.4.4.	Plan toda una vida- Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021	35
2.5.	Marco Ético.....	36
2.5.1.	Código Orgánico Integral Penal	36
2.5.2.	Código Civil.....	37
2.5.3.	Código de la Niñez y Adolescencia.....	37
2.5.4.	Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería.....	38

CAPÍTULO III	39
3. Metodología de la investigación	39
3.1. Diseño de Investigación.....	39
3.2. Tipo de investigación.....	39
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	40
3.4. Población y Muestra	40
3.4.1. Criterios de inclusión	41
3.4.2. Criterios de exclusión	41
3.5. Operacionalización de variables	42
3.6. Método de recolección de información	45
3.7. Análisis de datos	45
CAPÍTULO IV	46
4. Análisis e interpretación de resultados.....	46
CAPÍTULO V	57
5. Conclusiones y recomendaciones.....	57
5.1. Conclusiones.....	57
5.2. Recomendaciones	58
BIBLIOGRAFÍA	59
GUÍA INFORMATIVA SOBRE ABORTO,CUIDADO ENFERMERO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	66
ANEXOS	77
Anexo 1: Oficio de permiso para aplicar encuestas	77
Anexo 2: Respuesta de aceptación para aplicación de encuestas por parte del Hospital San Luis de Otavalo	78
Anexo 3: Encuesta.....	79
Anexo 4: Aplicación de encuestas al grupo de estudio	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Calidad de la atención al ingreso hospitalario	46
Tabla 2: Cuidados relacionados a las necesidades físicas brindados a la paciente	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Información proporcionada por el personal de enfermería sobre aborto..	48
Gráfico 2: Manera de aclarar dudas a la paciente	49
Gráfico 3: Cambios emocionales asociados a la pérdida del embarazo.....	51
Gráfico 4: Cuidados en relación a las necesidades emocionales brindados a la paciente	52
Gráfico 5: Maltrato verbal por parte del personal de enfermería.....	54
Gráfico 6: Nivel de satisfacción de la paciente en relación a los cuidados de enfermería	55

RESUMEN

“CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, OTAVALO, 2019”

AUTORA: Ipial de la Torre Amparo Marisol

CORREO: ampary23@gmail.com

Esta investigación tuvo como objetivo general “Determinar la calidad del cuidado de Enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, Otavalo, 2019”. El estudio fue Cuantitativo de tipo Descriptivo de corte Transversal. La técnica para la recolección de datos fue una encuesta estructurada de 20 preguntas aplicada a 187 mujeres con diagnóstico de aborto. Los resultados demuestran que el personal de enfermería tiene como prioridad solucionar las necesidades físicas que presenta la paciente de una manera tecnicista, olvidándose de los cuidados relacionados con la satisfacción de las necesidades emocionales, de comunicación y de información las mismas que dentro de los resultados obtenidos las pacientes indicaron que fue insuficiente e inadecuada, siendo estos algunos de los aspectos que engloban indicadores de calidad. Las condiciones emocionales derivadas de un aborto aumentan la vulnerabilidad de la paciente por lo que el trato humanizado, individualizado y holístico y que considere las condiciones de su situación de salud se convierten en el elemento de mayor importancia al valorar la calidad del cuidado enfermero. Es necesario considerar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención de violencia obstétrica para mejorar la calidad de atención evitando el incumplimiento de los derechos e impidiendo sanciones, así como la reglamentación establecida en la ley general de salud que protege a la paciente y obliga al personal de salud a potenciar sus cuidados considerando aspectos emocionales y educativos como elementos que definen la calidad del cuidado.

PALABRAS CLAVE: Calidad, Cuidado, Satisfacción, Violencia obstétrica

ABSTRACT

QUALITY OF NURSING CARE TO WOMEN WITH ABORTION DIAGNOSIS OF THE OBSTETRIC CENTER IN THE SAN LUIS DE OTAVALO HOSPITAL, OTAVALO, 2019"

Author: Ipial de la Torre Amparo Marisol

Email: ampary23@gmail.com

The objective of this research work was "To determine the quality of Nursing care in women with a diagnosis of abortion of the Obstetric Center of the San Luis de Otavalo Hospital, Otavalo, 2019". The study was Quantitative of Descriptive type of cross-sectional approach. The technique for data collection was a structured survey composed of 20 questions applied to 187 women with a diagnosis of abortion. The results show that the nursing staff has as a priority to solve the physical needs of the patient in a technical way, avoiding the care related with the satisfaction of emotional, communication and information needs, the results showed that patients believed the care was insufficient and inadequate, as the before mentioned aspects encompass quality indicators. The emotional conditions derived from an abortion increase the vulnerability of the patient, so an individualized and humanized treatment, which considers the conditions of their health situation become the most important element in assessing the quality of nursing care. It is necessary to consider the recommendations of the World Health Organization on the prevention of obstetric violence to improve the quality of attention avoiding the violation of rights and preventing sanctions, as well as the regulations established in the general health law that protects the patient and forces health personnel to enhance their care considering emotional and educational aspects as an element that define the quality of care.

KEYWORDS: Quality, Care, Satisfaction, Obstetric violence

TEMA:

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON
DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN
LUIS DE OTAVALO, OTAVALO, 2019.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1. Problema de investigación

En la actualidad el aborto se considera un problema que ha estado presente durante toda la existencia del ser humano, siendo un problema sanitario y social en continuo debate para su aprobación el cual conlleva repercusiones políticas, económicas y jurídicas de mucha importancia, significando una frustración a la vida humana puesto que hay un gran número de mujeres que practican abortos voluntarios o involuntarios poniendo en riesgo su vida e incluso su salud sexual y reproductiva al quedar con secuelas graves (1).

Cada año, más de 210 millones de mujeres cursan un embarazo, de ellos al menos 85 millones son considerados no deseados y los datos a nivel mundial dicen que de todos los embarazos anuales, más de 41 millones terminan en abortos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 21 millones de mujeres a nivel mundial experimentan algún tipo de aborto clandestino o inseguro teniendo como resultado cada año la muerte de más de 47 mil mujeres, principalmente en países en vías de desarrollo (2).

Algunos datos obtenidos a través del informe denominado "Aborto incidencia entre 1990 y 2014: niveles y tendencias globales, regionales y subregionales" realizado por Gilda Sedgh y su equipo, del Instituto Guttmacher (Nueva York), en colaboración con expertos en salud reproductiva de la Universidad de Genova (Suiza), de Oakland (Canadá) y de la Organización Mundial de la salud indicaron que hay lugares en los que se ha registrado mayor proporción de abortos entre ellos en América Latina y el Caribe la tasa aumentó del 23% al 32% en los 25 años analizados, en Asia del Sur y Central, el porcentaje pasó del 17% al 25% y en África del Sur, del 17% al 24% (3).

En Ecuador, según los datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) desde 2004 hasta 2014 se reportó un total de 431.614 mujeres que tuvieron un aborto son menores de 25 años, tienen menos años de educación formal y recursos económicos, entre los cuales el 9% fueron por aborto espontáneo, el 6% fue un aborto médico justificado y el 85% correspondió a algún otro tipo de embarazo que terminó en aborto. Por otro lado también se conoce que más de 45 de cada 100 mil mujeres mueren cada año a causa de un aborto en el Ecuador (4).

El aborto para las mujeres es un problema de salud pública muy común en los países en desarrollo poniendo en relieve necesidades insatisfechas, inequidad en información, en acceso y provisión de métodos de anticoncepción por lo que los profesionales de salud deben disponer de conocimientos para brindar orientación y consejería permitiendo ofrecer a las mujeres la mejor calidad de atención desde una perspectiva integral y de derechos, para garantizar la salud sexual y reproductiva actual y futura de la mujer además de lograr empatía garantizando la idoneidad del procedimiento y la satisfacción de los usuarios (5).

En Otavalo, existen diversas problemáticas de salud, sociales y económicas que conllevan a un embarazo con riesgos, constituyendo un medio favorable de información para aquellas mujeres que se encuentran en estado de gestación y que se requiere prevenir con la utilización o la aplicación de alternativas de solución. En el Hospital San Luis de Otavalo en el año 2012 el 55% de las mujeres presentaron complicaciones en su embarazo porque acudieron con amenaza de aborto, aborto, embarazo molar, embarazo ectópico, amenaza de parto pretérmino, presentando complicaciones de hemorragia, siendo transferidas a otro hospital (6).

Actualmente el aborto al ser un problema social muy común a pesar de su legalidad en casos estrictamente necesarios es una práctica muy recurrente y fácil en donde la mayoría de mujeres que se someten a estos procesos quirúrgicos a los que son intervenidas pueden complicarse o en muchas ocasiones no solo quedar con secuelas físicas o problemas de reproducción sexual a futuro sino también emocionales por lo que es muy importante el apoyo del personal de enfermería, entendiendo sus

necesidades emocionales y biológicas estimulando a un pensamiento positivo, logrando confianza y su pronta recuperación satisfactoriamente (7).

Se puede inferir que los cuidados prestados no están siendo pautados en el enfoque holístico y sí basados solo en lo físico sin contemplar también reales necesidades emocionales y afectivas en este grupo de mujeres con diagnóstico de aborto, sin la creación de un vínculo afectivo con la paciente, incumpliendo las directrices del código de ética de la profesión y refutando la atención individualizada, la falta de información o de acompañamiento resultando en algunos casos en agresión verbal (8) .

Las instituciones de salud han demostrado interés por mejorar la calidad de sus servicios, una forma de hacerlo ha sido mediante la evaluación objetiva y subjetiva con el fin de lograr la satisfacción de expectativas del usuario e incluso sobrepasarlas dando importancia a la opinión del mismo, convirtiéndose la satisfacción del usuario en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad y como instrumento para legitimizar las diferentes reformas sanitarias, aplicando encuestas de satisfacción ya sea por medio físico, virtual o telefónico, debido a que el usuario es quien tiene la oportunidad de juzgar mediante su experiencia la atención recibida (9).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad del cuidado de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, Otavalo, 2019?

1.3. Justificación

Esta investigación tuvo el propósito de hacer hincapié en que el cuidado de enfermería es la esencia de la profesión, cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por el que exige un esfuerzo de atención, permitiendo mantener la vida y asegurar la satisfacción de un conjunto de necesidades, el profesional de enfermería en este grupo de estudio necesita actuar humanísticamente para poder evitar trastornos de la atención, psicológicos, de la memoria, miedo, depresión, ansiedad, centrando su función en la atención y apoyo emocional para que la paciente pueda incorporarse a sus actividades diarias familiares y sociales normalmente.

Actualmente es evidente que en situaciones de aborto hay impacto psicológico y emocional, siendo la enfermera el primer contacto para expresar sus sentimientos, sentir apoyo, tranquilidad, confianza a través del dialogo y al ser escuchadas, pero la mayor parte del tiempo el profesional se limita a la satisfacción de necesidades físicas olvidándose de la parte psicológica y emocional afirmando que estas intervenciones son casi nulas por la sobrecarga en trabajo, falta de tiempo y número de pacientes, impidiendo la interacción enfermera/o-paciente, sin tener en cuenta que la percepción del usuario es un indicador en los sistemas de gestión de la calidad.

La investigación se realizó para conocer la calidad del cuidado a la paciente con diagnóstico de aborto tratando de ir más allá de lo físico y lo mecánico durante esta etapa de duelo que atraviesa este grupo de estudio, promoviendo cuidados de calidad, de satisfacción para el paciente incluyéndonos en aspectos emocionales y psicológicos a través de la comunicación, por lo que el personal de enfermería debe brindar un cuidado individual, holístico y humanístico para lo cual deben estar bien preparados.

Los beneficiarios directos en esta investigación fueron las mujeres con diagnóstico de aborto porque al ser intervenidas quirúrgicamente conllevan secuelas psicológicas y/o emocionales que afectan en su vida diaria, así como también los familiares los cuales tiene contacto directo con las pacientes generando cambios, desequilibrio e inestabilidad, poniendo en riesgo el bienestar y la funcionalidad de la relación familiar

y social, como beneficiarios indirectos se encuentra el personal de Enfermería porque son las personas que se encuentran diariamente y en contacto directo con este tipo de paciente que necesitan de atención integral y de calidad.

En esta investigación se diseñó una Guía informativa sobre aborto, cuidado enfermero y violencia obstétrica dirigida a los profesionales de enfermería para que sea una base de orientación, en relación al cuidado enfermero sin vulnerar los derechos de los pacientes.

Esta investigación fue viable porque tuvo convenio con el Equipo de Atención Integral de Salud del hospital y del servicio de Centro Obstétrico con el compromiso de mejorar el grado de satisfacción frente a la atención a las pacientes, además de prevenir violencia obstétrica y apoyo de docentes de la Universidad Técnica del Norte para el desarrollo de la investigación.

2. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la calidad del cuidado de Enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo, Otavalo, 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de los cuidados de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto.
- Evaluar el nivel de satisfacción de cuidados de enfermería brindados a las pacientes con diagnóstico de aborto.
- Diseñar una Guía informativa sobre aborto, cuidado enfermero y violencia obstétrica dirigido a los profesionales de enfermería.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es la calidad de los cuidados de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de cuidados de enfermería brindados a las pacientes con diagnóstico de aborto?
- ¿Cómo puede aportar una Guía informativa sobre aborto, cuidado enfermero y violencia obstétrica en los profesionales de enfermería?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

Para el desarrollo de la presente investigación se realizaron varios estudios previos entre los más destacados se encuentran artículos que aportan con ideas importantes en el desarrollo del tema.

2.1.1. Cuidados de Enfermería en situaciones de aborto inducido/provocado-España 2016

Es un estudio realizado por Pitilin, Érica de Brito, Ana Claudia, Rafaela Gasparin, Vanessa Aparecida, el cual tuvo como objetivo Identificar los cuidados de enfermería en los casos de aborto inducido o provocado, utilizó como método de investigación la revisión integral destinada a responder a la pregunta "¿Cómo es la práctica de enfermería en situaciones de aborto provocado?", para el análisis de datos se seleccionaron 13 publicaciones y en los resultados se observó que el trabajo de las enfermeras se realiza de manera tecnicista, discriminatoria, juzgadora y burocrática, lo que contradice las directrices del código de ética de la profesión (8).

2.1.2. La calidad de atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos-Buenos Aires 2010

Es un estudio realizado por Mariana Romero, Nina Zamberlin y Maria Gianni, es de diseño cuasiexperimental para evaluar los cambios asociados a la intervención, se aplicaron 414 encuestas a mujeres durante su atención posaborto, 53 encuestas al equipo de salud, observación no participante del proceso de atención, se observaron las instancias de comunicación de la usuaria con el equipo de salud, las consultas, las intervenciones médicas y quirúrgicas, la consejería e indicaciones previas al alta y por

último Entrevistas a informantes en la etapa preintervención, con el fin de contextualizar la información recogida y aportar al diseño de la intervención.

Entre los resultados obtenidos los motivos de consulta más frecuentes fueron por sangrado vaginal y/o dolor abdominal siendo 7 de cada 10 casos el diagnóstico de aborto incompleto. En ambas etapas, 6 de cada 10 mujeres reportaron haber esperado menos de 30 minutos. En ambas etapas, más del 70% de las mujeres reportó haber sido informada sobre el diagnóstico, tratamiento, problemas o signos de alarma y/o recomendaciones. A su vez, el 60% de los profesionales encuestados considera que el consentimiento informado que se les entrega a las mujeres previo a la realización del procedimiento pocas veces es comprendido claramente por ellas.

Finalmente, la observación del proceso de atención mostró que la calidad estaba condicionada por el contexto institucional, limitaciones de infraestructura, sobrecarga de trabajo, pocas horas de descanso, la escasez de recursos y las dificultades de comunicación en el equipo reconociendo que es un objetivo difícil de alcanzar, así como los problemas de organización, comunicación y distribución de roles (10).

2.1.3. Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto-Costa Rica 2012

Es un estudio realizado por Luis Miranda, Ana Gamboa y Limberg Vargas, el tipo de investigación es descriptiva observacional, prospectivo y transversal, se utilizó dos cuestionarios, uno dirigido a las pacientes obteniendo un resultado de 71.4% en el que las pacientes opinaron que las enfermeras tuvieron un comportamiento indiferente ante el diagnóstico; otro cuestionario dirigido a los profesionales concluyendo que la mayoría experimentan sentimientos de temor, dolor emocional y físico, adicionalmente la mayoría de las profesionales en enfermería considera el apoyo emocional brindado como adecuado en un 54.5% y deficiente el 27.3% (11).

2.1.4. Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, con base al indicador de trato digno-México 2010

Es una investigación realizada por Verónica Maldonado, Vanesa Martínez, Mahuina Campos, Etelvina Zavala es un estudio transversal, observacional, Cual-Cuantitativo, evaluando a 92 mujeres el trato digno que recibieron al realizarse una Interrupción Legal del Embarazo, indicando que es una dimensión de los principios éticos de la calidad de la atención, incumpliendo por el exceso de procesos burocráticos, carga de trabajo para el personal y desprofesionalización, concluyendo que la comunicación con el paciente es un arte, siendo clara, sensible y objetiva, ofreciendo trato digno y transmitiendo información necesaria y adecuada que constituya empatía entre enfermero/a- paciente (12).

2.1.5. Cuidado ético a la adolescente en situación de aborto-Perú 2013

Es un estudio realizado por Susana Lora, Mirtha Cervera, de diseño Cualitativo que tienen como objetivo Describir y analizar el cuidado ético que brinda la enfermera a la adolescente en situación de aborto, participaron 6 enfermeras, 7 adolescentes y 5 padres de familia, se aplicó entrevista semiestructurada con consentimiento informado, los resultados se dividen en 4 criterios: discernimiento de una realidad difícil, riesgosa y desconocida; reconociendo una afectividad perturbada ante el objeto del aborto presentando manifestaciones como soledad, miedo, sentimientos de culpa, alegría, tristeza enfocando el personal en necesidades físicas sin brindar apoyo a estas necesidades emocionales tomando decisiones equivocadas sin exigencias frente al cuidado ético a la adolescente (13).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Hospital San Luis de Otavalo

El Hospital San Luis de Otavalo fue creado en el año de 1953, es una unidad operativa de la Zona 1, distrito 10D02 Antonio Ante – Otavalo, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, cantón Otavalo, parroquia el Jordán, en las calles Sucre y Quito de la ciudad de Otavalo.

2.2.2. Historia del Hospital San Luis de Otavalo

El Hospital San Luis de Otavalo en los últimos se ha realizado algunos cambios en relación a infraestructura y administración por lo que a simple vista se puede dar cuenta que no tiene muchos años desde su creación.

La ciudad de Otavalo, desde 1953 cuenta con el “Hospital San Luis de Otavalo”, el cual surge después de varios procesos de intervención de benefactores entre los que se puede citar a Doña Antonia Estévez (1863), Sor Lucía Sornear (1924), Dr. Alberto María Ordoñez (1925), Don Leopoldo Chávez (1943), Presidente Galo Plaza Lasso y el Dr. Fernando Pareja (14).

El hospital se crea por la iniciativa de una monja, de nombre Lucía Sornear, superiora del Colegio Inmaculada se organiza “La liga de la caridad Pro Hospital de Otavalo”, en 194 se adquiere un terreno en el que en la actualidad se encuentra construido el Hospital San Luis de Otavalo, los planos fueron elaborados por el sacerdote francés Brunig en 1925, Don Leopoldo Chávez Ministro de Previsión Social y Sanidad contrató los servicios para la construcción con el Servicio Interamericano de Salud, el proceso de construcción concluyó y se inaugura el 6 de septiembre de 1953 (14).

2.2.3. Servicios del Hospital San Luis de Otavalo

- **Hospitalización:** Cuenta con Sala de partos, Quirófano, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Cirugía General y Medicina Interna.
- **Consulta Externa:** Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina General, Medicina Familiar, Cirugía General, Odontología, Curación y servicio de Emergencia.

Además cuenta con servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico como Radiológica, Ecografía, laboratorios de análisis clínico, Medicina Transfusional, Nutrición, Dietética, Fisioterapia, Farmacia Institucional, el Hospital San Luis de Otavalo tiene la modalidad de atención curativa.

2.2.4. Centro Obstétrico

El servicio de Centro Obstétrico cuenta con habitaciones modernamente equipadas para brindar atención integral, segura y de calidad técnica y humana a todas las mujeres en todas las facetas clínicas de su diagnóstico, son atendidas por un equipo de salud especializado y con experiencia el cual diagnostica, trata y previene la morbi-mortalidad del componente madre-hijo.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Definición de Aborto

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas (15).

El aborto es la interrupción de la gestación, definido por la Organización Mundial de la Salud, hasta las 22 semanas completas de gestación, terminación del embarazo antes de las 22 semanas a partir de la fecha de la última menstruación y con un feto cuyo peso sea menor a los 500 gramos. Este puede clasificarse como precoz cuando ocurre antes de las 12 semanas y tardío desde las 13 hasta las 22 semanas (16).

Aborto es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un embrión o feto inmaduro, no viable, producido en cualquier momento desde la fecundación hasta el límite de la viabilidad fetal. Por convención se considera aborto a un feto que pesa menos de 500 gramos o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea (17).

2.3.2. Clasificación clínica del Aborto

El aborto puede ser clasificado desde el punto de vista de análisis o proceso clínico anormal o patológico tomando en cuenta el cuadro clínico por los cuales se sospecha que un embrión o feto podría ser expulsado desde el útero, de acuerdo a la edad gestacional se denomina temprano antes de las 12 semanas y tardío entre las semanas 12 y 20 (18).

- a) Amenaza de aborto:** embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado (15). Es la presencia de sangrado

vaginal con o sin dolor y sin cambios cervicales antes de la semana 20 a 24 de gestación (19).

- b) Inevitable, en curso o inminente:** aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de las membranas (15). El cuello uterino se dilata y el volumen de sangre que se pierde suele ser mayor, pero aún no se ha expulsado hacia la vagina, tejido alguno. La mayoría de las mujeres experimentan dolor tipo cólico en el hemiabdomen inferior, aumentada la sensibilidad en el hipogastrio cuando se realiza el examen abdominal. Al confirmar que el embarazo no puede alcanzar la viabilidad fetal a causa de la dilatación del cuello uterino y por la hemorragia excesiva, se procede a la evacuación uterina y se realiza una revisión de la cavidad por aspiración (20).
- c) Diferido o huevo muerto retenido:** se caracteriza por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto, incluyendo el embarazo anembrionado o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable (15).

Retención del producto de gestación por más de 8 semanas después de la muerte en el útero, algunos lo consideran 2 semanas, después de la muerte embrionaria puede haber o no hemorragia vaginal y otros síntomas que indiquen una amenaza de aborto, el útero deja de crecer y a menudo el proceso de expulsión es espontáneo (18).

- d) Séptico:** es el tipo de aborto ocurrido por infección de causa obstétrica que cursa con fiebre, teniendo una temperatura de 38°C o más gradosantes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus (15). Se define como la infección del útero, afectando también a estructuras vecinas del mismo, incluso dando lugar a una pelviperitonitis producida después de un aborto. Se observa con mayor frecuencia en mujeres que han sido sometidas a un aborto ilegal y en casos

extremos producir la muerte materna. Es un proceso polimicrobiano en el que los gérmenes más frecuentemente son E. coli, Enterobacter, Proteus, Bacteroides, Streptococcus y Clostridium (21).

- e) **Incompleto:** se caracteriza por la expulsión de parte del contenido uterino, quedando restos embrionarios y/u ovulares dentro del útero. Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable (15).

- f) **Completo:** expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor sin necesidad de interrupción quirúrgica o médica (15). El cuadro se caracteriza por dolor cólico intenso, metrorragia y eliminación de restos ovulares, pero en el momento de la consulta presenta escaso dolor, escasa metrorragia, generalmente un cuello uterino cerrado o poco modificado y un tamaño uterino similar al de un útero no grávido. Se da más comúnmente en abortos que se producen precozmente, antes de las 8 semanas, porque el producto de la gestación es más pequeño y se elimina en forma íntegra (17).

2.3.3. Etiología

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno entre otras, las mismas que producen alteraciones y llevan a cabo la pérdida del producto durante el proceso de gestación.

- a) **Factores ovulares:** anomalías que afectan al embrión y/o a la placenta impidiendo en el desarrollo normal en período de gestación. Es el factor que más frecuente se asocia al aborto espontáneo, incluye las siguientes alteraciones:
 - **Anomalías cromosómicas:** presentándose generalmente en las primeras semanas de gestación, entre la octava y la undécima semana, ocurren

debido a errores durante la meiosis del ovocito, especialmente en la primera división meiótica, más frecuente en las trisomías.

En ocasiones son transmitidas por alguno de los componentes de la pareja, translocaciones o inversiones que se encuentran en uno de los progenitores dando lugar a gametos cromosómicamente anormales, por otro lado también pueden ser causadas por las anomalías de la fertilización, como dispermia o la diginia (22).

- **Anomalías genéticas:** la mutación de un gen o de varios de ellos con integridad de los cromosomas, tomando en cuenta que la alteración de uno o varios genes puede dar lugar a alteraciones enzimáticas que pueden interferir en el metabolismo normal del embrión, provocando la muerte del mismo o como consecuencia, la interrupción de la gestación.
 - **Alteraciones del desarrollo del embrión y la placenta:** alteración morfológica en el desarrollo de los embriones de menos de 30 milímetros de longitud de cabeza a nalgas. Además es relativamente frecuente detectar gestaciones en las cuales no se observa embrión. Las alteraciones de la placenta son también frecuentes; algunas de ellas son debidas a la propia muerte embrionaria que da lugar a una hipovascularización, hipocelularidad y necrosis isquémica de la placenta (22).
- b) **Factores maternos:** se puede actuar para disminuir el riesgo de que el aborto se presente o haya repetición. Se clasifica en:
- **Causas uterinas:** se trata de anomalías anatómicas o funcionales del útero, que pueden en muchas ocasiones ser adquiridas o congénitas favoreciendo a la interrupción espontánea de la gestación.

- **Malformaciones:** son debidas a defectos congénitos en la formación de los conductos de Müller o en la fusión de los mismos, ocurren de forma espontánea, aunque también pueden ser producidas por la exposición intrauterina a dietilestilbestrol, dentro de las malformaciones uterinas, entre las más frecuentemente son : útero septo y subsepto, el úterobicorne y la hipoplasia uterina (22).
- **Insuficiencia cervical:** dilatación cervical indolora que suele ocurrir en el segundo trimestre ocasionando abortos tardíos, puede ser congénita o adquirida debido a algún traumatismo del cérvix. El mecanismo es porque el cérvix no es capaz de mantener el producto de la gestación y, al ofrecer una menor resistencia, las membranas se prolapsan a través del orificio cervical llegando a contactar con la vagina, lo que favorece la infección y la ruptura de las mismas teniendo como consecuencia el aborto, cuya última causa suele ser una infección amniótica (22).
- **Mioma:** su presencia dificulta la implantación del embrión y el crecimiento del mismo.
- **Sinequias intrauterinas:** son adherencias fibrosas producidas en el interior de la cavidad uterina, generalmente entre la cara anterior y posterior del útero, debido a lesiones endometriales por legrados repetidos o muy agresivos. La causa de estos abortos es por un lado, la deficiente capacidad del endometrio lesionado para albergar el embrión y también la dificultad en la distensión de la cavidad uterina que se produce al desarrollarse el embrión (22).

c) Causas inmunológicas

- **Lupus eritematoso sistémico:** es una enfermedad de tipo autoinmune de curso clínico afectando a nivel sistémico. El diagnóstico de esta entidad se

basa en la detección de anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-AD N, de anticuerpos anticardiolipina y el anticoagulante lúpico en pacientes con manifestaciones típicas de esta enfermedad en las que hay que incluir la trombosis y la presencia de abortos recidivantes, estos autoanticuerpos favorecen fenómenos tromboembólicos a nivel sistémico que pueden afectar también a la placenta, dando lugar a trombosis y verdaderos infartos placentarios, con el consiguiente efecto deletéreo sobre la gestación (22).

- **Síndrome antifosfolípido:** se caracteriza por la presencia de niveles moderados o altos de anticuerpos antifosfolípidos acompañados de trombosis arteriales y venosas recurrentes y pérdidas fetales repetidas (22).

d) Causas endócrinas

- **Hipotiroidismo:** deficiencia de yodo que provoca en ocasiones abortos
- **Diabetes:** altas concentraciones de glucosa produciendo la apoptosis en células del blastocisto, dando lugar a un efecto deletéreo sobre la gestación.
- **Insuficiencia de la fase lútea:** la progesterona producida por el cuerpo lúteo, a nivel ovárico, desempeña un papel clave tanto para la preparación del endometrio como para la implantación del embrión además para el mantenimiento de la gestación una vez implantada durante las primeras 7 u 8 semanas de gestación, se detecta sólo por los niveles elevados de B-HCG en suero (22).

- e) **Infecciones:** algunos gérmenes son capaces de atravesar la placenta cuando existe una bacteriemia o viremia, como por ejemplo la sífilis, la listeriosis, el citomegalovirus, la toxoplasmosis, la rubéola o la parotiditis. La infección intrauterina también puede producirse por vía ascendente tras una infección vaginal por micoplasma (22).

- f) Traumatismos:** las causas más frecuentes son los accidentes de tránsito; afectando al feto debido a la protección que supone la pelvis y el útero (22).
- g) Factores paternos:** la translocación cromosómica en el espermatozoide permite a un cigoto el aumento o disminución del material genético. Son pocos los conocimientos de los factores paternos que pueden contribuir al aborto espontáneo. Entre otros datos se conoce que algunas anomalías cromosómicas en los espermatozoides pueden culminar en aborto especialmente en edades mayores a 40 años (23).
- h) Factores Trombofílicos:** también denominados como factores congénitos o adquiridos, que aumentan el riesgo de desarrollar fenómenos trombóticos y de producir abortos secundarios a un estado de hipercoagulabilidad. Algunos estiman que hasta 8% de abortos recurrentes podrían asociarse a una trombofilia, siendo las más frecuentes la hiperhomocisteinemia, el factor V de Leiden y la resistencia a la proteína C activada. El uso de ácido fólico en altas dosis, sumado a vitamina B6 y B12, es el tratamiento de elección para la hiperhomocisteinemia, mientras que la tromboprolifaxis con heparina es lo propuesto para las otras trombofilias (24).
- i) Factores químicos o intoxicaciones:** entre algunas de las sustancias a las que se ha atribuido el incremento del riesgo de aborto están arsénico, plomo, formaldehído, benceno y óxido de etileno o cualquier abortificante químicos exógenos o endógenos (23).
- j) Factores ambientales:** el alcohol, tabaco y cafeína han sido sustancias estudiadas en detalle, por sus potentes efectos teratógenos y adversos en el feto causando daño dependiendo de los grados de abuso de alcohol en las primeras ocho semanas de la gestación y cafeína mayor a 200 mg/día provocando aborto o malformaciones fetales por el hecho de que provocan disminución del flujo sanguíneo uterino y placentario, debido a una vasoconstricción arterial originada por la inhibición de la recaptación de la norepinefrina (23), (25).

El tabaquismo y el alcoholismo se consideran embriotoxinas, en el caso del consumo de cafeína se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de aborto u otras complicaciones en el embarazo. La Radiación: la dosis mínima letal en el día de implantación es aproximadamente 5 rad (26).

2.3.4. Diagnóstico

- El diagnóstico inicial es de tipo clínico considerando la anamnesis y el examen físico.
- Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar gonadotropina coriónica humana, fracción beta (HGC- β), en niveles de 10 a 25 UI/L, nivel que se alcanza a los nueve días posteriores a la fecundación.
- En los casos de enfermedad trofoblástica gestacional o tumor de células germinales craneales deben ser considerados cuando la determinación de gonadotrofinas coriónicas (HGC- β) excede a 1000 UI/L.
- Las determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas (HGC- β) son muy útiles para el diagnóstico de embarazo ectópico asintomático. Esta determinación seriada puede además ser útil para el manejo expectante de embarazo ectópico y aborto espontáneo.
- Debido a que la determinación de gonadotrofinas coriónicas humanas (HGC- β) en orina es muy estable y que sus concentraciones son semejantes a las de la sangre, la hCG de orina es un excelente marcador para la detección y la evolución del embarazo temprano normal o anormal.
- El ultrasonido transvaginal, determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas (HGC- β) y progesterona pueden ser adquiridas para establecer el diagnóstico diferencial definitivo entre embarazo ectópico y

aborto. La progesterona sérica puede utilizarse cuando el ultrasonido sugiere embarazo de localización desconocida.

- Existe la posibilidad de embarazo ectópico cuando la ecografía transvaginal refiere un útero vacío y el nivel de gonadotropina coriónica humana (HGC- β) es mayor a 1800 UI/L. Al descartar embarazo ectópico en pacientes con diagnóstico de embarazo y reporte de ecografía transvaginal de útero vacío.

El diagnóstico diferencial en el sangrado transvaginal del primer trimestre de la gestación se presenta con: anomalías cervicales como excesiva friabilidad, trauma, pólipos y procesos malignos, embarazo ectópico, sangrado idiopático en un embarazo viable, infección de vagina o cérvix, embarazo molar, aborto espontáneo, hemorragia subcoriónica, trauma vaginal entre otros menos frecuentes (15).

Ante la presencia de sangrado vaginal, con o sin dolor abdominal en una mujer en el primer trimestre de la etapa gestacional, realizar un examen físico detallado, que incluya la visualización del cérvix con el espejo aclarando el origen de la hemorragia, el tacto vaginal para verificar la condición del cérvix y la palpación bimanual en búsqueda de masas anexiales. Si el cuello se encuentra cerrado, se hace el diagnóstico presuntivo de amenaza de aborto procediendo a realizar una ecografía para evaluar la viabilidad del embarazo y dependiendo de los hallazgos se hará el diagnóstico definitivo y se establece la conducta a seguir.

Si el cérvix está abierto o se palpan restos, se diagnostica aborto incompleto y puede no ser necesaria la ecografía, pero si existen dudas entre un aborto incompleto o uno en curso, el ultrasonido ayuda a diferenciar el diagnóstico. Con la ecografía transvaginal se debe observar un saco gestacional a las 4 semanas y 3 días y cuando la 6hCG es mayor de 1000 UI; a las 5 semanas se hace visible el saco de Yolk o vesícula vitelina cuando el saco gestacional alcanza de 8 a 10 mm y el embrión aparece a partir de las 5 semanas y 2 días y se debe evidenciar la embriocardia cuando mide 7 mm.

Cuando el saco gestacional es mayor de 20 mm y no aparece el embrión se hace diagnóstico de embarazo anembrionado o pérdida temprana de la gestación que es el término que se prefiere actualmente, de igual manera si el embrión es mayor de 7 milímetros y no se evidencia actividad cardíaca se diagnostica como muerte embrionaria o aborto retenido (19).

2.3.5. Tratamiento para el aborto

Cuando ya se diagnostica un aborto en el primer trimestre debe solicitarse enseguida análisis sanguíneos con hemograma, bioquímica, hemostasia, grupo y Rh. En caso de que la paciente sea Rh negativa tendrá que solicitarse la administración de 300 microgramos de inmunoglobulina anti-D intramuscular antes de 72 horas (27).

a) Tratamiento farmacológico

El Misoprostol permite evitar el ingreso hospitalario siendo de elección si la mujer desea evitar la cirugía, es obesa o presenta malformaciones, miomas o intervenciones cervicales que dificulten el tratamiento quirúrgico. Sus principales efectos secundarios son: fiebre y alteraciones gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea. Está contraindicado en las mujeres con hemoglobina menor de 10 mg/dl, gestaciones con Dispositivo Intrauterino (DIU), obstrucción del canal cervical, gestaciones ectópicas, insuficiencia suprarrenal, asma grave, glaucoma, estenosis mitral, porfirias congénitas, corticoterapia de larga duración, alteraciones hemorrágicas, uso de anticoagulantes y dificultad para acceder a un centro médico de urgencias (27) .

Se han propuesto diversas dosis de misoprostol, preferiblemente vía vaginal: 800 µg/24 horas, 2 dosis; 200 µg/ 4 horas, 1- 2 días; 600 µg/h, 2 dosis. La paciente deberá ser valorada periódicamente clínica y ecográficamente hasta que el aborto se considere completo y no presente síntomas, cada 48-72 horas preferiblemente o semanal. Ante el fracaso del tratamiento médico se le ofrecerá la posibilidad de repetir éste hasta en 3 ocasiones o de lo contrario se realizará un tratamiento e intervención quirúrgica (27).

Se administra un preparado que produce la expulsión sin ser necesario realizar una intervención quirúrgica. Esta es la forma menos traumática de primera elección sobre todo cuando se trata de gestaciones en el segundo trimestre donde la evacuación quirúrgica no está exenta de riesgos. Suelen emplearse las prostaglandinas por vía oral, intramuscular, vaginal o rectal. Una de las pautas más efectivas y con menos efectos secundarios es el misoprostol vaginal. Otra alternativa para la finalización de gestaciones muy tempranas en menores de 49 días, es la administración de mifepristona o también denominado Misoprostol o Cytotec.

Cuando el aborto no tiene viabilidad embrionaria y no hay un sangrado uterino es importante conocer que estaría contraindicado y se realizaría un legrado uterino a través de la administración de medicación que facilite la expulsión del contenido uterino sin la necesidad de realizar un legrado. La medicación más ampliamente utilizada, con este objetivo, es el misoprostol, que se puede administrar con diversas pautas y dosis, desde una dosis de 200 microgramos cada 4 horas por vía oral o vaginal teniendo un máximo de cuatro dosis hasta una dosis única de 800 microgramos vía vaginal, siendo segura incluso en mujeres con el antecedente cesárea (22).

b) Tratamiento quirúrgico

Esta indicado ante la sospecha de tejidos infectados, enfermedad trofoblástica gestacional, contraindicación para tratamiento médico o si la paciente lo desea. Consiste en un legrado evacuador mediante la aspiración porque permite la disminución de la pérdida sanguínea, dolor y duración del procedimiento con posibilidad de preparación cervical administrando entre 400-600 microgramos de misoprostol vaginal 3 horas antes. En caso de que la paciente presente hemorragia intensa y persistente o inestabilidad hemodinámica se deberá realizar el procedimiento de legrado de manera urgente.

Se realiza mediante la dilatación cervical y la posterior evacuación ovular mediante legrado uterino o por aspiración con bomba de vacío. La dilatación del cérvix uterino y el legrado implica un riesgo de complicaciones así como desgarro cervical,

perforación uterina, hemorragia, evacuación incompleta e infección. Estos riesgos se incrementan a medida que avanza la gestación y por ello se prefiere la inducción médica sea a partir de la semana 12 de gestación (22).

- **Aspiración Manual Endoterina (AMEU):** método por el cual, a través del cérvix, el contenido uterino es evacuado por aspiración al vacío a través de una cánula que se introduce en el útero teniendo la posibilidad de realizar con anestesia paracervical.
- **Legrado uterino Instrumental (LIU):** procedimiento por el cual, a través del cérvix y del uso de una cureta de metal, se evacúan el interior del útero a través de anestesia general (15).

2.3.6. Complicaciones del aborto

Las complicaciones de un aborto van a depender de las semanas de gestación y el tipo de aborto, las mismas que deben ser tratadas inmediatamente y directamente con un profesional médico.

a) Impacto físico

- Ruptura Uterina: riesgo menor de 1 en 1000 casos. El riesgo es mayor a mayor edad gestacional.
- Hemorragia severa que requiera transfusión: riesgo menor de 1 en 1000 casos en abortos tempranos, pero aumenta a 4 en 1000 en abortos en más de 20 semanas de embarazo (28).
- Perforación Uterina: el riesgo está entre 1 y 4 de 1000 casos, se asocia con el aborto quirúrgico incrementando el riesgo a mayor edad gestacional.
- Trauma cervical: Es una complicación exclusiva del aborto quirúrgico, con un riesgo determinado como bajo de 1 en 100 casos.
- Septicemia

b) Psicológicas y emocionales

- Intenso interés por los bebés
- Sensación de malestar ante la presencia de niños o de mujeres embarazadas
- Pérdida del apetito
- Depresiones profundas, tristeza, crisis de llanto y de ansiedad, sensación de impotencia y amargura
- Sentimiento de Culpa, de arrepentimiento
- Pesadillas relacionadas entorno al aborto
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Ira
- Abuso del consumo de alcohol y otras drogas
- Problemas de relación interpersonal y con la pareja
- Trastornos del sueño
- Apetito sexual disminuido
- Desesperación, sentimiento de rabia y rebeldía
- Deseos de llorar
- Indiferencia
- Baja autoestima, rechazo hacia sí misma, inestabilidad emocional
- Miedo
- Soledad, sensación de vacío, angustia (29).

2.3.7. Cuidado

El cuidado engloba un concepto teórico y a la vez también práctico que busca principalmente resaltar la vinculación esencialmente humana y emocional (30).

a) Definición del cuidado

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, definiéndose como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente (31).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (32).

El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad (33). El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.

2.3.8. Teorías y Modelos relacionados con el Cuidado de Enfermería para la madre

a) Teoría del cuidado humano- Jean Watson

Enmarca la teoría en un pensamiento de transformación “considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea”. Por ende, su teoría representa un compromiso profesional, siendo un factor motivador esencial en el proceso de cuidado; a través de normas éticas, basado en un enfoque humanista (34).

Teniendo como base la teoría de Jean Watson basado en valores humanísticos, permitiendo fortalecer el cuidado en las instituciones asistenciales; para restaurar el arte cuidando-sanando, que constituye la base de la acción de Enfermería, tomando en cuenta que los profesionales de enfermería necesitan valorar e identificar además de evaluar el cuidado humanizado que se brindan a los pacientes hospitalizados (35).

b) Modelo de Relaciones Interpersonales – Hildegard Peplau

Basa su práctica en el cuidado de la persona, como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera/o – paciente, se centra en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico siendo la enfermera/o quien consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente como un ser Biopsicosocial para afrontar los problemas presentados y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo en el que la enfermera/o tienen que ser capaces de empatizar con los problemas del paciente y junto con la cooperación intenten resolver el problema transformando su ansiedad en energía positiva permitiendo responder a sus necesidades.

2.3.9. Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, añadiendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo en todas sus etapas, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados y es producto de un conjunto multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (36).

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: es el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con

exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada en todas sus etapas, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (37).

a) Víctimas de la violencia obstétrica

- Mujeres en trabajo de parto.
- Familiares de las mujeres, incluidas las y los recién nacidos.
- Personal de salud (especialmente obstétrico) que participa en la atención de las mujeres durante el parto.

b) Manifestaciones presentadas en violencia obstétrica

- **Violencia institucional:** de acuerdo con el artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, consiste en actos u omisiones por parte de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno, que discriminen o tengan como fin delatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diversos tipos de violencia.

En el ámbito de la atención de la salud se reproduce de manera naturalizada y automática en las rutinas de trabajo. Ésta es una de las razones por el que los profesionales presentan dificultades para identificar ciertas conductas como lesivas a los usuarios: desde abuso verbal y burlas, indiferencia, no proporcionar información completa, hasta abandono en el cuidado, deficiente atención proporcionada y otras conductas que escalan en gravedad (38).

- **Violencia de género:** la violencia contra las mujeres es una manifestación de estas relaciones de poderes desiguales, que se ha derivado en discriminación hacia las mujeres y en la obstaculización de su pleno desarrollo siendo uno de los mecanismos sociales por los que se les ha forzado a una situación de subordinación en relación a los hombres. De esta forma, toda acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres y por motivos de género, ejercida en el ámbito de atención de la salud reproductiva se establece como una forma de violencia y discriminación contra las mujeres (38).

c) Elementos y comportamientos que revelan violencia obstétrica

- Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa.
- Maltratos y humillaciones.
- Procedimientos obstétricos realizados sin ser necesarios, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas o internos y residentes.
- Diseño de presupuestos y espacios de atención materna

d) Recomendaciones para la prevención de violencia obstétrica

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos, con la finalidad de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales además del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos.

- No existe justificación en ninguna región geográfica para más de un 10 al 15% sean cesárea.
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben ser favorables frente a partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia (39).
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de parto.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
- No se justifica el uso rutinario de episiotomía.
- No deben inducirse o iniciarse por medios físicos los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región Geográfica deba tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
- Debe evitarse durante el trabajo de parto la administración por rutina de fármacos analgésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
- No se justifica científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina.
- El neonato sano debe permanecer con la madre, teniendo en cuenta que ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga del servicio.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento, fomentándose las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben

estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas técnicas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

e) **Derechos que están en riesgo en situaciones de violencia obstétrica**

Derecho a la salud: el Comité DESC ha señalado que el derecho a la salud se compone tanto de libertades como derechos: Entre las libertades se encuentra el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos. En cambio, entre los derechos del sistema de protección de la salud permitan brindar a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Además ha identificado los elementos básicos del derecho a la salud: accesibilidad, aceptabilidad, calidad y a la no discriminación.

Derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes: el derecho a la integridad personal está reconocido como la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el que comprende a la protección a la preservación de las dimensiones fundamentales de la persona: física, psíquica y moral. Esto se traduce tanto en el derecho a la protección de agresiones al cuerpo, ya sea destruyéndolo, causándole dolor físico o daño a su salud, como al derecho a mantener incólumes las facultades psíquicas y morales, lo que guarda relación con la prohibición de ser obligadas, constreñidas o manipuladas mentalmente en contra de la voluntad. El derecho a la integridad personal implica la prohibición de la tortura y de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Derecho a la información: este derecho se encuentra protegido en el artículo 6 de la Constitución según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda

índole por cualquier medio de expresión”. Para que este derecho se cumpla en relación con la atención del embarazo, el parto y el posparto, las mujeres deben de tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios acerca de las opciones que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción de una manera que permita ejercer el consentimiento informado siendo un proceso de decisión completo, libre e informado.

Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia: el derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer que define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece en su artículo 7 indica que la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla. Este derecho incluye, por supuesto, la protección de sufrir violencia física, sexual y psicológica perpetrada en establecimientos de salud, por el Estado, sus agentes, o por cualquier persona.

Derecho a la vida privada: se refiere a la garantía de que no existan injerencias arbitrarias en la vida privada de una persona o de su familia. En el contexto reproductivo, esto implica el derecho de las personas a tomar decisiones propias como la autonomía reproductiva incluyendo la decisión de las mujeres, basada en información clara, objetiva y veraz, sobre la forma en que desean que sea su parto, derecho protegido, además, de forma explícita en el artículo 4º de la Constitución (38).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

Título II, Sección séptima, Salud

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 (40).

El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales educativas y ambientales; y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva, la prestación de los servicios de la salud se registra por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (40).

2.4.2. Ley Orgánica de Salud

Art. 29.- Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención (41).

2.4.3. Ley Orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres

Art.10.- Tipos de violencia: Para efectos de aplicación de la presente ley y sin perjuicio de lo establecido en los instrumentos internacionales de

derechos humanos y en el Código Orgánico Integral Penal y la Ley, se considera los siguientes tipos de violencia entre ellas:

Violencia Gineco-obstetrica: *Se considera a toda acción y omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstetricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (42).*

2.4.4. Plan toda una vida- Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021

Objetivo 1: *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas (43).*

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código Orgánico Integral Penal

Capítulo segundo: Delitos contra los derechos de libertad

Sección primera: Delitos contra la inviolabilidad de la vida

Art. 147.- Aborto con muerte: Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer causen la muerte de esta, la persona que los haya aplicado o indicado con dicho fin, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años, si la mujer ha consentido en el aborto; y, con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años, si ella no lo ha consentido (44).

Art. 148.- Aborto no consentido: La persona que haga abortar a una mujer que no ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si los medios empleados no han tenido efecto, se sancionará como tentativa.

Art. 149.- Aborto consentido.- La persona que haga abortar a una mujer que ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. La mujer que cause su aborto o permita que otro se lo cause, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a dos años (44).

Art. 150.- Aborto no punible: El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

- *Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*
- *Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental (44).*

2.5.2. Código Civil

Título II del principio y fin de la existencia de las personas, párrafo 1º Del principio de la existencia de las personas en:

Art. 60.- El nacimiento de una persona fija el principio de su existencia legal, desde que es separada completamente de su madre. La criatura que muere en el vientre materno, o que, perece antes de estar completamente separada de su madre, se reputará no haber existido jamás. Se presume que la criatura nace con vida; quien alegue lo contrario para fundamentar un derecho, deberá probarlo (45).

2.5.3. Código de la Niñez y Adolescencia

Capítulo II Derechos de Supervivencia

Art. 20.- Derecho a la vida: Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo. Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral (46).

2.5.4. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería

Elemento del código N° 2: Enfermera en ejercicio y gestoras: Establecer normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados (47).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de Investigación

La metodología utilizada en la presente investigación tiene un diseño cuantitativo, no experimental.

- **Cuantitativo:** es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes, implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas y matemáticas para obtener resultados, tiene como propósito cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor (48). Los datos recolectados fueron procesados, presentados cuantitativamente, fundamentando la profundidad del análisis de los mismos para facilitar su comprensión.
- **No experimental:** puesto que no se modificó ninguna de sus variables con el fin de alterar los resultados exponiendo los fenómenos tal y como sucedió.

3.2. Tipo de investigación

- **Descriptivo:** El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer la calidad del cuidado de los profesionales de enfermería para atender a pacientes con diagnóstico de aborto, permitiendo acercarse a la realidad de atención percibida por el grupo de estudio.
- **Transversal:** ya que los datos fueron recogidos en un determinado tiempo de inicio y finalización de la investigación en un momento único.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizará en el Hospital San Luis de Otavalo ubicado al norte de la ciudad de Otavalo en la provincia de Imbabura, cantón Otavalo, parroquia el Jordán, en las calles Sucre y Quito de la ciudad de Otavalo, en la Zona 1 Ecuador.

3.4. Población y Muestra

Conjunto formado por 360 mujeres con diagnóstico de aborto atendidas durante 1 año, en el Hospital San Luis de Otavalo del Cantón Otavalo, provincia de Imbabura.

Se realizó un cálculo de muestreo probabilístico para obtener un número representativo de la población para el estudio y recolección de datos, con el 95% de confianza y 5% de error muestral, con la finalidad de lograr un resultado que se aproxime a la realidad del problema de investigación.

Fórmula del cálculo muestral:

$$n = \frac{(z)^2 (p*q)}{(e)^2 + \frac{(z^2)(p*q)}{N}}$$

Etiqueta de la fórmula del cálculo muestral:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (360)

z = Nivel de confianza (95% = 1,96)

p= Proporción de la población sin la característica deseada (éxito) 0,5

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) 0,5

e = Error muestral (5% = 0.05) (49).

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5 * 0.5)}{(0.05)^2 + \frac{(1.96)^2 (0.5 * 0.5)}{360}}$$

$$n = \frac{(3.86)(0.25)}{(0.0025) + \frac{(3.86)(0.25)}{360}}$$

$$n = \frac{(0.965)}{(0.0025) + \frac{(0.965)}{360}}$$

$$n = \frac{(0.965)}{(0.0025) + 0.0026805556}$$

$$n = \frac{0.965}{0.0051805556}$$

$$n = 186$$

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico de aborto pertenecientes al área de estudio que acceden a participar en la investigación.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que no acepten formar parte de la investigación
- Mujeres que tengan enfermedades mentales y dificulte la realización de la encuesta
- Mujeres en estado crítico

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo 1: Identificar la calidad de los cuidados de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto.					
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo de variable
Calidad del cuidado en aborto	Es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos de la manera más adecuada posible para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y también conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima	Calidad	Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa Nominal
			Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa Nominal
			Consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa Nominal
			Información	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala 	Cualitativa Nominal
				<ul style="list-style-type: none"> • Oportuna • Completa • Afectuosa 	Cualitativa Nominal
			Cuidados físicos	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa Nominal

	satisfacción del paciente con el proceso de atención prestada (50).		Cuidados emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa Nominal
			Cambios emocionales asociados al diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Ira • Impaciencia • Tristeza • Dolor • Impotencia • Trastornos del sueño • Deseos de llorar • Irritabilidad • Trastornos del apetito • Depresión • Indiferencia • Miedo 	Cualitativa Nominal

		Violencia obstétrica	Trato personalizado	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa nominal
			Maltrato	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativa nominal
Objetivo 2: Evaluar el nivel de satisfacción de cuidados de enfermería brindados a las pacientes con diagnóstico de aborto.					
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo de variable
Nivel de satisfacción	Grado de cumplimiento por parte del sistema de salud en relación a las expectativas del usuario, frente a la atención prestada (51).	Satisfacción	Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Extremadamente satisfecha • Muy satisfecha • Moderadamente satisfecha • Poco satisfecha 	Cualitativa nominal

3.6. Método de recolección de información

Como método de recopilación de información se utilizó una encuesta por ser de fácil aplicación, dirigida a mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo servicio de Centro Obstétrico.

Instrumento: cuestionario de 16 preguntas que fue realizada en base a los objetivos y variables establecidas en la investigación, siendo un procedimiento por el cual un investigador busca recopilar datos sin alterar el ambiente ni el fenómeno de donde se recoge la información.

3.7. Análisis de datos

Posterior a la aplicación del instrumento de investigación se realizó una base de datos con ayuda del programa IBM SPSS Statistics versión 25.0 año 2017 y Microsoft office Excel para aplicar estadística descriptiva básica a través del análisis de resultados de tendencia central.

CAPÍTULO IV

4. Análisis e interpretación de resultados

Las pacientes con diagnóstico de aborto estudiadas en su mayoría tienen entre 21 a 30 años y son bachilleres, un grupo representativo son casadas y la mayoría trabajan como comerciantes informales y aun siendo el aborto su principal y actual problema de salud solo una pequeña parte de las madres conoce la definición de su diagnóstico, su principal fuente de información el internet. La gran mayoría de las pacientes encuestadas tuvo entre 4 o más embarazos y 21 madres del total del grupo de estudio tuvieron de 1 a 3 abortos anteriores en más de 1 año que en su mayoría fueron atendidas en establecimientos de salud públicos. Del actual aborto la gran mayoría tuvo entre 8 a 12 semanas de gestación y refieren que la causa fue actividad física exagerada.

Tabla 1: Calidad de la atención al ingreso hospitalario

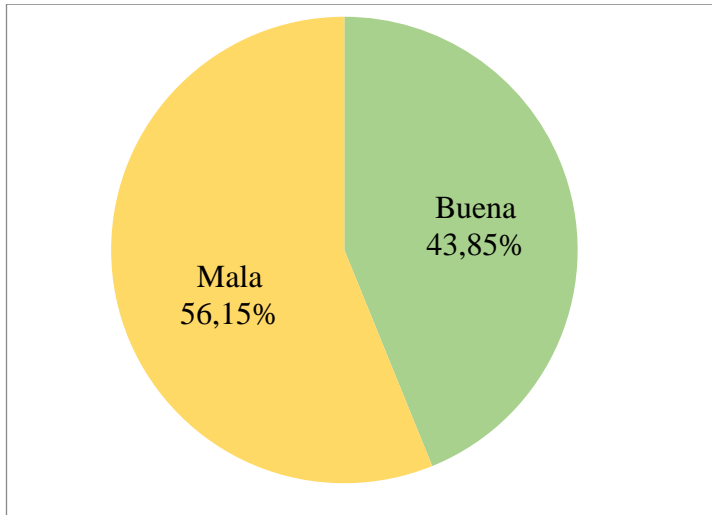
	N° BUENA	%	N° MALA	%	TOTAL
Identificación del personal	186	100%	0	0%	186
Consentimiento informado	186	100%	0	0%	186
Tiempo esperado para atención	142	76,47 %	44	23,53 %	186

Los resultados establecen que el 100% del personal de enfermería se identificó y las pacientes firmaron un consentimiento para la realización de procedimiento de Legrado, pero en el artículo "Análisis de la intervención que realiza la/ el enfermera/o profesional a la paciente post aborto" realizado en Costa Rica en el año 2012 da a conocer que de acuerdo a algunas anotaciones y sugerencias en general realizadas por las pacientes durante su internamiento muestran que no se identificó la/el enfermera/o profesional o jefe 4.1% (11).

Un estudio “Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, con base al indicador de trato digno” realizado en México en el año 2010 da a conocer que durante el proceso de consentimiento informado, el personal está obligado a explicar de manera clara y entendible la información previo al procedimiento a realizar, así como resolver todas las dudas que el paciente exprese, previo a la obtención del consentimiento informado y los resultados indican que al 83% no se les explicó el procedimiento a realizar (12).

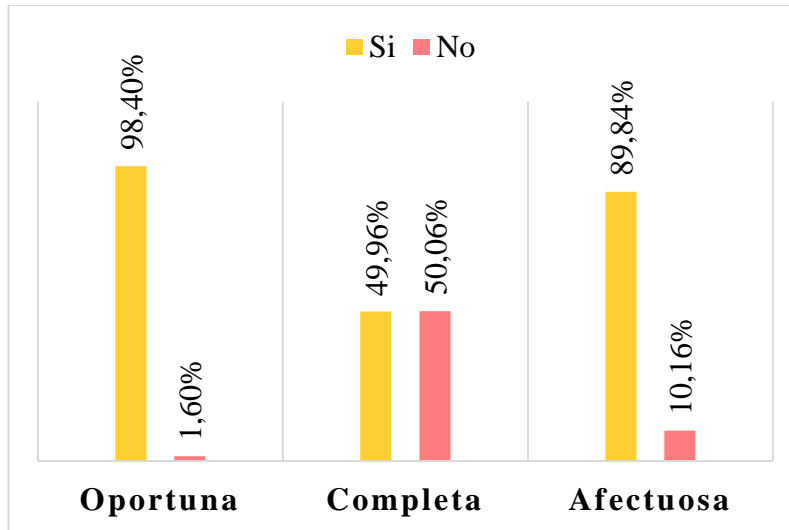
En cuanto al tiempo que esperaron para ser atendidas el 76,47% de las pacientes indicaron que fue adecuado y el 23,53% establecen que es demasiado. A su vez en el artículo “La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos” realizado en Buenos Aires en el año 2010 indica que el tiempo de espera y la duración de la internación son dimensiones que varían según el tipo de procedimiento realizado. En ambas etapas, 6 de cada 10 mujeres reportaron haber esperado menos de 30 minutos hasta que fueron atendidas por un miembro del equipo de salud (10).

Gráfico 1: Información proporcionada por el personal de enfermería sobre aborto



Los resultados de las encuestas establecen que la información impartida sobre aborto fue mala en un 56,15% y buena un 43,85%. Un artículo “Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto” realizado en Costa Rica en el año 2012 da a conocer que la opinión de la paciente sobre la información al recibir el diagnóstico por parte del médico o enfermera profesional fue de manera adecuada 31.4%, deficiente 44.2% y no entendió el 10% y otros 14.2 % (11).

Gráfico 2: Manera de aclarar dudas a la paciente



Los resultados de las encuestas aplicadas indican que el personal de Enfermería les dio la oportunidad de aclarar sus dudas de manera oportuna a un 98,40% % de las encuestadas y No un a 1,60%, de forma Afectuosa un 89,84% y No a un 10,16% y de manera completa al 49,96 % y No al 1,60%. En el estudio “Satisfacción de las usuarias con aborto incompleto en relación a la atención recibida en el servicio de aro I del departamento de Gineco-obstetricia del Heodra” realizado en el año 2009 indica que se encontró que solamente 65.2% de prestadores de servicios de salud les explica a los pacientes sobre su tratamiento. Aunque 86.4% reportaron que el prestador de salud brinda la oportunidad para aclarar las dudas de las pacientes, solamente 36.8% les contestaba sus preguntas sobre el procedimiento a realizarles (52) .

Tabla 2: Cuidados relacionados a las necesidades físicas brindados a la paciente

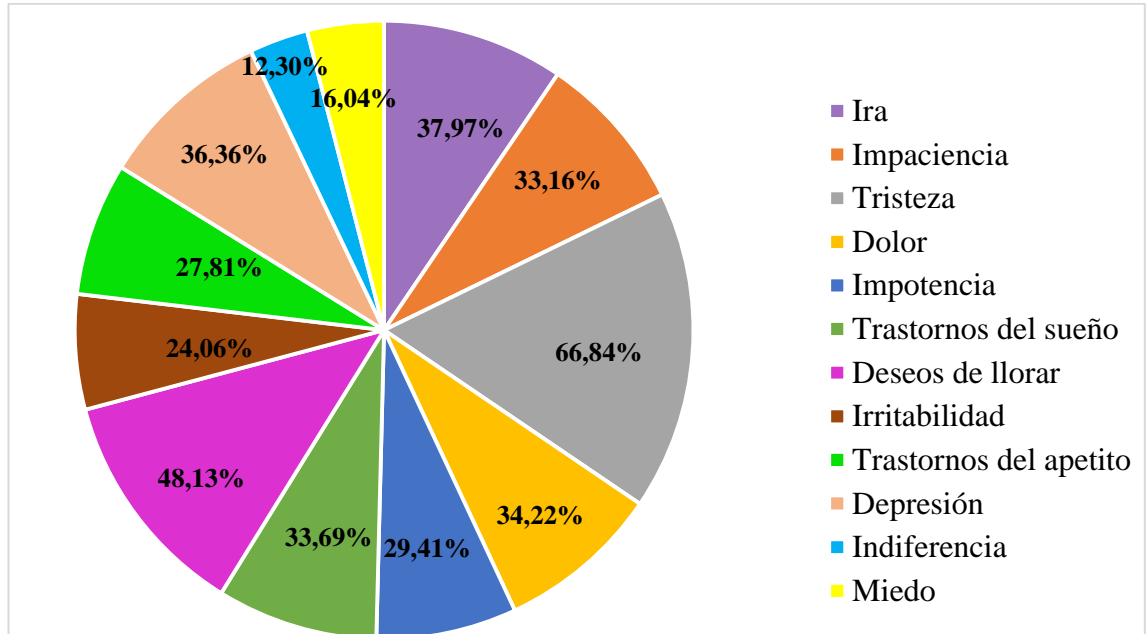
	Si	%	No	%	Total
Control del dolor	186	100%	0	0%	186
Control del sangrado	186	100%	0	0%	186
Administración de medicación	186	100%	0	0%	186
Toma de signos vitales	186	100%	0	0%	186
Medidas de higiene/ Privacidad	130	70,05 %	56	29,95%	186

Los resultados de las encuestas establecen que el 100% de las pacientes recibieron cuidados relacionados con las necesidades físicas que presenta la paciente como control del dolor, control del sangrado, administración de medicación, toma de signos vitales y el 29,95% indica haber recibido medidas de higiene pero con falta de privacidad.

Un estudio titulado “Rol de enfermería frente al duelo en pacientes con aborto en el área de Ginecoobstetricia, en el hospital General docente de Riobamba” realizado en Riobamba en el año 2014 da a conocer que según los puntos de opinión de las pacientes determinaron que los cuidados de enfermería aplicados con mayor frecuencia son: administración de medicamentos, control de signos vitales, administración de líquidos, enfocados a la recuperación física y biológica; y dentro de las actividades independientes aplicadas consta: el aseo personal para el bienestar y confort; pero no se centra en brindar atención ni apoyo emocional a la paciente (53).

En el artículo “Calidad de la atención en salud a la mujer con aborto espontáneo: Revisión de la literatura” realizado en Colombia en el año 2017 indica que la falta de privacidad y sensibilidad durante la atención puede generar complicaciones como problemas psicológicos asociados a la pérdida de un embarazo temprano (54).

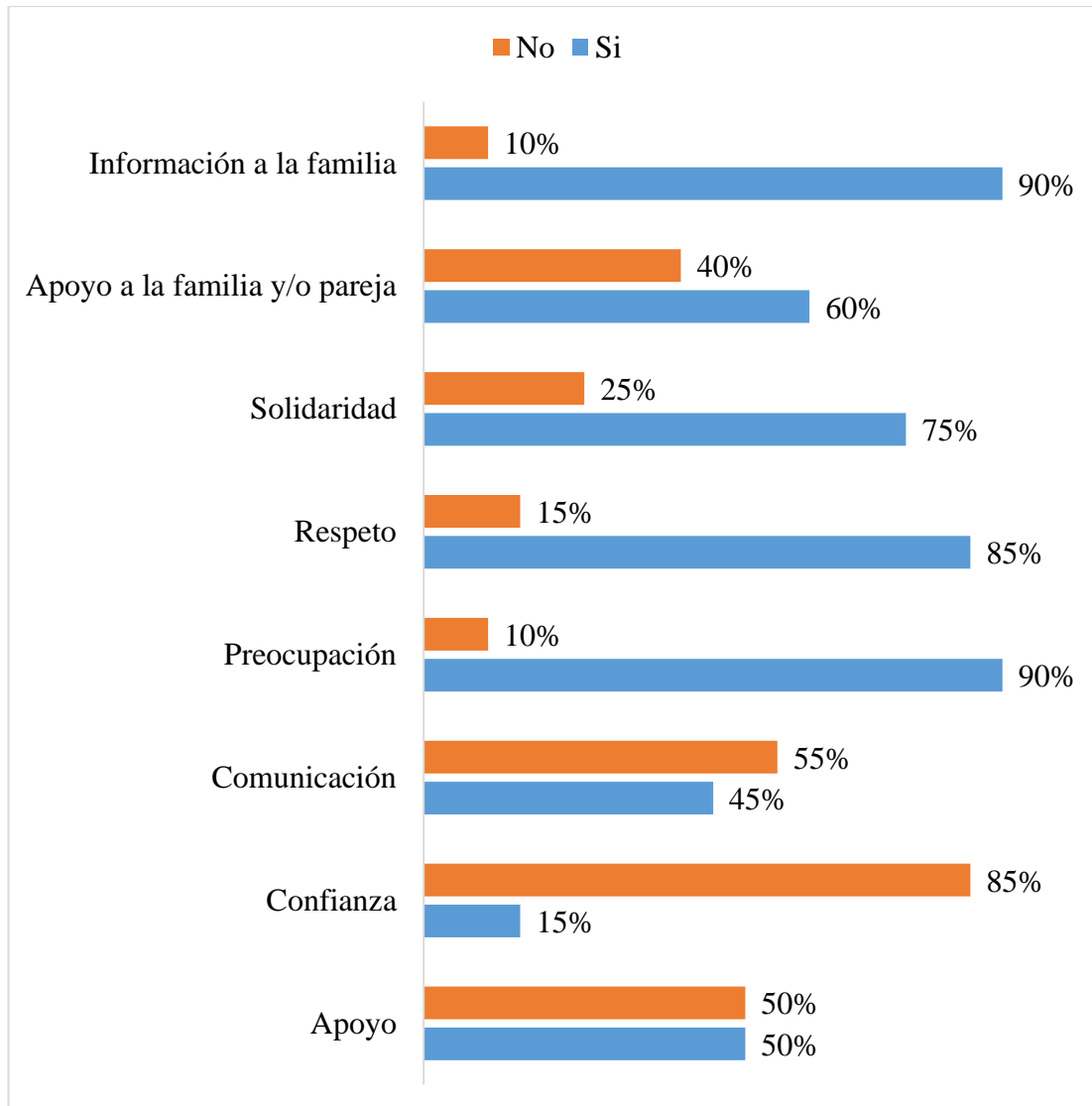
Gráfico 3: Cambios emocionales asociados a la pérdida del embarazo



Las encuestas indican que el 66,84% de las pacientes sintieron tristeza, el 48,13% deseos de llorar, 37,9% ira, 36,36% depresión, el 34,22% dolor, el 33,69% trastornos del sueño, el 33,16% impaciencia, 29,41% impotencia, el 27,81% trastornos del apetito, el 24,06% irritabilidad, 16,04% miedo y el 12,30% indiferencia. Un artículo “Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido/provocado” realizado en España en el año 2016 da a conocer que en cuanto al estado emocional de las mujeres con diagnóstico de aborto, se percibió una alternancia de sentimientos entre el miedo, la culpa, el arrepentimiento, el estigma social y la censura, sea familiar o por parte de los profesionales de salud (8).

En otro estudio titulado “Aborto y salud mental de la mujer” realizado en España en el año 2014 valora la posible asociación entre aborto y depresión en dos grupos de mujeres, uno de menores de 20 años y otro de hasta 27, concluyendo que no existen diferencias en relación con la tendencia a la depresión entre los grupos, pero en cambio, las mujeres que habían abortado entre los 20 años presentaban índices de depresión significativamente mayores que las mujeres que sobrepasaban los 20 años (55).

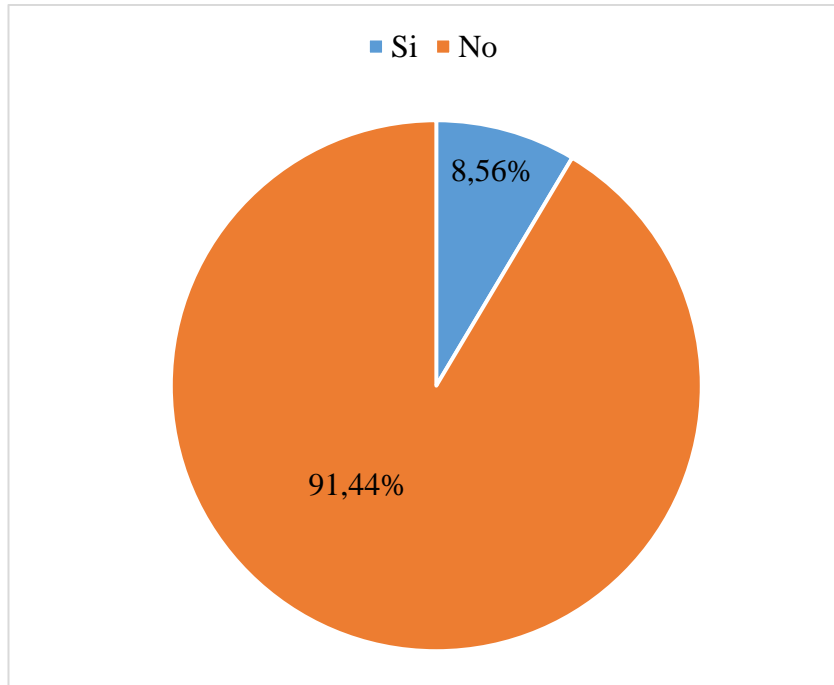
Gráfico 4: Cuidados en relación a las necesidades emocionales brindados a la paciente



El 85% indica que el personal de enfermería no le brindó confianza, el 55% establece la falta de comunicación enfermera/o-paciente, el 50% no brindó apoyo, el 40% no brindó apoyo a la familia y/o pareja, el 25% no se mostró solidario, el 15% no brindó respeto y el 10% demuestra la falta de preocupación e información a la familia por parte del personal de enfermería.

Un artículo “Análisis de la intervención que realiza la/ el enfermera/o profesional a la paciente post aborto” realizado en Costa Rica en el año 2012 establece que en relación al poyo emocional percibido por la paciente de parte de la enfermera profesional antes del procedimiento: fue muy bueno 10%, bueno 22.8%, malo 10%, nulo 57.1%, durante el procedimiento: fue muy bueno 10%, bueno 31.4%, malo 11.4%, nulo 61.4% y después del mismo: fue muy bueno 11%, bueno 20%, malo 13%, nulo 56% (11).

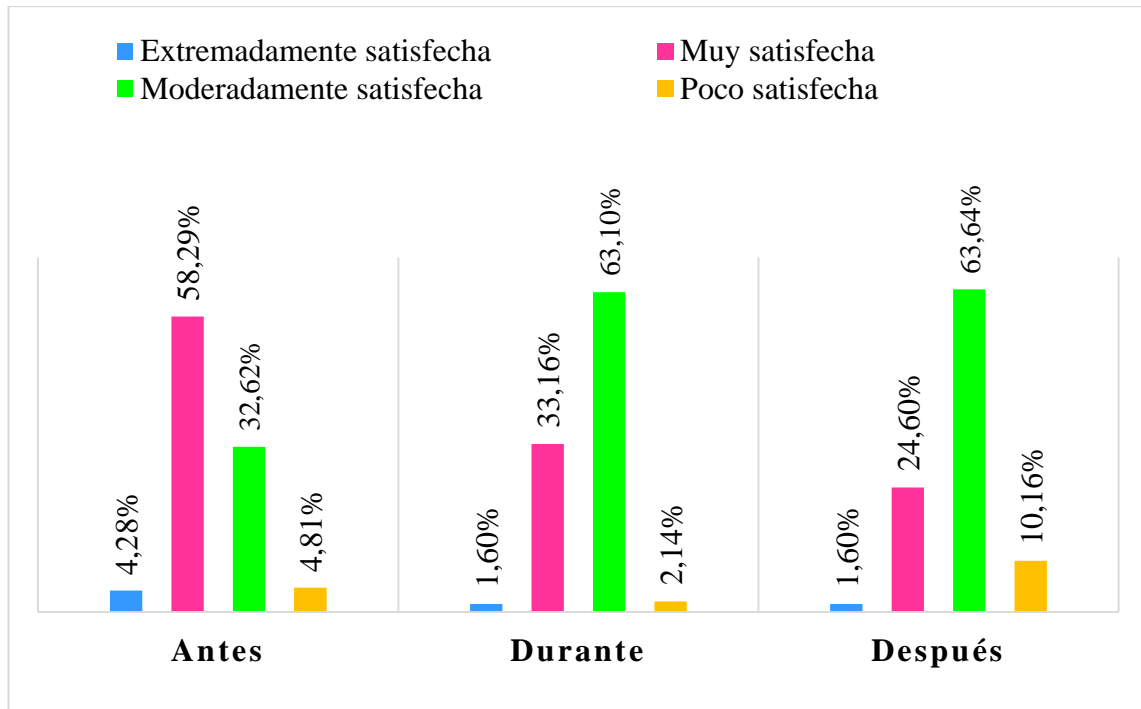
Gráfico 5: Maltrato verbal por parte del personal de enfermería



Los resultados de las encuestas aplicadas dan a conocer que el 91,44% de las pacientes no recibió maltrato verbal por parte del personal de enfermería y el 8,56% indica que Sí. Un estudio titulado “Calidad de atención que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario que acude al servicio de centro obstétrico del hospital provincial general de Latacunga” realizado en Latacunga en el año 2015 el 77% de encuestadas manifiestan no haber tenido ningún tipo de discriminación o maltrato pero el 23% refieren que si sufrieron maltrato o discriminación en el servicio de centro obstétrico.

El tema discriminación y maltrato actualmente ha generado gran controversia dentro del ámbito de salud, ya que es derecho de todos los pacientes ser tratados equitativamente. Sin embargo aún existe una mínima cantidad de usuarias generalmente indígenas y adolescentes menores, que manifiestan no cumplirse a cabalidad los presentes derechos (56).

Gráfico 6: Nivel de satisfacción de la paciente en relación a los cuidados de enfermería



La satisfacción del cuidado de enfermería antes del procedimiento el 58,29% de las pacientes estuvieron muy satisfechas, el 32,62% moderadamente satisfechas, el 4,81% poco satisfechas, el 4,28% extremadamente satisfechas, durante el procedimiento los resultados de las encuestas aplicadas indican que el 63,10% estuvo moderadamente satisfechas, el 33,16% muy satisfechas, el 2,14% poco satisfechas y solamente el 1,60% estuvo extremadamente satisfechas, después del procedimiento el 63,64% de las pacientes encuestadas indica que estuvieron moderadamente satisfechas con los cuidados brindados, el 24,60% muy satisfechas, el 10,16% poco satisfechas y solo el 1,60% extremadamente satisfechas frente a la atención y cuidados.

En la investigación “Calidad de atención que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario que acude al servicio de centro obstétrico del hospital provincial general de Latacunga” realizado en Latacunga en el año 2015 establece que el 79% indican haber recibido una buena atención, el 12 %

consideran una mala atención, el 9% considera excelente. En sí, la atención recibida por el personal de enfermería es buena, cumpliendo normas establecidas y brindando una atención de calidad y calidez, con eficiencia y eficacia pero los lineamientos y estrategias de salud recae en dar una atención integral, con excelente actuación del equipo sanitario (56).

Además en un artículo titulado “Calidad de la atención en salud a la mujer con aborto espontáneo: Revisión de la literatura” realizado en Colombia en el año 2017 manifiesta que las actitudes positivas en los profesionales como el respeto y la amabilidad son algunos de los factores que más contribuyen a la satisfacción durante la atención. Entre las intervenciones que más reportan humanización durante la atención dada a la mujer, se reporta el esclarecimiento de la causa del aborto, la priorización de la atención y el tratamiento, el acompañamiento y la oportunidad que se tenga para enlazar comunicación con el personal de salud sobre los sentimientos que se tienen en algún momento de la estancia hospitalaria (54).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Al evaluar la calidad de atención al ingreso hospitalario un pequeño grupo de pacientes indican que el tiempo esperado para ser atendidas fue demasiado, en su mayoría el personal de enfermería que les atendió se identificó y las pacientes firmaron el consentimiento para el procedimiento de legrado. Pero tomando en cuenta que gran parte de ellas afirma que no les dieron a conocer información sobre su diagnóstico y al momento de aclarar dudas lo hicieron de manera incompleta y aun así las pacientes firmaron el consentimiento.
- Las usuarias aprecian la atención recibida por el personal de enfermería, pero sólo un pequeño porcentaje se encuentra extremadamente satisfecho antes, durante y después del tratamiento. La gran mayoría refieren haber recibido maltrato verbal relacionado con la falta de información, comunicación, solidaridad, acompañamiento y apoyo.
- Se elaboró una guía informativa la misma que se presentará y posiblemente se implementará en Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo con el objetivo de dar a conocer a los profesionales de enfermería aspectos generales sobre aborto, modelos y teorías sobre cuidado enfermero, derechos que deben ser respetados en relación a la atención prestada evitando violencia obstétrica y mejorando la satisfacción de los pacientes.
- Los modelos y teorías de enfermería relacionados con esta investigación son conocidos por el personal de enfermería, pero deben ser integrados en la planificación del cuidado.

5.2. Recomendaciones

- Es importante recomendar a los profesionales de enfermería y aquellos que están en formación capacitarse periódicamente, para educar y proporcionar cuidados de calidad sobre salud reproductiva para disminuir abortos y sus complicaciones físicas y emocionales.
- Evaluar periódicamente la calidad de la atención de Enfermería en todas sus etapas con la finalidad de fortalecer los factores que determinan la calidad de la atención dentro del establecimiento de salud principalmente aquellos que se relacionan con el trato humanizado para prevenir violencia obstétrica.
- Es conveniente establecer políticas institucionales que valoren el trato humanizado y se fomenten procesos de capacitación en la búsqueda de estrategias que mejoren la comunicación del personal con los pacientes.
- Protocolizar el cuidado de enfermería considerando al comunicación y el trato humanizado como elementos a ser evaluados en el desempeño profesional y que mejoran la percepción de calidad en el usuario. La Constitución de la República del Ecuador en la Sección tercera: Comunicación e Información en el artículo 18 indica que todas las personas , en forma individual o colectiva tienen derecho a “Buscar, recibir intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general y con responsabilidad ulterior”.
- Los modelos y teorías sobre el cuidado humanizado deben integrarse a la práctica profesional, creando espacios de discusión y análisis en el personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. González RB. Repositorio Unican- El Aborto, la bioética como principio de la vida. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 25. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf?sequence=1>.
2. Ortiz E. City- Las escalofriantes cifras del aborto en Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 25. Available from: <https://gk.city/2016/08/15/las-escalofriantes-cifras-del-aborto-ecuador-me-convirtieron-pro-choice/>.
3. Tardón L. El Mundo- La tasa de aborto ha caído en los países desarrollados un 11%. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 25. Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2016/05/12/57334d3822601d5e278b4680.html>.
4. Ortiz E. Rebelion. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 25. Available from: <http://www.rebelion.org/noticias/2016/8/215593.pdf>.
5. Gamarra P. Cybertesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 25. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6144/Gamarra_ep.pdf?sequence=1.
6. Vizcarra A. Repositorio UTN. [Online].; 2012 [cited 2018 Junio 25. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4350/1/T-UCE-0006-82.pdf>.
7. Abrego A. Enfermería y el Aborto. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 25. Available from: <http://abortowert.blogspot.com/>.
8. Pitilin DB, Banazeski A, Bedin R, Gasparin , Gasparin V. Scielo. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 23. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/revision4.pdf>.

9. Borré Y, Vega Y. Redalyc. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 25. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441817008.pdf>.
10. Romero M, Zamberlin N, Gianni M. Salud Colectiva. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. 2010 Enero; 6(1).
11. Miranda L, Gamboa A, Limberg V. Binass, Enfermería en Costa Rica. [Online].; 2012 [cited 2018 Junio 23. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art5.pdf>.
12. Maldonado V, Omaña V, Campos M, Zavala E. Dialnet. [Online].; 2010 [cited 2018 Junio 23. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3393239.pdf>.
13. Lora S, Cervera M. Parainfo digital. [Online].; 2013 [cited 2018 Junio 23. Available from: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/239d.pdf>.
14. Flores A. Repositorio utn. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 23. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5369/1/06%20ENF%20749%20TE%20SIS%20DE%20GRADO.pdf>.
15. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013.
16. Águila S, Breto A, Cabezas E, Delgado J, Stalina A. Obstetricia y Perinatología diagnóstico y Tratamiento Pantoja IJQ, editor. La Habana: Ciencias médicas; 2012.
17. Carvajal J, Ralph C. Obstetricia y Ginecología. Sexta ed. Chile; 2015.
18. Panduro G, Orozco J. Obstetricia. Tercera ed.; 2012.
19. Cortés H, Gómez J, Gutierrez J. Aspectos claves obstetricia. Primera ed. Colombia: CIB ; 2013.
20. Águila S, Breto A, Cabezas E, Delgado J, Santisteban S. Obstetricia y Perinatología diagnóstico y tratamiento. Primera ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2012.

21. González J, Lailla M, Fabre E, González E. Obstetricia. Sexta ed. Barcelona-España: Elsevier; 2013.
22. González J, Lailla J, Fabre E, González E. Obstetricia. Sexta ed. España: Elsevier; 2013.
23. Hoffman B, Shorge J, Schaffer j, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Williams Ginecología. Segunda ed. México: Mexicana; 2014.
24. Cuello M, Miranda V, Ralph C. Ginecología general y salud de la mujer. Primera ed.: Universidad Católica de Chile; 2017.
25. Narváez P, Neira A. Universidad de Cuenca. [Online].; 2010 [cited 2019 Abril 24. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3447/1/MED11.pdf>.
26. Rodríguez A, León H. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). [Online].; 2011 [cited 2019 Abril 26. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATENCIÓN%20DEL%20ABORTO.pdf>.
27. Pellicer A, Hidalgo J, Perales A, Díaz C. Obstetricia y Ginecología Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
28. Meneses D, Imbago D. Puce. [Online].; 2018 [cited 2019 Febrero 25. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14990/Tesis%20Conocimiento%20y%20actitudes%20sobre%20las%20leyes%20y%20GPC%20del%20aborto%20en%20Ecuador%20PUCE%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. Bernal R. Universidad de Cantabria. [Online].; 2013 [cited 2019 Abril 24. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf?sequence=1>.

30. Romero E. Introducción a la ética del cuidado en enfermería de atención primaria. SEAPA. 2012;(1).
31. Juárez P, García M. Medigraphic. [Online].; 2009 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>.
32. Miranda A, Contreras S. Enfermagen. [Online].; 2014 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>.
33. Lara G. Cuidado al Recién Nacido Críticamente Enfermo desde la Perspectiva de la Enfermera. Ciencia y Teconología. 2018 Diciembre; 14(4).
34. Guerrero R, Meneses M, Ruiz M. Enfermería Herediana. [Online].; 2016 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>.
35. Milo G. Rol Enfermero. [Online].; 2015 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>.
36. Anónimo. Violencia Obstétrica. [Online].; 2012 [cited 2019 Febrero 25. Available from: <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>.
37. Soto L. Violencia obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología. 2016 Junio; 39.
38. Beltrán A, Escudero M, Fulda I, Gallard A, Gómez V, Luna K, et al. Violencia obstétrica un enfoque de derechos humanos. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio. Available from: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>.
39. Quevedo P. Universidad Nacional de Cuyo- Violencia Obstétrica una manifestación oculta de la desigualdad de género. [Online].; 2012 [cited 2019 Febrero 25. Available from: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/4785/tesisquevedo.pdf.

40. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. [Online].; 2011 [cited 2018 Junio 23. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
41. Ley Orgánica de la salud. Ley Orgánica de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 23. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf.
42. Órgano del gobierno del Ecuador. Asamblea Nacional República del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 10. Available from: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/REGISTRO-OFICIAL-LEY-ORGA%CC%81NICA-INTEGRAL-PARA-PREVENIR-Y-ERRADICAR-LA-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES.pdf>.
43. Toda una vida: Plan Nacional de Desarrollo. Planificación.gob.ec. [Online].; 2017 [cited Junio 23 2018. Available from: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
44. Código Orgánico Integral Penal. Justicia.gob.ec. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 23. Available from: https://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf.
45. Código civil. Wipo.int. [Online].; 2005 [cited 2018 Junio 23. Available from: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec055es.pdf>.
46. Código de la niñez y adolescencia. Dirección general de registro civil identificación y cedula. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 23. Available from: <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>.

47. Consejo internacional de enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. [Online].; 2012 [cited 2018 Julio 13. Available from: http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/CodigoCIE2012.pdf.
48. Anónimo. SIS International Research. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 29. Available from: <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>.
49. Pickers S. Psymo. [Online].; 2015 [cited 2019 Julio 03. Available from: <https://www.psyma.com/company/news/message/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra>.
50. González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. Ciencias Sociales. 2013 Diciembre; 19(4).
51. Ministerio de Salud Pública. Servicios de salud biobío. [Online].; 2013 [cited 2019 Junio 29. Available from: <http://www.ssbiobio.cl/mejoramientodeltrato.html>.
52. Modesta J. Repositorio de la Universidad de Nicaragua. [Online].; 2009 [cited 2019 Junio 10. Available from: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/6805>.
53. Cayambe C, Guamán J. Unach. [Online].; 2019 [cited 2015 Marzo 04. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/314/1/UNACH-EC-ENFER-2014-0014.pdf>.
54. Meneses A, Guarnizo M, Díaz K. Calidad de la atención en salud a la mujer con aborto espontáneo: Revisión de la literatura. Enferm Herediana. 2017 Octubre; 2.
55. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. Scielo. 2014 Febrero; 2.
56. Ortiz T. Repositorio Uta. [Online].; 2015 [cited 2019 Junio 10. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9482/1/Arcos%20Oriz%20Tania%20Patricia.pdf>.

57. Enfermeras T. Teoria de las transiciones. [Online].; 2013 [cited 2019 Febrero 16.
Available from: http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html.

**GUÍA INFORMATIVA SOBRE ABORTO, CUIDADO
ENFERMERO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA DIRIGIDO A LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**



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



**GUÍA INFORMATIVA SOBRE ABORTO, CUIDADO
ENFERMERO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA DIRIGIDO
A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

**AUTORA: AMPARO IPIAL
IBARRA, 2019**

ÍNDICE

DEFINICIÓN DE ABORTO.....	3
CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO	4
ETAPAS CLÍNICAS DE UN ABORTO.....	5
CUIDADO ENFERMERO	5
TEORÍAS Y MODELOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MADRE	6
TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO - JEAN WATSON.....	6
MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES – HILDEGARD PEPLAU	6
VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	7
VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	7
VIOLENCIA INSTITUCIONAL.....	8
MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	8
VIOLENCIA DE GÉNERO	8
ELEMENTOS Y COMPORTAMIENTOS QUE REVELAN VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	9
DERECHOS QUE ESTÁN EN RIESGO EN SITUACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	9



Aborto	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.
Amenaza de aborto	Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.
Aborto en curso (inevitable)	Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.
Aborto incompleto	Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.
Aborto completo	Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.
Aborto diferido	Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.
Aborto séptico	Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.
Aborto terapéutico	Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto.
Aborto recurrente	Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente: es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna.
Aborto inseguro	El aborto provocado en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.

Fuente: Guía de Práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente

Autor: Ministerio de Salud Pública




CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO

Tipo	Datos clínicos
Amenaza de aborto	Amenorrea secundaria Prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa) Presencia de vitalidad fetal Sangrado uterino de magnitud variable Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente
Aborto inevitable	Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico Puede haber o no dilatación cervical
Aborto incompleto	Expulsión parcial del producto en concepción Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea
Aborto en evolución o aborto inminente	Expulsión inminente del tejido ovular Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino persistente de moderada cantidad Dilatación cervical ostensible
Aborto completo	Expulsión completa del producto de la concepción Disminución del sangrado uterino y del dolor Es frecuente el cierre del orificio cervical
Aborto diferido o huevo muerto retenido	Volumen uterino menor que por amenorrea Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal) No hay modificaciones cervicales
Aborto séptico	Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematópurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero Alteraciones del estado general

Fuente: Guía de Práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente

Autor: Ministerio de Salud Pública

ETAPAS CLÍNICAS DE UN ABORTO


ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado	
			Incompleto	Completo
DIAGNÓSTICO				
Matrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Minima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	Cuello abierto Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

Fuente: Guía de Práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente


Autor: Ministerio de Salud Pública

CUIDADO ENFERMERO

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se



El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder es-



El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos, manteniendo la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua in-

TEORÍAS Y MODELOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA MADRE

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO - JEAN WATSON

Enmarca la teoría en un pensamiento de transformación “considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea”. Por ende, su teoría representa un compromiso profesional, factor motivador esencial en el proceso de cuidado; a través de normas éticas, basado en un enfoque y valores humanísticos (4), fortaleciendo el cuidado en las instituciones asistenciales ara restaurar el arte cuidando-



MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES – HILDEGARD

Basa su práctica en el cuidado de la persona, como el establecimiento y mantenimiento de una relación Enfermera/o – Paciente, se centra en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico siendo la enfermera/o quien consigue sus metas mediante lo promoción del desarrollo de las habilidades del paciente como un ser Biopsicosocial para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo en el que la enfermera/o serán capaz de empatizar con los problemas del paciente y junto con la cooperación intenten resolver el problema transformando su ansiedad en



VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica como: el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada con complicaciones o durante el parto, es la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y sus múltiples manifestaciones que resultan amenazados en el contexto de la atención de la salud sexual,



VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA



Embarazo de riesgo, en trabajo de trabajo y puerperio.

Familiares de las mujeres incluidos las/los recién nacidos.

Personal de salud (especialmente obstétrico) que participa en la atención de las mujeres durante el parto.

MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

VIOLENCIA INSTITUCIONAL



De acuerdo con el Capítulo IV de la Violencia Institucional artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia realizada la última reforma en el año 2018 define que actos u omisiones por parte de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno, que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erra-

En el ámbito de la atención de la salud se reproduce de manera naturalizada y automática en las rutinas de trabajo, ésta es una de las razones por las que el personal médico admite dificultad para identificar ciertas conductas como lesivas a los usuarios: desde abuso verbal y burlas, indiferencia, no proporcionar información completa, hasta abandono en el cuidado, deficiente atención médica y otras conductas que escalan



VIOLENCIA DE GÉNERO



La violencia contra las mujeres es una manifestación de estas relaciones de poder desiguales, que ha derivado en discriminación hacia las mujeres y en la obstaculización de su pleno desarrollo siendo uno de los mecanismos sociales por los que se les ha forzado a una situación de subordinación con respecto a los hombres. De esta forma, toda acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, por motivos de género, ejercida en el ámbito de atención de la salud reproductiva, constituye una

ELEMENTOS Y COMPORTAMIENTOS QUE REVELAN VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa

Maltratos y humillaciones

Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internos/as y residentes

Ambiente físico y terapéutico poco adecuado, presupuestos limitados, personal poco capacitado en prevención de violencia obstétrica

DERECHOS QUE ESTÁN EN RIESGO EN SITUACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Convención Americana sobre Derechos Humanos Art. 5 Derecho a la integridad física, psíquica y moral (11).

La Constitución de la República del Ecuador en la Sección tercera: Comunicación e Información en el artículo 18 indica que todas las personas, en forma individual o colectiva tienen derecho a "Buscar, recibir intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos

Constitución de la República del Ecuador en el Título II, Sección séptima, Salud, Art. 32. Derecho a la Salud (10)

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia Capítulo III: Definición y formas de violencia contra las mujeres art.15: Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: literal 13 Violencia obstétrica (12).



REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL MODELO DE CUIDADOS DURANTE EL PARTO DE LA OMS



Fuente: Organización Mundial de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Declaración de la OMS

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

BIBLIOGRFÍA

1. Juárez P, García M. Medigraphic. [Online].; 2009 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>.
2. Miranda A, Contreras S. Enfermagen. [Online].; 2014 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>.
3. Guerrero R, Meneses M, Ruiz M. Enfermería Herediana. [Online].; 2016 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>.
4. Milo G. Rol Enfermero. [Online].; 2015 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://disposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>.
5. Enfermeras T. Teoría de las transiciones. [Online].; 2013 [cited 2019 Febrero 16. Available from: http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html.
6. Anónimo. Violencia Obstétrica. [Online].; 2012 [cited 2019 Febrero 25. Available from: <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>.
7. Soto L. Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2016 Junio; 39.
8. Beltrán A, Escudero M, Fulda I, Gallard A, Gómez V, Luna K, et al. Violencia obstétrica un enfoque de derechos humanos. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio. Available from: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolencaobstetrica2015.pdf>.
9. Lara G. Cuidado al Recién Nacido Críticamente Enfermo desde la Perspectiva de la Enfermera. *Ciencia y Tecnología*. 2018 Diciembre; 14(4).
10. Del Pozo H. Lexis. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 19. Available from: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/REGISTRO-OFICIAL-LEY-ORGA%CC%81NICA-INTEGRAL-PARA-PREVENIR-Y-ERRADICAR-LA-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES.pdf>.
11. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. [Online].; 2011 [cited 2018 Junio 23. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
12. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Defensoría pública del Ecuador- Biblioteca digital. [Online].; s/f [cited 2019 Junio 19. Available from: <http://www.tce.gob.ec/jml/bajar/CONVENCION%20AMERICANA%20SOBRE%20DERECHOS%20HUMANOS.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 19. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>.
14. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva. [Online].; 2014 [cited 2019 Junio 19. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1.
15. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. [Online].; 2013 [cited 2019 Junio 19. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guía_de_aborto_espontaneo.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Oficio de permiso para aplicar encuestas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IBARRA- ECUADOR

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

Otavaló, 29 de Mayo del 2019

Doctor

Juan Echeverría

DIRECTOR DEL HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"

Presente

De mis consideraciones:

Con atento y cordial saludo me dirijo a Ud. con la finalidad de desearle éxitos en sus funciones y a la vez solicitarle muy comedidamente autorice el ingreso al HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO" a la estudiante: **IPIAL DE LA TORRE AMPARO MARISOL** con CI. 1003921861, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación (aplicación de encuestas), sobre el tema de trabajo de tesis de grado titulado "**CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS, OTAVALO, 2018**", que responde a los siguientes objetivos:

Objetivo General

Determinar el nivel de calidad del cuidado de Enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en Centro Obstétrico del Hospital San Luis, Otavaló, 2018.

Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de los cuidados de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto.
- Evaluar el nivel de satisfacción de cuidados de enfermería brindados a las pacientes con diagnóstico de aborto.
- Diseñar una guía de Cuidados de Enfermería dirigido a mujeres con diagnóstico de aborto para mejorar su calidad de vida.

Por la atención que se brinde al presente anticipo mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente.

Msc. Rocio Castillo
DECANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Anexo 2: Respuesta de aceptación para aplicación de encuestas por parte del Hospital San Luis de Otavalo

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

Otavalo, 30 de Mayo 2019

Para:

Srta. Amparo Ipial,

Asunto: APLICACIÓN ENCUESTA TESIS

De mi consideración:

Saludos cordiales, en respuesta al oficio presentado por la Srta. Amparo Ipial, Egresada de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Técnica del Norte, como Unidad Docente e Investigación se **Autoriza** la aplicación de la Encuesta de la Tesis titulada: "Calidad del Cuidado de Enfermería en mujeres con Diagnóstico de Aborto en Centro Obstétrico del Hospital San Luis, Otavalo, 2018" previo a la obtención del Título de Licenciada de Enfermería. Para fines pertinentes.

Att,


Lic. Carmen Cabascángo

Responsable de Unidad de Docencia e Investigación.

Anexo 3: Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN N.º 001-073-CEA/ACER-2013-17

El objetivo de la presente encuesta es evidenciar la "Calidad del cuidado de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital San Luis de Otavalo". Todas las Respuestas serán tratadas con absoluta confidencialidad, son voluntarias y serán utilizadas únicamente en esta investigación obteniendo estadísticas de datos reales por lo que es necesario su total franqueza. Agradezco su colaboración con el estudio a realizar.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y responda con una X la respuesta que usted considere la mejor opción.

- 1) Edad ____ 2) Número de embarazos ____
- 3) Nivel educativo
- a) Primaria ____ b) Secundaria ____ c) Superior ____ d) Técnico ____
- 4) Ocupación actual
- a) Comerciante ____ b) Artesana ____ c) Tejedora ____
- d) Ama de casa ____ e) Servidor público ____ f) Otra ____
- 5) Estado civil
- a) Soltera ____ b) Casada ____ c) Divorciada ____
- d) Unión libre ____
- 6) En la siguiente definición escoja la respuesta que considera correcta para completar el concepto: Aborto es la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, señale hasta cuantas semanas de gestación:
- a) 20 semanas de embarazo ____
- b) 22 semanas de embarazo ____
- c) 12 semanas de embarazo ____
- d) 18 semanas de embarazo ____



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN No. 001-03-CEAANES-2013-13

7) ¿Dónde recibió información sobre aborto?

- a) Familia ___ b) Escuela ___ c) Amigos ___
d) Pareja ___ e) Medios de comunicación ___ f) Internet ___
g) Instituciones de salud ___ h) Otros ___

8) Semanas de gestación del actual aborto:

¿Qué causas influyeron en este aborto?

- a) Bajas condiciones económicas ___ b) Presión arterial alta ___
c) Actividad física exagerada ___ d) Deficiencias nutricionales ___
e) Enfermedades infecciosas ___ f) Anomalías del feto ___
g) Abortos anteriores ___ h) Miedo a la expectativa social ___
i) Abandono de la pareja ___ j) Presión familiar ___
k) Consumo de sustancias nocivas como alcohol, drogas, tabaco ___
l) Desconoce ___

9) Ha tenido abortos anteriores:

- a) Sí ___
b) No ___

En caso de que haya tenido abortos anteriores:

- a) ¿Hace cuánto tiempo? _____
b) ¿Cuántos abortos? _____
c) ¿Dónde recibió atención médica? _____



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

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN No. 001-073-CEA/CES-2013-03

10) Escoja **SI** o **NO** dependiendo de su respuesta a las siguientes preguntas:

	SI	NO
¿En este hospital el personal de salud de sala de partos se identificó con usted antes de atenderle?		
¿Firmó un consentimiento para este procedimiento de Legrado?		
¿El personal de salud le explicó el procedimiento antes de firmar el consentimiento?		
¿El tiempo esperado para la solución de este aborto considera que fue adecuado?		

11) El personal de Enfermería le brindó información sobre su diagnóstico-Aborto, califique la forma en la que recibió esta información:

a) Buena ___ b) Mala ___

12) Considera que el personal de enfermería le brindó la oportunidad de aclarar sus dudas de forma:

	SI	NO
Oportuna		
Completa		
Afectuosa		

13) ¿Qué es lo que sintió tras la pérdida de su embarazo? Elija del listado 4 opciones.

- a) Ira () b) Impaciencia () c) Tristeza ()
d) Dolor () e) Impotencia () f) Trastornos de sueño ()
g) Deseos de llorar () h) Irritabilidad () i) Trastornos del apetito ()
j) Depresión () k) Indiferencia () l) Miedo ()
m) Otros ()



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN No. 001/02-CE/ANEP-2010-D

14) Identifique los cuidados de enfermería que se recibió ANTES, DURANTE Y DESPUÉS del aborto:

	SI	NO
Control del dolor		
Control de sangrado		
Administración de medicación		
Toma de signos vitales		
Medidas de higiene		
Apoyo		
Confianza		
Comunicación		
Preocupación		
Respeto		
Solidaridad		
Privacidad		
Apoyo a la familia y/o pareja		
Información a la familia		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN N° 001-073-CEAACES-2012-13

15) ¿Cómo se siente respecto al cuidado de enfermería en esta institución?

	EXTREMADAMENTE SATISFECHA	MUY SATISFECHA	MODERADAMENTE SATISFECHA	POCO SATISFECHA	NO SATISFECHA
Antes del procedimiento					
Durante el procedimiento					
Después del procedimiento					

16) ¿Durante su estadía hospitalaria recibió algún tipo de maltrato por el personal que le atendió?

a) Si ___ b) No ___

Si su respuesta es afirmativa (SI) escoja las opciones que usted considere adecuadas para el cuidado recibido ANTES, DURANTE y DESPUÉS de su aborto:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Golpes			
Lanzarle objetos			
Empujarle			
Insultos			
Comentarios irónicos			
Criticas constantes			
Amenazas			
Sobrenombres			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



Anexo 4: Aplicación de encuestas al grupo de estudio



ABSTRACT

QUALITY OF NURSING CARE TO WOMEN WITH ABORTION DIAGNOSIS OF THE OBSTETRIC CENTER IN THE SAN LUIS DE OTAVALO HOSPITAL, OTAVALO, 2019"

Author: Ipial de la Torre Amparo Marisol

Email: ampary23@gmail.com

The objective of this research work was "To determine the quality of Nursing care in women with a diagnosis of abortion of the Obstetric Center of the San Luis de Otavalo Hospital, Otavalo, 2019". The study was Quantitative of Descriptive type of cross-sectional approach. The technique for data collection was a structured survey composed of 20 questions applied to 187 women with a diagnosis of abortion. The results show that the nursing staff has as a priority to solve the physical needs of the patient in a technical way, avoiding the care related with the satisfaction of emotional, communication and information needs, the results showed that patients believed the care was insufficient and inadequate, as the before mentioned aspects encompass quality indicators. The emotional conditions derived from an abortion increase the vulnerability of the patient, so an individualized and humanized treatment, which considers the conditions of their health situation become the most important element in assessing the quality of nursing care. It is necessary to consider the recommendations of the World Health Organization on the prevention of obstetric violence to improve the quality of attention avoiding the violation of rights and preventing sanctions, as well as the regulations established in the general health law that protects the patient and forces health personnel to enhance their care considering emotional and educational aspects as an element that define the quality of care.

KEYWORDS: Quality, Care, Satisfaction, Obstetric violence

Vilva Rodríguez
R. C.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS 1.docx (D54279302)
Submitted: 7/2/2019 6:43:00 PM
Submitted By: mcflores@utn.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

TESIS PREVALENCIA DE ABORTO.docx (D41535291)
Guía practica clinica aborto espontaneo.pdf (D46273761)
Incidencia y caracterización del aborto.docx (D26753616)
<https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2018/05/Aportes-de-Amnist%C3%ADa-Internacional-al-debate-sobre-la-despenalizaci%C3%B3n-del-aborto-ONLINE.pdf>
<https://gk.city/2016/08/15/las-escalofrantes-cifras-del-aborto-ecuador-me-convirtieron-pro-choice/>
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/535/1/Jara_g.pdf
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3393239.pdf>
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14990/Tesis%20Conocimiento%20y%20actitudes%20sobre%20las%20leyes%20y%20GPC%20del%20aborto%20en%20Ecuador%20PUCE%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>

Instances where selected sources appear:

18

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de julio de 2019

Lo certifico



(Firma).....

Lic. Rosa del Pilar López Ruales MSc.

C.C: 1001569217

DIRECTORA DE TESIS