



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. PERIODO JUNIO 2014 - JUNIO 2015.

Tesis previa a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Johanna Maricela Herráez Panamá

DIRECTORA

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

1859

ZAMORA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera
**DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA SEDE ZAMORA**

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada **FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. PERIODO JUNIO 2014- JUNIO 2015.**, desarrollada por la señorita **Johanna Maricela Herráez Panamá**, ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Zamora, 06 de mayo de 2016

Atentamente,



Lic. Irsa Mariana Flores Rivera
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Johanna Maricela Herráez Panamá, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Johanna Maricela Herráez Panamá

Firma:

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature appears to read "Johanna Herráez".

Cédula: 1900555135

Fecha: Loja, Mayo del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Johanna Maricela Herráez Panamá, declaro ser autora de la Tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. PERIODO JUNIO 2014 - JUNIO 2015.** como requisito para optar al Grado de: Licenciada en Enfermería autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 10 días del mes de Mayo del dos mil dieciséis firma la autora.

Firma



Autora: Johanna Maricela Herráez Panamá

Cedula: 1900555135

Dirección: Zamora, Avenida del Maestro y 24 de mayo

Correo: joyh_86@hotmail.com

Teléfono 0993108083

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

Tribunal de Grado

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez

Presidenta del Tribunal

Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza

Vocal

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

Vocal

DEDICATORIA

La presente investigación se la dedico a la Virgen del Cisne por darme fuerzas y sabiduría, para poder culminar con éxito mi profesión.

A mi madre Amelia Panamá quien ha sido pilar fundamental en la trayectoria de mis estudios brindándome su amor y su apoyo incondicional para hacer realidad mi sueño.

A mis queridos hijos Pablo Díaz y Mateo Díaz quienes son mi inspiración y mi motivo de alegría para culminar con éxito mi meta.

A mis hermanos Walter Guartatanga, Mario Guartatanga, Gilberto Panamá, Angélica Guartatanga, Bolivar Gartantanga, Elvia Guartatanga, Wilfrido Guartatanga y Mirian Herráez quienes me demostraron su apoyo moral y económico con el propósito de ser una futura profesional de Enfermería

A todas mis amigas Andrea, Arelis, Vilma, Johanna, Martha, Jenny y Alexandra quienes supieron darme su gran apoyo moral y su amistad con las mismas que compartí muchos momentos a lo largo de la carrera así mismo supieron aportar su granito de arena.

Johanna Maricela Herráez Panamá

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios y a la Virgen del Cisne por regalarme día a día el milagro de la vida y la oportunidad de culminar con éxito la presente investigación.

A mi directora de tesis Lic. Irsa Mariana Flores Rivera por su esfuerzo, paciencia, apoyo; y dedicación por sus conocimientos y consejos durante la realización y ejecución de mi tesis.

De la misma manera agradezco a mis docentes Licenciada Elva Jiménez, Licenciada Elizabeth Cevallos, Licenciada Olga Sarango, Licenciada Diana Villamagua, Licenciada Marianela Merino, Licenciada Gloria Romero por que me proporcionaron de conocimientos durante toda mi formación como estudiante a la vez incentivaron mi vocación hacia mi carrera.

Agradezco al Consejo de Educación Superior (CES), por haber creado el Plan de Contingencia el mismo garantizo la culminación de mi carrera.

De manera exclusiva mi agradecimiento a la Coordinadora de la Carrera de Enfermería Elizabeth Cevallos quien estuvo batalla a batalla apoyándonos.

Johanna Maricela Herráez Panamá

1. TÍTULO

**FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. PERIODO JUNIO 2014 -
JUNIO 2015.**

2. RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito identificar los factores de riesgo en amenaza de aborto de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Julius Doepfner de Zamora. El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo, bibliográfico, de campo, retrospectivo y transversal se aplicó como técnica la observación con su respectivo instrumento la guía de observación la cual fue aplicada a 144 gestantes. Se obtuvo los siguientes resultados: Qué la edad materna con mayor rango fue de 19 a 35 años de edad con el 66,67%, de etnia mestiza con el 78,47%, de residencia urbana el 54,86%, de escolaridad secundaria con el 63,89%, y estado civil soltera con el 38,19%. Dentro de los factores de riesgo de amenaza de aborto se encontró, factores de riesgo Crónico como: Hipertensión Arterial y Preeclampsia en el 1,39% cada una y la Enfermedad Tiroidea en el 0,69%, en los factores de riesgo agudos se destacan las infecciones del tracto urinario con el 23.61%, caídas el 2.78%, abortos con el 20.83% y la multiparidad con el 62.5%. La autora realizó actividades educativas en base a conferencia, talleres entrega de trípticos en las capacitaciones y visitas domiciliarias, se donó carteles informativos al área de consulta externa y planes de cuidado estandarizados de la amenaza de aborto al área de gineco-obstetricia hospitalización. Se concluyó que los factores de riesgo principales de la Amenaza de Aborto son la hipertensión arterial con el 1.39% dentro del riesgo crónico y en el riesgo agudo son la multiparidad el 62.50% y la infecciones de vías urinarias en el 23.61%.

Palabras claves: *Factores de Riesgo, Amenaza de Aborto, Gestantes, Servicio de Ginecología.*

2.1 SUMMARY

The present research was aimed to identify factors in Risk Threatened abortion of pregnant women treated at the Gynecology Service of the General Hospital Julius Doepfner of Zamora. The research design was descriptive, bibliographic, field, retrospective and cross-type technique was applied as observation with the respective Instrument Monitoring Guide which was applied to 144 pregnant women. The following results were obtained: maternal age with greater range was 19-35 years old with 66.67% ethnic mixed race with 78.47%, from 54.86% urban residence, secondary schooling with the 63.89%, and is single with 38.19%. Within the Risk Factors Threat Found abortion itself, Risk Factors Chronic Hypertension and Preeclampsia in 1.39% each and thyroid disease at 0.69% in the acute risk factors are highlighted urinary tract infections with 23.61%, falls 2.78%, with 20.83 abortions % and multiparity with 62.5%. The author conducted educational activities based on conference workshops delivering leaflets in training and home visits, informational posters were donated to the area of outpatient and standardized care plans threatened abortion the area of gynecology obstetricia hospitalization. It was concluded that the major risk factors Abortion Threat are hypertension with 1.39% in the chronic risk and the acute risk are multiparity the 62.50% and urinary tract infections in 23.61%.

Keywords: Risk Factors, Threat of Abortion, pregnant, Gynaecology.

3. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20-22 semanas. (Ruiz, s/f)

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. (Gonzalez, 2011)

En la actualidad, según la Organización mundial de la Salud en la mayoría de los países de América Latina, incluso en aquellos donde el aborto se permite en algunas circunstancias, las mujeres practican el aborto inseguro, poniendo en riesgo su vida porque los servicios de aborto seguro no son accesibles, especialmente para las mujeres con menos recursos.

Cuando el embarazo es interrumpido espontáneamente, es decir, sin que medie una maniobra abortiva. Aproximadamente entre 10% y 15% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre. (OMS, 2003)

En el Ecuador según el Ministerio de Salud Pública De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables 15 y un 22% más termina en un aborto inducido. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80%

ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. (Medicasos, 2013)

En la actualidad en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Julius Doepfner existe un índice elevado de mujeres embarazadas que fueron ingresadas con el diagnóstico de amenaza de aborto, con la sintomatología de sangrado, dolor a nivel del hipogastrio, siendo estos los principales síntomas presentes en una amenaza de aborto, la amenaza de aborto en la mujeres ingresadas en el área de ginecología del Hospital Provincial General Julius Doepfner trae consigo múltiples problemas psico-emocionales en la embarazada, la pareja y la familia, las cuales se incrementan por la falta de conocimiento sobre factores causales, signos y síntomas y señales de alarma etc., que al no ser considerado y manejado oportunamente pueden conducir a problemas amenazando la salud del dúo madre y niño, estos factores pueden ser económicos, sociales, culturales así como también antecedentes genéticos y exógenos, edad materna mayor de 35 años en adelante, número de paridad, datos clínicos como: pólipos uterinos, quistes infecciones de vías urinarias, problemas con la formación del feto influyendo de esta forma para que las mismas sean predisponentes a sufrir una amenaza de aborto.

La investigación es importante porque se obtuvieron datos estadísticos sobre la amenaza de aborto, se conocieron las características y se logró identificar los factores de riesgo que influyen para la amenaza de aborto ya que hasta la presente no se conocían datos precisos debido a la falta de estudios en el servicio de ginecología del Hospital Provincial General Julius Doepfner de Zamora Chinchipe, esta información sirvió de base para plantear y desarrollar acciones de enfermería.

El propósito de esta investigación es contribuir con un plan de acción de enfermería encaminado a la disminución de los factores de la amenaza de aborto y a mejorar los conocimientos de las madres sobre los mismos a través de actividades de enfermería enfocadas en la educación y la prevención dando como resultado, que las mujeres gestantes conozcan cómo actuar ante una amenaza de aborto y reconozcan sus síntomas y de esta manera prevenir el incremento de muerte materna y fetal, actividades que se cumplieron a través de capacitaciones, visitas domiciliarias y entrega material informativo.

La investigación, fue de tipo descriptivo, bibliográfico, de campo, retrospectivo y transversal se aplicó como técnica de recolección de información, la observación con su respectivo cuestionario la guía de observación la cual fue aplicada a 144 gestantes. Se obtuvo como resultado:

La edad materna con mayor rango fue de 19 a 35 años de edad con el 66,67%, de etnia mestiza con el 78,47%, de residencia urbana el 54,86%, de escolaridad secundaria con el 63,89%, y estado civil soltera con el 38,19%. Dentro de los factores de riesgo de amenaza de aborto se encontró, factores de riesgo Crónico como: Hipertensión Arterial y Preeclampsia en el 1,39% cada una y la Enfermedad Tiroidea en el 0,69%, en los factores de riesgo agudos se

destacan las infecciones del tracto urinario con el 23.61%, caídas el 2.78%, abortos con el 20.83% y la multiparidad con el 62.5%. La autora realizó actividades educativas en base a conferencia, talleres entrega de trípticos en las capacitaciones y visitas domiciliarias, se donó carteles informativos al área de consulta externa y planes de cuidado estandarizados de la amenaza de aborto al área de gineco-obstetricia hospitalización. Se concluyó que los factores de riesgo principales de la Amenaza de Aborto son la hipertensión arterial con el 1.39% dentro del riesgo crónico y en el riesgo agudo son la multiparidad el 62.50% y la infecciones de vías urinarias en el 23.61%.

A continuación, se detalla los objetivos que guiaron a la realización de la presente investigación.

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo en amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Julius Doepfner de Zamora. Periodo junio 2014 - junio 2015.

Objetivos Específicos

Determinar las características socioeconómicas y demográficas de las madres gestantes con amenaza de aborto.

Identificar cuáles son los factores de riesgo que conllevan a una amenaza de aborto.

Aplicar un plan de intervención de enfermería para contribuir el caso a investigarse de amenaza de aborto en el embarazo en las madres gestantes atendidas en el Hospital Provincial General Julius Doepfner.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Factores de riesgo

4.1.1 Definición.

Define como factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (OMS, s/f)

4.2 Amenaza de Aborto

4.2.1 Definición de Aborto.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. (Aborto, 2012)

4.2.2 Definición de Amenaza de Aborto:

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Además, el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida. Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continúa. (Gonzalez, 2011)

4.2.2.1. Epidemiología de la amenaza de aborto

Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables 15 y un 22% más termina en un aborto inducido. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. (MSP, 2013)

4.2.3. Etiología

Las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. (González, Ameaza de Aborto, 2011)

En términos generales, la etiología puede clasificarse en términos de factores maternos (ambientales) y fetales (genéticos), estando la mayoría de los abortos relacionadas con causas genéticas o cromosómicas.

Causas: anomalías uterinas (utero unicorne, riesgo =50%, utero bicorne o tabicado, riesgo = 25-30%), cérvix incompetente (iatrogénico o congénito, asociado a un 20% de abortos en el segundo trimestre), exposición in útero al dietilestilbestrol (útero en T), leiomiomas submucosos, adherencias o sinequias intrauterinas, deficiencia de la base luteínica o de progesterona, enfermedad

autoinmune como anticuerpos anticardiolipina, diabetes mellitus no controlada, asociación HLA entre la madre y el padre, infecciones como tuberculosis, clamidia, *ureaplasma*, *tabaquismo* y *consumo de alcohol*, *irradiación* y *tóxicos ambientales*. (Ferri, 2006-2007)

4.2.4. Factores de Riesgo

Cuadro 1.

Factores de riesgo

CRÓNICOS	AGÚDOS	FÍSICOS	EXÓGENOS
DM-1 descompensada	Infecciones	Congénitas	Alcohol
HTA	Traumatismos	Adquiridas	Tabaco
Enfermedad renal	Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos	Incompetencia Ístmico- cervical	Cocaína
Síndrome antifosfolípidos		Mujeres mayores de 35 años	Radiaciones
Lupus			
Enfermedad Tiroidea			

Fuente: González , Amenaza de Aborto, 2011

4.2.4.1. Factores de riesgo Crónico

A las enfermedades crónicas se las entiende como aquellas entidades que presentan un curso prolongado y una lenta progresión, con posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio y posibilidad de prevención y/o control. (Beratarrechea, 2010)

4.2.4.1.1 Diabetes Mellitus 1 Descompensada.

Se caracteriza por la destrucción de los islotes pancreáticos de células beta e insulinopenia total; por lo que los individuos presentan la tendencia hacia la cetosis en condiciones basales. (Hayes, 2008)

- Definición de Diabetes Gestacional.

En la página del Ministerio de Salud Pública (2014) la Organización Mundial de la Salud, describe que la diabetes gestacional es “como la intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. La presencia de una Diabetes Gestacional se considera un embarazo de alto riesgo”. (MSP, 2014)

4.2.4.1.2 Hipertensión Arterial.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud definió hace más de cincuenta años la hipertensión arterial como la elevación persistente de la presión sanguínea sistólica o de la presión diastólica, o de ambas simultáneamente por encima de los límites considerados como normales. (MSP, 2013)

- Hipertensión en el embarazo

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre

elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal.

Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto. El nivel promedio de la tensión arterial normal durante el embarazo es de 116 +/- 12 y de 70 +/-7 (Sistólica y diastólica respectivamente). (UNICEF, 2010)

- Preeclampsia.

Diagnóstico a partir de las 20 semanas de gestación. TA \geq 140/90 mm Hg con presencia de proteinuria. Por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Síndrome Antifosfolipídico Severo o embarazo múltiple.

- Preeclampsia Leve.

Tensión arterial \geq 140/90 mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria \geq a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad.

- Preeclampsia Grave.

Tensión arterial \geq 160/110 mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco): Proteinuria $>$ 5g/24 h.

Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/ vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen. Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia $<$ 100.000/mm³), Hemólisis, Cuagulopatía intravascular Diseminada).

Alteraciones de función renal (creatinina sérica $>$ 0,9 mg/dL, oliguria de $<$ 50ml/hora).

Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).

Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia). Restricción del crecimiento intrauterino. Oligoamnios. Desprendimiento de placenta. Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas).

- Hipertensión Crónica.

Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica durante el embarazo y no se resuelve a las 12 semanas posparto. Puede ser primaria o esencial, o secundaria a patología renal, renovascular, endócrina (tiroidea, suprarrenal) y/o coartación de aorta.

- Eclampsia.

Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en la segunda mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otras patologías.

- Síndrome HELLP.

Grave complicación caracterizada por la presencia de hemólisis, disfunción hepática y trombocitopenia en una progresión evolutiva de los cuadros severos de hipertensión en el embarazo. (MSP, 2013)

4.2.4.1.3. Enfermedad Renal.

La insuficiencia renal es un síndrome clínico caracterizado por una disminución de la función renal con acumulo de metabolitos y electrolitos en el organismo. La IR puede ser subdividida en insuficiencia renal aguda (IRA) e insuficiencia renal crónica (IRC) de acuerdo con el tiempo de desarrollo de la

enfermedad. La IRA es definida como la pérdida abrupta de la filtración glomerular de los riñones con la consecuente alteración en el equilibrio hidroelectrolítico y del ácido básico en el organismo. Ese desequilibrio, a su vez, lleva al acumulo de sustancias en la sangre como la urea y la creatinina. (Cerqueira, Tavares, & Machado Regimar, 2014)

El embarazo se asocia con una alcalosis respiratoria compensada.3.6 La osmolaridad sérica disminuye 10 mOsm/kg. La excreción de glucosa se incrementa, por lo que es frecuente la existencia de una glucosuria con valores normales de glucemia, favoreciendo las infecciones urinarias. En el segundo trimestre se encuentra entre 2.5 y 4 mg/dL y durante el tercer trimestre llega a alcanzar los valores de la no embarazada (4-6 mg/dL); si durante el tercer trimestre aumenta, se puede sospechar preeclampsia e incluso está relacionado con compromiso fetal. (Duran Cynthia & Reyes , 2006)

Durante el embarazo, la enfermedad renal crónica se clasifica de acuerdo con diversas publicaciones utilizando la clasificación de Davison-Lindheimer,⁶ en la cual, según los niveles de creatinina sérica, se agrupa a las pacientes en tres categorías: enfermedad renal crónica leve cuando es menor de 1.5 mg/dL, enfermedad renal crónica moderada, entre 1.5 y 2.5 mg/dL, y enfermedad renal crónica severa cuando la concentración es mayor a 2.5 mg/dL. (Manterola, Hernández, & Estrada , 2012)

4.2.4.1.4. Síndrome Fosfolípidos y otras Trombofilias.

El síndrome antifosfolípidos (SAF) se define como la presencia de trombosis, pérdidas fetales a repetición y trombocitopenia, asociadas a la detección serológica de anticuerpos antifosfolípidos circulantes, como lo son el anticoagulante lúpico, las anticardiolipinas y la β 2glicoproteína. Los anticuerpos

antifosfolípidos pueden unirse directamente a las células del trofoblasto, causando injuria celular y respuesta inflamatoria local, lo que aporta evidencias en la etiopatogenia de los abortos y/o muertes fetales observadas en SAF42. (Narváez, Hidalgo, & Díaz, 2013)

4.2.4.1.5. *Lupus.*

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica, de patogenia autoinmune. Sus manifestaciones varían desde afecciones leves a graves o fatales.

- *Influencia del LES sobre el embarazo.*

Pérdida fetal. La frecuencia de abortos es mayor en el lupus que en la población general y se relaciona con la actividad lúpica, SAF, compromiso renal y antecedentes de abortos previos.

Parto prematuro. Se relaciona con la actividad lúpica, la actividad serológica y también con la HTA, preeclampsia, distress fetal y la rotura prematura de membranas.¹⁸⁰

Lupus neonatal. Se relaciona con la presencia en la madre de anticuerpos antiRo y anti-La. Se caracteriza principalmente por bloqueo aurículo-ventricular completo (BCC) o parcial, rash discoide, fotosensibilidad, citopenias, hepatoesplenomegalia, miocarditis, pericarditis. (MSP, 2013)

4.2.4.1.6. *Enfermedad Tiroidea.*

La tiroides es una glándula endocrina que se encuentra en la base del cuello, en la parte superior de la tráquea. Participa en sincronía con la glándula pituitaria y el hipotálamo en la regulación del ritmo metabólico, la temperatura corporal, el consumo de energía y en niños en la regulación del nivel de crecimiento. La

tiroides capta el yodo del plasma sanguíneo y lo transforma para cubrir los requerimientos del organismo. Segrega dos hormonas: la tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3). Un exceso de hormonas tiroideas provoca hipertiroidismo, mientras que un defecto provoca hipotiroidismo. La glándula tiroides, a su vez, está regulada por otra glándula llamada hipófisis. La hipófisis estimula a la tiroides mediante una hormona llamada TSH (“hormona estimulante de la tiroides”). (enciclopediaasalud, 2007)

El alza en los niveles plasmáticos de estrógeno que ocurre normalmente durante el embarazo provoca un aumento de la TBG (proteína transportadora de hormonas tiroideas) lo que en un primer momento causa una disminución de las hormonas tiroideas seguido de un estímulo positivo sobre la glándula que la hace aumentar la producción de Tiroxina y finalmente se traduce en un incremento de los valores de T4 y T3 totales, siendo T4 total 1,5 veces mayor al de una mujer no embarazada. Como sabemos, la gran mayoría de las hormonas tiroideas circulan unidas a esta proteína, y sólo alrededor de un 1% lo hace en forma libre (T4 libre y T3 libre). Las hormonas libres son las que se unen a receptores, entran en la célula y provocan cambios, ellas no se ven afectadas por este incremento de la TBG, manteniendo los valores normales similares a la mujer no embarazada. Lo que cambia es la fracción unida a proteína, que se mantiene como reserva. Esta adaptación no sucede en poblaciones con baja ingesta de yodo y en tiroides con alguna patología previa, como tiroiditis de Hashimoto, pues en estos casos la glándula no es capaz de responder a la mayor demanda de producción hormonal y lleva a una deficiencia en la secreción. También ocurre un aumento del metabolismo periférico de las hormonas y del yodo lo que habitualmente no crea problemas en una población como la nuestra en la que no hay deficiencia. Este

fenómeno también determina un aumento en la síntesis de hormonas. La secreción de Beta hCG que ocurre desde muy temprano en el embarazo interfiere en la función tiroidea, ya que es una glicoproteína muy similar a TSH y es capaz de unirse a los receptores de ésta y provocar un estímulo a la glándula que normalmente se traduce en un nivel menor de TSH y en raras ocasiones puede provocar también alza de T4. Por este motivo se han adaptado sus valores de TSH a niveles mínimos más bajos que el clásico 0.4 mU/L. (Hidalgo, 2013)

4.2.4.2. Factores de riesgo Agudo

Se llaman enfermedades agudas aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos. Generalmente son de corta duración, aunque no hay un consenso en cuanto a que plazos definen a una enfermedad como aguda. El término agudo no dice nada acerca de la gravedad de la enfermedad ya que hay enfermedades agudas banales (por ejemplo, resfriado común, gripe, cefalea). (Wikipedia, 2015)

4.2.2.1.1 . Infecciones.

Fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos o la invasión de tejidos estériles del huésped por dichos microorganismos. (SAMIUC, s/f)

Las mujeres en estado de gestación pueden contraer las mismas infecciones que cualquier adulto. Aunque sufrir estas patologías durante el embarazo no suele provocar problemas en el feto, la madre debe seguir un conjunto de recomendaciones para prevenir su aparición y evitar posibles complicaciones. Conozca las causas de las principales infecciones y cómo tratarlas en caso de que aparezcan en el embarazo. Las infecciones más frecuentes son

las respiratorias, la gastroenteritis, las infecciones del tracto urinario y la vulvovaginitis. (Infección e inflamación de la vulva y de la vagina).

Entre las enfermedades infecciosas que mayor afectación pueden provocar a nivel fetal se encuentran la toxoplasmosis, la rubeola, el citomegalovirus (CMV), la varicela, la sífilis, el virus herpes y la listeria. (Puleva Salud, s/f)

4.2.4.2.2. Traumatismos.

La embarazada puede sufrir las mismas lesiones que la mujer no gestante, además de los traumatismos propios del periodo gravídico. Sin embargo, los cambios fisiológicos y anatómicos que tienen lugar a lo largo del embarazo son capaces de modificar la respuesta orgánica al traumatismo durante la gestación, haciendo que existan diferencias, aun tratándose de las mismas lesiones, con los accidentes fuera del periodo gravídico. Incluso estas diferencias se van modificando a lo largo de todo el embarazo, ya que estos cambios son paulatinos y progresivos durante la gestación, tanto para la madre como para el feto. En la asistencia a una mujer embarazada se debe tener presente en todo momento que estamos tratando dos vidas, la madre y su hijo, y que el feto puede sufrir tanto lesiones directas como derivadas de las alteraciones maternas. Los efectos del traumatismo durante la gestación van a estar determinados por los siguientes condicionamientos: edad gestacional, tipo y severidad del traumatismo, alteraciones en la fisiología feto-placentaria. (EcuRed, s/f)

4.2.4.3. Factores de riesgo Físico

Son todos aquellos factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos tales como:

Ruido, Temperaturas Extremas, Ventilación, Iluminación, Presión, Radiación, Vibración. Que actúan sobre el trabajador y que pueden producir efectos nocivos, de acuerdo con la intensidad y tiempo de exposición. (Salud ocupacional y seguridad industrial, 2016)

4.2.4.4. Factores de riesgo Exógeno

Es generada fuera del individuo y éste la incorpora. Este modelo tiene su origen en las posturas mágico-religiosas, donde fuerzas o influencias externas inciden sobre el hombre y lo enferman. (Proyecto Salutia, s/f)

4.2.5. Cuadro Clínico

- 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.

(González, 2011)

4.2.6. Medios de Diagnóstico

Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado. Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando hay hemorragias. En ámbitos donde está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. Se realizará así mismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino.

Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino. Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa. Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre. GCH en suero para confirmar el embarazo. Conteo de glóbulos blancos con fórmula leucocitaria para descartar la infección. (González, Amenaza de Aborto, 2011)

4.2.7. Tratamiento

El manejo es fundamentalmente ambulatorio con las siguientes medidas:

- a) Reposo físico y de actividad sexual.
- b) Sedación con fármacos como el fenobarbital 50-100 mg VO, c/12-24h., si se considera necesario.
- c) Administración de antiespasmódicos: N-bromuro de hioscina-Buscapina-2grag. 3-5v/día.
- d) Seguimiento clínico y ecográfico para definir el pronóstico.
- e) En la mujer trabajadora debe expedirse incapacidad laboral y evolución de la amenaza de aborto. (Ramírez, 2006)

Protocolo de Manejo de Amenaza de Aborto

Toda amenaza de aborto no amerita hospitalización

-Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.

-Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método (si aplica) y examen vaginal especular.

-Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.

Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.

Glicemia

Cuantificación de gonadotropina coryonica y/o

Ultrasonido (para establecer la vitalidad del embrión o feto)

-Cuando la hemorragia es moderada puede internarse para descartarse que se trate de un aborto inevitable o evolución.

-Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.

-Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.

-Brinde apoyo emocional continuo.

-No administre De Rutina tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico (indometacina), pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.

-En caso de que la hemorragia sea moderada la contractilidad uterina frecuente, la edad del embarazo próxima a las 20 semanas y se tiene evidencia de feto vivo, puede utilizarse fármacos tocolítico.

En la paciente con un cuadro de amenaza de aborto, es importante el diagnóstico diferencial con embarazo ectópico.

-Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo.

- Indicaciones de alta:

Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares).

No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo

No duchas vaginales

Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica)

Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual.

Si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evaluación de incompetencia cervical o abortadora habitual. (Miranda , 2013)

4.2.8. Complicaciones

- ✓ Anemia
- ✓ Infección
- ✓ Aborto espontaneo
- ✓ Pérdida de sangre moderada o severa. (González, Amenaza de Aborto, 2011)

4.2.9. Enfermería – Prevención

Mantener visitas periódicas al ginecólogo.

Tomar el ácido fólico durante un mes antes del embarazo y luego durante los tres primeros meses de gestación, el mismo que ayuda a la formación del tubo neural del bebe y evita las malformaciones.

Evitar realizar labores que demanden esfuerzos físicos exigentes por el que al momento del esfuerzo físico puede haber un desprendimiento del embrión del útero.

Optar por una alimentación adecuada y equilibrada con la ingesta de frutas, verduras, cereales, alimentos con proteína y productos lácteos.

Evitar las comidas que tengan alto contenido calórico ya que esto hará que aumente de peso tanto la madre como él bebe, complicando así su salud.

Hidratar su piel todos los días prioritariamente luego de cada ducha, ya que la piel es el órgano más grande de nuestro cuerpo, el mismo que está encargado de la protección de los demás órganos y este mismo se preparara para la protección del bebe durante el periodo gestacional.

Realizarse exámenes de orina periódicamente y estar alerta ante cualquier cambio que presente en cuanto al aspecto de la orina.

Mantener observación de la presencia de secreciones.

El aseo correcto de adelante hacia atrás después de cada defecación para evitar que se arrastre la materia fecal hacia la vagina y se de infecciones.

Uso de ropa interior de algodón y evitar llevar pantalones ajustados para evitar infecciones recurrentes del tracto urinario.

Realizar las visitas periódicas al odontólogo por la razón que al momento de formarse él bebe toma gran parte de calcio de nuestro organismo dejándonos propensas a una caries dental.

Realizar planificación familiar antes de un embarazo.

Evitar el consumo de sustancias nocivas y perjudiciales para la salud del dúo madre hijo.

4.3. Gestante

4.3.1. Definición.

Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. El embarazo tiene una duración de 280 días, aproximadamente, 40 semanas, 10 meses lunares o nueve meses y un tercio calendario. (Montero, 2011, p1).

4.3.2. Características.

- Es común que las mujeres experimenten un cambio en el tono de la piel durante el embarazo
- Durante el curso de un embarazo el útero se expande desde el tamaño de un durazno hasta aproximadamente el tamaño de media sandía.
- Has escuchado eso de que si sufres de mucha acidez durante el embarazo significa que tu bebé nacerá con mucho pelo
- El único método científicamente comprobado para inducir el parto es la estimulación de los pezones, también conocida como la técnica cómoda
- La presión sanguínea aumenta durante el embarazo por lo que el sangrado de nariz y de las encías es común.
- Las mujeres embarazadas y las que acaban de ser madres, pueden producir leche al escuchar un bebé llorar, incluso si el bebé no es hijo de ellas (PSOCL, s/f, p 1)

4.4. Servicio de Ginecología

4.4.1. Definición.

La Obstetricia y Ginecología es la especialidad de la Medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia (del latín *obstare* estar a la espera) se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología (del griego *gynaika* "ciencia de la mujer") es la subespecialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios). (Hospital Clínico Universidad de Chile , s/f)

Debe conceptuarse actualmente como Obstetricia y Ginecología una especialidad de contenido amplio y variado que entiende:

De los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana.

De la fisiología de la gestación, parto y puerperio, así como de sus desviaciones patológicas.

De la fisiología y patología inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama.

De los aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores. No debe olvidarse el hecho de que el especialista en Obstetricia y Ginecología debe estar dispuesto y preparado para actuar, al menos de forma orientadora, como médico primario de la mujer, pues es a él a quien las mujeres consultan frecuentemente en primera instancia. (Portales Médicos, 2010, p1.)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Localización del Área de Estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el servicio de Ginecología del Hospital General Julius Doepfner de la ciudad de Zamora, este es un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad, cuenta con profesionales especializados en las diferentes áreas, los mismos que prestan atención médica a la población de Zamora en general, proporcionando atención responsable y satisfactoria encaminadas a las necesidades de salud, acogiendo a pacientes que son referidos de otras casas de salud del área urbana como rural e incluso de otras provincias, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada garantizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de cada uno de los usuarios.

Adicionalmente el servicio de ginecología se encarga de la atención integral de la mujer durante el parto y puerperio, esta área cuenta con un número de 13 camas, una estación de enfermería, un stock de medicamentos e insumos, un área de eliminación de desechos comunes, infecciosos, corto punzantes y área de ropería.

También cuenta con una habitación aislada para las pacientes preeclámpticas, una sala de alto riesgo obstétrico, área de labor de parto, servicio de monitoreo fetal y ecografía.

El hospital se encuentra ubicado en la Provincia de Zamora Chinchipe, Cantón Zamora, Parroquia Zamora, Barrio Jorge Mosquera, en las calles Sevilla de Oro entre Francisco de Orellana y Pío Jaramillo Alvarado.

Mapa de ubicación del Hospital Provincial General Julius Doepfner



Gráfico1

Fuente: Autora

5.2. Diseño de La Investigación

El tipo de investigación se utilizó la siguiente metodología.

Descriptivo; por qué se describió las características socioeconómicas, demográficas y los factores de riesgo que ocasionan una amenaza de aborto mediante la recolección de datos en las historias clínicas de Hospital Julios Doepfner. *Bibliográfica*; porque la autora se basó en la recolección de información de estudios realizados de tesis, libros, artículos científicos y revistas como sustentación científica mismos que ayudaron a la elaboración del marco teórico, plan de cuidados de enfermería, cartel y trípticos. *De campo* porque mediante la aplicación de la técnica la observación la autora acudió al servicio de ginecología

lugar de la investigación en el cual se recopiló información de las historias clínicas de cada usuaria la misma que le ayudo a determinar los factores de riesgo que causan una amenaza de aborto. *Retrospectiva* por que la autora a través de la recolección de datos personales registrados en las historias clínicas y registros diarios de las pacientes llevo a cabo la investigación de la población en estudio. *Transversal* porque el tiempo que duró la investigación en las madres atendidas en el servicio de ginecología fue de 1 año.

5.3. Técnicas, Instrumentos y Materiales

5.3.1. Objetivo 1.

Para el cumplimiento del objetivo uno, que es identificar las características socioeconómicas y demográficas de las madres gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto la autora utilizó la técnica de la observación directa, con el instrumento la guía de observación (anexo 1), dicha información estaba documentada en las historias Clínicas, por lo cual se elaboró una matriz donde constaban preguntas previamente revisadas por la directora de tesis, el cual fue aplicado a 144 mujeres atendidas en el servicio de ginecología con amenaza de aborto cuyo propósito fue identificar las características socioeconómicas y demográficas como edad materna, residencia, estado civil, escolaridad y etnia de las pacientes, una vez recolectada la información obtenida se procedió a ordenar y tabular, cuyos resultados fueron representados en tablas través de los diferentes paquetes informáticos como Excel para la tabulación y Word para la redacción, en los posterior realizar el respectivo análisis, conclusiones y recomendaciones de la investigación. de la revisión de información documentada de las historias clínicas y se recogerán datos como: edad, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, etnia. Posteriormente se procederá a la tabulación de los

datos con la ayuda de paquetes informáticos, Excel, Word y de esta manera plantear las respectivas conclusiones y recomendaciones.

5.3.2. Objetivo 2.

Para identificar los factores de riesgo de amenaza de aborto la autora empleo la misma técnica e instrumento empleados en el objetivo 1 (Anexo 1) el mismo que se adicionó ítems previa revisión de la directora de Tesis, para recolectar información en la que constan los principales factores de riesgo en amenaza de aborto tales como: Semanas de gestación, anemia, infecciones, traumatismos, exposición a drogas y alcohol, diabetes, antecedentes gineco-obstétricos, obtenida la información se utilizó los diferentes paquetes informáticos como Excel para la tabulación y Word para la redacción para realizar los respectivos análisis, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

5.3.3. Objetivo 3.

Para la realización del objetivo 3 que es desarrollar un plan de intervención de enfermería para contribuir a la prevención de factores de riesgo para la amenaza de aborto en el embarazo, la autora previa a la petición realizada a las autoridades del Hospital (Anexo 6,7 y 8) ejecutó plan de acción educativo y de prevención expuso a las mujeres embarazadas que asistieron al Hospital Provincial General Julius Doepfner así como a través de visitas domiciliarias donde brindó educación a las madres que estaban en periodo gestacional y las madres que tuvieron su pérdida del bebé para que en lo posterior puedan planificar su embarazo, se hizo la donación de una pancarta con material informativo hecho en lona la cual fue entregado a los servicios de Centro Anidado y Especialidad, se elaboró un plan de cuidados encaminados a mejorar el manejo de las pacientes con amenaza de aborto el mismo que fue entregado al servicio

de ginecología en el área de hospitalización (Anexo 17); para realizar la actividad de promoción se coordinó con las madres para realizar las visitas domiciliarias con la colaboración de un médico general; se procedió a verificar los parámetros de los signos vitales, medidas antropométricas, medición de la altura de fondo uterino y monitorización fetal; cuyos rasgos nos ayudan a verificar el correcto crecimiento y desarrollo fetal así como también descartar cualquier factor de riesgo como enfermedades hipertensivas o patologías uterinas.

5.4. Población y muestra

5.4.1. Población.

La población objeto de este estudio de investigación estuvo conformada por todas las pacientes que fueron hospitalizadas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Julius Doepfner con Diagnóstico de amenaza de aborto; durante el periodo de junio 2015 a junio de 2015.

N= 144

5.4.2. Muestra.

La muestra de este estudio, constituyó el 100% de la población de las madres gestantes con diagnóstico de amenaza de aborto hospitalizada en el servicio de ginecología del Hospital General Julius Doepfner.

n= 144

6. RESULTADOS.

6.1. Características socioeconómicas y demográficas de las gestantes con amenaza de aborto

Tabla 1

Edad Materna

Opción	Frecuencia	Porcentaje
19 a 35 años	96	66,67
12 a 18 años	25	17,36
36 a 53 años	23	15,97
TOTAL	144	100

Interpretación.

En la tabla sobre la edad materna se puede observar que dentro de la población en estudio se encuentra la edad comprendida de 96 personas de 19 a 35 años con el 66,67%, y entre los 12 a 18 años que corresponde a 25 mujeres con el 17,36%, seguido de 23 gestantes de 36 a 53 años con el 15,97%.

Análisis.

En la tabla sobre edad materna se encontró la edad predisponente entre los 19 a 35 años con el 66,67%, esto es debido a que la mujer en esta etapa realiza múltiples ocupaciones ya sea a nivel laboral o en sus hogares en la crianza de sus hijos y labores domésticas además de tener un nivel de escolaridad medio lo que predispone para que se produzca una amenaza de aborto así mismo la edad comprendida entre los 12 a 18 años con el 17,36% es un factor de riesgo en las embarazadas ya que el cuerpo de una adolescente por su inmadurez del sistema reproductor en general implica la exposición a diversas enfermedades como

preclamsia , eclampsia, infecciones del tracto urinario así como también la violencia física , psicológica y afectiva que repercuten y producen las consecuencias sociales y económicas posteriores.

Tabla 2

Etnia o Grupo cultural

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	113	78,47
Indígena	20	13,89
Shuar	10	6,94
Afro ecuatoriano	1	0,69
TOTAL	144	100

Interpretación.

En la tabla concerniente a la etnia sobre la población en estudio se encontraron a 113 personas de etnia mestiza con el 78,47% además de 20 pacientes de etnia indígena con el 13,89%, seguido de 10 personas de etnia shuar representada con el 6,94% y finalmente 1 afro ecuatoriana con el 0,69%.

Análisis.

Se puede interpretar que la tabla representada con mayor porcentaje hace referencia a la etnia mestiza con un 78,47% considerando que los habitantes de esta región mayoritariamente son mestiza en relación a la etnia indígena, shuar y afroamericana que habitan en otras regiones. Sin embargo, se conoce que la etnia afroamericana representada con el 0,69% es predisponente a sufrir amenaza de aborto porque tienen tendencia a presentar hipertensión arterial la

cual es una de las complicaciones para una amenaza de aborto, en relación a las demás etnias.

Tabla 3

Residencia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	79	54,86
Rural	65	45,14
Total	144	100

Interpretación.

Mediante la tabla podemos interpretar que, según la residencia de la población en estudio, encontramos en el área urbana a 79 pacientes representado el 54,86% en cambio en el área rural encontramos a 65 pacientes con el 45,14%.

Análisis.

En el cuadro se puede analizar que la población más afectada con amenaza de aborto corresponde a las gestantes residentes en el área urbana con el 54,86%, en esta área el ritmo y hábitos de vida acelerados condicionan a las usuarias gestantes a realizar actividades diarias sin tomar en cuenta que están poniendo en riesgo su embarazo, sabiendo que el primer trimestre del embarazo es el de más cuidado porque es cuando se está iniciando el ciclo de la formación del embrión en el útero.

De la misma manera las pacientes en estudio que residen en el área rural también se encuentran expuestas a estas condiciones no favorables para un embarazo sin riesgo, llevando a cabo labores extremas y aún más porque algunas de ellas desconocen las consecuencias de los esfuerzos físicos durante el

embarazo; dando así paso a que se produzca una amenaza de aborto, considerando también que en el área rural los subcentros de salud no tratan la amenaza de aborto por lo cual las pacientes son referidas al hospital inmediatamente para tratar su diagnóstico.

Tabla 4

Escolaridad

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	92	63,89
Primaria	28	19,44
Superior	24	16,67
TOTAL	144	100

Interpretación.

En esta tabla se puede observar que la población con escolaridad secundaria con 92 pacientes representando el 63,89%, seguido de la escolaridad primaria representa a 28 usuarias con el 19.44%, y de estudios superiores se encuentran 24 personas con el 16,67%.

Análisis.

De la población estudiada se encontró el nivel de escolaridad secundaria con el 63,89%, tomando en consideración que la población de adolescentes tiene mayor oportunidad de continuar con sus estudios ya que el gobierno brinda facilidades para el estudio, pero también tomando en consideración que por diferentes circunstancias también hubieron gestantes que no lograron optar por un título, es por ello que tienen un nivel de escolaridad medio, teniendo como opción desempeñarse en las labores diarias del hogar, relacionándolo con la actualidad

laboral pública y privada el poder acceder a una fuente de trabajo es un más difícil sin tener profesión.

Tabla 5

Estado Civil

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	55	38,19
Unión libre	47	32,64
Casada	40	27,78
Divorciada	1	0,69
Viuda	1	0,69
TOTAL	144	100

Interpretación.

Se puede interpretar que la población en estudio se encontró 55 pacientes de estado civil solteras representado con el 38,19% que es la población con mayor porcentaje, en cuanto 47 usuarias se encuentran en unión libre con el 32,64 % así mismo 40 mujeres casadas con el 27,78%, viudas y divorciadas igual porcentaje 0,69%,

Análisis.

Los resultados demuestran que las usuarias solteras representa la mayor población con el 38,19%, la falta de aplicar métodos de planificación familiar de las jóvenes ocasiona embarazos no deseados, esta es una razón para que las gestantes no apliquen los cuidados apropiados a más de la preocupación, desesperación y alteración emocional por el mismo hecho de un embarazo no deseado que inciden como factores para la amenaza de aborto, el 32,64% de las mujeres viven con sus parejas en unión libre, la inestabilidad emocional de este

tipo de relación, unido al temor de abandono de la pareja en situaciones de dificultad económica o sentimental influye emocionalmente en la madre siendo causa muchas veces de amenaza de aborto

6.2. Identificar factores de riesgo en amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el área de ginecología del Hospital Julios Doepfner.

Tabla 6

Factores de Riesgo en amenaza de aborto.

Factores	Porcentaje
Factores de riesgo crónico	3,07
Factores de riesgo agudo	96,93

Interpretación.

En la tabla de los factores de riesgo en amenaza de aborto se identificó a dos factores: el factor de riesgo crónicos con el 3,07% y el factor de riesgo agudo con el 96,93%.

Análisis.

En la presente tabla se identificó que el factor de riesgo agudo prevaleció con el 96,93% esto se debe a que la mayoría de gestantes durante su embarazo presentaron varias patologías como; infecciones de las vías urinarias; traumatismos, antecedente gineco-obstétricos la mayoría son multíparas y algunas tienen antecedentes de abortos lo que es un factor determinante sensibiliza a la mujeres porque debilita las paredes uterinas haciendo difícil la nidación y el progreso del embarazo., en las gestantes multíparas el útero no se

encuentra totalmente restablecido lo que provoca en muchas de las veces una mala implantación del embrión en el útero.

Tabla 7

Antecedentes de enfermedades Crónicas

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	2	1,39
Preeclampsia	2	1,39
Enfermedad Tiroidea	1	0,69
SUBTOTAL	5	3,47

Interpretación.

En la presente tabla se puede identificar que dos pacientes presentaron Hipertensión Arterial representadas con el 1.39%, también se encontró dos gestantes con preeclampsia representándose con el 1,39%, y con Enfermedad Tiroidea se encontró una sola paciente con el 0,69%.

Análisis.

Los estados hipertensivos durante el embarazo son muy comunes durante las 20 semanas de gestación lo cual se evidenció en la presente tabla que la hipertensión arterial a igual que la preeclampsia gestacional se representó con el 1,39%, esto se debe ya que los estados hipertensivos son perjudiciales durante las primeras semanas de embarazo debido a que hay una alteración trofoblástica y placentaria provocando disminución de los capilares y por ende se producirá disminución de la resistencia vascular provocando que el embrión no reciba el suficiente oxígeno hacia sus células dando lugar a la muerte fetal.

Tabla 8***Factores de riesgo Agudo.***

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones genito – urinario	34	23,61
Caídas	4	2,78
Antecedentes gineco-obstétricos	90	62,50
Abortos	30	20,83

Interpretación.

En la presente tabla se identificó que dentro de las patologías que conforman el factor de riesgo agudo fueron: las infecciones del tracto urinario con el 23,61%, las caídas con el 2,78%, los antecedentes gineco-obstétricos con el 62,50% y los abortos representados con el 20,83 %.

Análisis.

Los factores de riesgo agudo que prevalecieron en mayor porcentaje fueron los antecedentes gineco-obstetricos con el 62,50 esto es debido a que existe un gran porcentaje de gestantes que presentan problemas de salud y antecedentes que influyen fisiología del embarazo, la multiparidad debilita las paredes uterinas donde se aloja el feto más aun cuando los periodos intergenésicos no han permitido una recuperación apropiada de miometrio., los antecedentes de abortos y más aún cuando se han realizado legrados debilitan la pared interna del útero volviéndola delgada, y débil para alojar a un nuevo feto muchos más si no existe un periodo de recuperación adecuado., las caídas debido al trauma que se produce puede provocar ruptura de los vasos sanguíneos que alimentan al feto alterando su normal desarrollo y infecciones de vías urinarias son factores de

influencia directa en la amenaza de aborto por inflamación de músculos y órganos adyacentes al útero.

Tabla 9

Infecciones genito urinarias

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones del tracto urinario	31	21,53
Cervicitis	2	1,39
Vaginosis	1	0,69
TOTAL	34	23.61

Interpretación.

En la presente tabla dentro de la investigación realizada se encontró a 110 pacientes que no presentaron ninguna patología representado con el 76,39%, seguida de 31 usuarias que presentaron infecciones en el tracto urinario con el 21,53%, así como también 2 usuarias que presentaron cervicitis con el 1,39% a diferencia de 1 caso encontrado con vaginosis 0,69%.

Análisis.

El enfoque del presente factor de riesgo indico que las infecciones del tracto urinario son el factor de riesgo más frecuentes con el 21,53% lo que se relaciona con los registros bibliográficos donde las infecciones del tracto urinario son más prevalentes durante la gestación debido a los cambios anatómicos, hormonales y funcionales que se dan en el embarazo y que si no son prevenidas conllevan un riesgo inminente por que pueden provocar repercusión tanto para la madre como para la evolución del embarazo; como este en este caso la amenaza de aborto durante la gestación. Dejando un lado a las infecciones vagino cervicales con un

mínimo porcentaje con el 0,69% debido a que generalmente no son diagnosticadas en esta etapa del embarazo.

Tabla 10

Traumatismos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	140	97,22
Caídas	4	2,78
TOTAL	144	100

Interpretación.

En la presente tabla se identificó a 140 usuarias que no presentaron patologías representadas con el 97.22%, a diferencia de 4 pacientes que sufrieron caídas.

Análisis.

Toda mujer en gestación es propensa a sufrir traumatismos sin embargo no es muy frecuente, lo que se pudo evidenciar en la presente tabla que los traumatismos y caídas representan el 2.78%. El trauma que sufre una mujer embarazada pueden lesionar los órganos que interviene en el proceso de gestación provocando rupturas de vasos sanguíneos, desprendimiento placentario o lesión directa al feto lo que se manifiesta en primer lugar con una amenaza de aborto, el cual dependiendo de la magnitud puede culminar en la pérdida del feto lo que se conoce como aborto.

Tabla 11*Antecedentes Gineco-obstétricos*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Multigesta	73	81,11
Primigesta	17	18,88
TOTAL	90	100

Interpretación.

En la siguiente tabla se puede interpretar que dentro de los antecedentes Gineco-obstétricos se encuentra la población de 73 mujeres multigestas con el 81,11% y 17 mujeres primigestas con el 18,88%.

Análisis.

En el presente cuadro se evidenció que de los antecedentes gineco-obstétricos la población más afectada son las mujeres multigestas con el 81,11%, puede ser por no respetar los periodos intergenésicos el mismo que no da lugar a la recuperación del útero a su tamaño y funcionamiento normal por lo que no tiene las condiciones para preparar el lecho que acogerá al huevo fecundado, lo que tiene mucha relación con la revisión bibliográfica puesto que es uno de los principales factores de riesgo durante la gestación relacionado con la edad de las usuarias dentro del periodo gestante al tener ya embarazos previos. el periodo intergenésico que es de 2 a 3 años como indica según la OMS, así mismo en las primigestas se ve afectado por que ella no tiene aún la madurez de su órgano reproductor para dar vida al nuevo ser y así poder llevar un embarazo sin riesgos.

Tabla 12*Antecedentes de abortos*

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No tuvieron abortos	114	79,17
Más de 2 abortos espontáneos	21	14,58
1 aborto espontaneo	9	6,25
Total	144	100

Interpretación.

En la presente tabla se pudo observar que 114 gestantes no tuvieron abortos anteriores representado así con el 79,17%, también se evidenció que los antecedentes de aborto se dieron en más de una ocasión en 21 mujeres lo que representa el 14,58%, y 9 mujeres que representa el 6,25% quienes presentaron un antecedente de aborto. Tomando en cuenta que dentro de esta cantidad reflejada se encontraron a 17 de ellas son multíparas y 13 que son primigestas.

Análisis.

Debido a causas fisiológicas de la madre se pueden producir los abortos, como es el caso de esta investigación se evidenció más de dos abortos con el 14,50%, se lo considera como un factor de riesgo para un próximo embarazo, por lo que el útero de la madre sufrió alteraciones en su funcionamiento, es por ello que al existir un nuevo feto el mismo organismo se encarga de recházalo y eliminarlo, provocando un nuevo aborto, mediante las investigaciones se evidencio que 17 gestantes son multíparas y 13 de ellas son primigestas.

6.3. Plan de Intervención de enfermería para contribuir a la disminución de índices de amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el Hospital General Julius Doepfner.

Plan de Acción

Tema: Un Embarazo sin amenaza de aborto.

Objetivo: Ejecutar actividades orientadas a disminuir la amenaza de aborto en las gestantes atendidas en el Hospital Julius Doepfner de Zamora.

Fecha de ejecución: 26/02/2016 al 23/03/2016

Grupo de estudio: gestantes atendidas en el Hospital Provincial General Julius Doepfner.

Lugar: Ciudad de Zamora- Hospital Provincial General Julius Doepfner, área de ginecología-hospitalización, Centro anidado (APS) y Consulta Externa Especialidad, domicilios de embarazadas.

Responsable: Johanna Maricela Herráez Panamá.

Colaboración: Doctor Johnson Burguan médico general.

Desarrollo: Plan educativo.

El plan de atención se desarrolló considerando dos parámetros básicos que estuvieron encaminados a la disminución de los factores asociados a la amenaza de aborto.

La educación: Mediante un oficio dirigido a la directora de Hospital Julius Doepfner se solicitó la autorización y se brindó capacitaciones sobre los factores asociados a la amenaza de aborto en las siguientes áreas; Consulta Externa (Especialidad), Centro Anidado (APS) y servicio de gineco-obstetricia- (Hospitalización), actividades que se realizaron previo a la elaboración de planes estandarizados de enfermería sobre la amenaza de aborto que fueron entregados

la enfermera jefe del área de gineco-obstetricia en el área de hospitalización con el objetivo de dar a conocer los cuidados específicos para la pronta recuperación de las pacientes, también se entregó material informativo como trípticos con contenido sobre el tema de la amenaza de aborto, los factores que inciden las causas, cuadro clínico, tratamiento y cuidados generales del embarazo; así mismo se donó 2 pancartas con información sobre el tema, se brindó educación específica a las mujeres que presentaron amenaza de aborto y aborto a través de visitas domiciliarias donde se brindó, consejería apoyo emocional para superar el problema vivido y planificar en lo futuro un embarazo con mayor seguridad. De igual forma fue importante la educación y consejería sobre los métodos anticonceptivos existentes en el Hospital Julius Doepfner y demás unidades de salud sobre los que pueden optar para el cuidado y la planificación familiar responsable.

Atención de enfermería: la autora coordinó la atención médica General a través de las visitas domiciliarias a las gestantes del cantón Zamora con la finalidad de verificar alteraciones en los signos vitales de la madre y del feto y del proceso propio de la gestación, se realizó el monitoreo fetal a cada una de las gestantes visitadas, además se valoró la ponderación de la madre para conocer si hay ganancia de peso adecuado mensualmente de la misma manera se procedió a medir la altura uterina mediante el uso de una cinta métrica el cual sirve para identificar el correcto crecimiento, desarrollo y posición fetal, con la finalidad de prevenir los factores asociados a la amenaza de aborto, asimismo se incentivó a acudir puntualmente a la nueva cita médica.

Cronograma

Fecha	Lugar	Actividades	Recursos materiales	Técnica
25/02/2016 26/02/2016 01/03/2016 02/03/2016 03/03/2016	Domicilio de a las gestantes con amenaza de aborto, gestantes en general y a las que perdieron su embarazo.	Atención médica y de enfermería a través de visitas domiciliarias con el apoyo del médico general.	Trípticos Hoja de registro Cámara fotográfí. Cinta métrica Balanza Tensiómetro Fonendoscopio Doppler	Conferencia y trabajo de campo
21/03/2016	Centro Anidado APS	Capacitación sobre factores de riesgo de amenaza de aborto en las mujeres embarazadas.	Hoja de registro Trípticos Computadora Proyector Banner Esferos Cámara fotográfí.	Conferencia
22/03/2016	Consulta externa - Especialidad	Capacitación sobre factores de riesgo de amenaza de aborto en las mujeres embarazadas.	Hoja de registro Trípticos Computadora Proyector Banner Esferos Cámara fotográfica	Conferencia
23/03/2016	Servicio de ginecología. salas: Alto riesgo y Post parto	Capacitación sobre factores de riesgo, cuidados en la amenaza de aborto e importancia de mantener el periodo intergenésico.	Hoja de registro Trípticos Esferos Cámara fotográfica	Conferencia
21/03/2016 22/03/2016	Centro Anidado APS. Consulta Externa- Especialidad Ginecología- Hospitalización	Donación de una pancarta en material lona sobre amenaza de aborto y los factores que lo causan	Lona Cámara fotográfica Material de oficina Computadora Impresora	Implementación
23/03/2016	Ginecología	Entrega de planes de cuidados de enfermería sobre amenaza de aborto.	Plan de cuidados(NIC- NOC-NANDA)	Implementación

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo investigativo obtuvo como resultado, que los factores de riesgo asociados con la amenaza de aborto en pacientes gestantes del hospital Julius Doepfner de Zamora, en el servicio de ginecología fueron los siguientes.

En cuanto a las características socioeconómicas y demográficas se identificó lo siguiente.

Que la edad materna de mujeres que presentaron amenaza de aborto fueron de 19 a 35 años con el 66,67% datos que se relacionan con la investigación realizada en Cuenca por Avendaño J, Arévalo T y Ariño 2014 sobre los niveles de progesterona y amenaza de aborto, dando como resultado que la edad en la que se presentó amenaza de aborto fueron en las mujeres de 20 a 34 años representado el 78,8%, considerando que la edad constituye un factor de riesgo debido a que al embarazarse en la adolescencia su cuerpo no ha completado en su totalidad su desarrollo físico, aduciendo que las mismas no concurren a los controles prenatales a lo cual no se puede prevenir las complicaciones en el embarazo.

En relación a la etnia sobresalió la mestiza con el 78,47% dato comparando con un estudio realizado en Otavalo sobre causas de aborto por Imues, N y Mesa 2010-2011 dio como resultado que se encontraron pacientes de etnia mestiza con el 54%, se puede decir que en las investigaciones se diferencian por cuanto en Otavalo se caracteriza la alta población indígena, de otra en la actual investigación existe mayor afluencia de la etnia mestiza por la ubicación del área de estudio.

Sobre la residencia se obtuvo como resultado que el 54,86% de la población habita en la zona Urbana. Se encontró un estudio realizado en

Guayaquil por Pluas M, 2012-2013 sobre incidencia de aborto incompleto en mujeres de 15 a 30 años donde obtuvo que el 27,3%, En el actual estudio la mayor parte reside en la zona urbana, tomando en consideración que para llevar un embarazo sano no solo se limita tan sólo a la alimentación sana y recibir un buen cuidado prenatal también es muy importante mantener un medio ambiente libre de cosas que puedan perjudicar la salud de la madre y su bebé, factores como la radiación, los compuestos químicos, sustancias que son perjudiciales que pueden ingresar en el cuerpo por la piel, cuando respira, come o bebe e incluso estas sustancias también se las encuentra dentro del hogar.

En lo relacionado al nivel de escolaridad y estado civil se obtuvo que el 63,89% terminaron la secundaria y el 38,19% son de estado civil solteras dato comparando con la investigación realizada en Perú por la autora Moreno C 2004 sobre Complicaciones del embarazo y parto en pacientes que cursaron amenaza de aborto en el primer trimestre en donde menciona que el 62% de las mujeres terminaron la secundaria y son de estado civil casadas con el 95,7% la escolaridad existe una similitud en los datos obtenidos ya que las gestantes terminaron su segundo nivel de escolaridad ya que la educación es un componente básico, en la cual incrementarían sus conocimientos acerca de todo el contexto de la amenaza de aborto lo que se pudo demostrar en el proceso de la investigación que algunas mujeres desconocían de los signos y síntomas que se manifiestan en la amenaza de aborto dando como resultado que ellas no pueden manejar dicha situación; pero si existe una gran diferencia en el estado civil de ambas investigaciones; en la actual investigación la amenaza de aborto se presentó con un índice elevado en las mujeres solteras, pudiendo ser un factor ya que la mayoría son adolescentes, tomando en cuenta que en la adolescencia

su cuerpo no está preparado fisiológicamente, es decir su sistema reproductor aún no se ha preparado para procrear una nueva vida.

En lo referente a los *factores de riesgo* de amenaza de aborto se determinaron, el riesgo crónico con el 3,07% y riesgo agudo con el 96,93%.

En el riesgo crónicos, se obtuvo como resultado que el 3,07% de las mujeres embarazadas padecieron enfermedades como hipertensión arterial con el 1,39%, preeclampsia con el 1,39%, y enfermedad tiroidea con el 0,69% dato un poco superiores se encontraron en la investigación realizada en España por Hijona J, 2009, el cual menciona que el 11,4% de la población padecieron enfermedades durante el embarazo, como hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes e hipertensión arterial, el padecimiento de hipertensión el mismo que produce daño vascular por diferentes mecanismos, afectando a la placenta que es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto provocando una rápida muerte materno fetal.

En cuanto a los factores de riesgo agudos se identificaron los antecedentes gineco-obstétricos con el 62,50% dentro de los cuales el que predomina es la multigestación .Moreno C menciona en su estudio realizado en Perú 2000-2003 sobre complicaciones del embarazo y parto en paciente que cursaron con amenaza de aborto en el primer trimestre, en el cual demostró cifras inferiores como el 10,6% que presentaron antecedentes gineco-obstétricos, los mismos que puede dar por no respetar el periodo intergenésico el cual no permite que el útero se regenere y se encuentre en condiciones de formar una nueva vida.

Las infecciones genito urinarias reportan el 23.61%, de las cuales las infecciones del tracto urinario son las más relevantes con el 21.53%, en el estudio realizado en Quito por Angulo D 2014 sobre prevalencia de infección del

tracto urinario como factor de riesgo en pacientes con amenaza de aborto se encontró que el 80%, cifra superior al del presente estudio, las infecciones genito urinarias pueden provocar infección en distintas partes del aparato urinario como vejiga, uréteres, riñones, dando paso a que las toxinas lleguen al compartimento fetal, estas infecciones pueden extenderse al torrente sanguíneo dando paso a consecuencias graves para la madre y el feto, provocando contracciones y sangrados que pueden llevar al aborto.

Las caídas son un factor importante en la amenaza de aborto en el presente estudio se encontró que el 2.78% fue por esta causa, el estudio de Macas J 2013 realizado en Guayaquil sobre frecuencia de factores asociados al aborto incompleto reporta traumatismos en un 5,49%,

Con relación a los antecedentes de abortos se encontraron el 20.83% de casos en el presente estudio que de acuerdo al estudio de Moreno realizado en el Perú demuestra que el 12% tuvo antecedente de aborto.

Tomando en consideración los factores de riesgo antes mencionados la autora optó por realizar un plan de acción encaminado a disminuir los riesgos que ocasionan una amenaza de aborto, a través de actividades preventivas como son las visitas domiciliarias a las gestantes que tuvieron esta patología como también a las usuarias que perdieron su producto, este plan se aplicó con el fin de educar a las embarazadas.

8. CONCLUSIONES

En el presente estudio de acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se obtuvo como conclusiones lo siguiente:

Que dentro de las características socioeconómicas y demográficas se encontró la edad materna con mayor rango fue de 19 a 35 años de edad con el 66,67%, de etnia mestiza con el 78,47%, de residencia urbana el 54,86%, de escolaridad secundaria con el 63,89%, y el estado civil soltera con el 38,19%.

Se concluyó que de los factores de riesgo de mayor relevancia para la amenaza de aborto identificados en las gestantes fueron los de riesgo agudo con el 96,93%.

La Hipertensión arterial y la preeclampsia son los factores de riesgo crónico relevantes con el 1.39% en cada caso.

Dentro de los factores de riesgo agudo se encontró predominio de los antecedentes gineco-obstétricos que representan el 62.50%.

Dentro de la infección genito urinarias son relevantes las infecciones del tracto urinario con el 21.53%.

Las caídas son los traumatismos de mayor relevancia con el 2.78%.

En los antecedentes gineco obstétricos tiene mayor porcentaje las multigestas con el 62.50%.

El 14.58% tuvo antecedentes de 2 o más abortos espontáneos.

Se determinó que fue necesaria la realización de un plan de acción que contribuya a mejorar los conocimientos para el cuidado de la embarazada y lograr la culminación de un embarazo satisfactorio.

9. RECOMENDACIONES

En la presente investigación la autora se permite realizar las siguientes recomendaciones.

Al centro Anidado Zamora

Que continúen brindando información sobre los factores de riesgo causantes de una amenaza de aborto.

Que realicen y planifiquen de forma mensual visitas domiciliarias de los controles prenatales de manera estricta a las gestantes que presentan factores de riesgo de una amenaza de aborto.

Que se continúen brindando capacitación, promoción y concienciación sobre la planificación familiar a través de consejerías, post consultas a las gestantes multíparas.

Al servicio de ginecología

Que el personal de enfermería utilice el cartel informativo elaborado por la autora para que brinden información a las madres gestantes sobre la amenaza de aborto su sintomatología, factores de riesgo y cuidados generales que deben tener en consideración en el momento de tener una amenaza de aborto.

A las mujeres con amenaza de aborto.

Tomar en consideración la consejería e información brindada por la autora a través de las visitas domiciliarias especialmente en cuanto a controles prenatales, reposo absoluto, inmunizaciones y alimentación adecuada.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aborto*. (2012). Obtenido de <http://abortoalexandra.blogspot.com/2012/05/el-aborto-la-organizacion-mundial-de-la.html>
- Beratarrechea, A. (2010). Las enfermedades crónicas. En A. d. ambulatoria.
- Cerqueira, D., Tavares, J., & Machado Regimar. (2014). Factores de prediccion de la insuficiencia renal y el algoritmo de control y tratamiento. 212.
- Doctissimo. (s/f). *Enfermedad congénita*. Obtenido de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/enfermedad-congenita.html>
- Duran Cynthia, & Reyes , N. (2006). Enfermedades renales y embarazo. *Medigraphi*, 82,83.
- EcuRed. (s/f). *Traumatismos durante el embarazo*. Obtenido de http://www.ecured.cu/Traumatismo_durante_el_embarazo
- enciclopediasalud. (2007). *Cuerpo Humano*. Obtenido de <http://www.enciclopediasalud.com/categorias/cuerpo-humano/articulos/tiroides>
- Ferri, F. (2006-2007). Enfermedades y trastornos. En *Aborto espontaneo* (pág. 3). Madrid-España: Elsevier.
- García, M., Leal, R., Vela , G., & Gómez , D. (s/f). *Gineco-ostetricia*. Obtenido de Cerclaje cervical transabdominal: http://www.hsj.com.mx/media/22622/rev_09_cerclaje_cervical_transabdominal_-_reporte_de_un_caso_de_incompetencia_cervical_resistente_a_cerclaje_vaginal.pdf
- Gonzalez, A. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista médica de costa rica y centro américa*, 495.
- Gonzáles, A. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista médica de costa rica y centroamerica*, 495,496.
- González , A. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista de* , 496.
- González, A. (2011). Ameaza de Aborto. *Revista médica de costa rica y centroamérica*, 495.
- Gonzalez, A. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América*, 495.

- González, A. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 497.
- González, A. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista médica de costa Rica y Centroamérica*, 496.
- Hayes, J. (2008). Diabetes mellitus tipo 1. *Scielo*, s/p.
- Hidalgo, M. (2013). Trastornos tiroideos en el embarazo. *Revista Médica Clínica Condes*, 762.
- Hospital Clínico Universidad de Chile . (s/f). Obtenido de <https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/ginecologia-y-obstetricia.aspx>
- Lattus , J., Almuna , R., Besio, C., Ceballos , M., Chaparro , X., Castillo , C., . . . López , S. (2006). Cerclaje cervical electivo o sutura cervicalde McDonal. *Rev. Obstet. Ginecol*, 89.
- Manterola, D., Hernández, J., & Estrada , A. (2012). Enfermedad renal crónica durante el embarazo . 148.
- Medicasos. (2013). *Guía de práctica clínica* . Obtenido de Amenaza de aborto: <http://www.medicasos.com/enarm/ginecologia-y-obstetricia/guias-de-practica-clinica/175-guia-de-pratica-clinica-amenaza-de-aborto>
- Miranda , M. (2013). Prevalencia de aborto en Gineco Obstetricia y evaluación de la aplicación del Protocolo del Ministerio de salud Pública para el manejo del Aborto. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas.
- MSP. (2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y rrecurrente*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
- MSP. (2013). Lupus Eritematoso Sistémico. *Guía de Práctica Clínica*, 39.
- MSP. (2013). Trastornos hipertensivos. *Guía de Práctica Clínica*, 41.
- MSP. (2013). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Guía de Práctica Clínica*, 14,15,17,18.
- MSP. (2014). Diagnóstico y tratamiento . *Guía de Práctica Clínica* , 16.
- Narváez, P., Hidalgo, M., & Díaz, A. (2013). Síndrome Antifosfolípidos. *Rev. Obstet. Ginecol*, 118.

- OMS. (2003). *El Aborto Un problema de Salud Pública*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjR8-2Up8bMAhXDlx4KHf_5BjIQFggpMAI&url=http%3A%2F%2Fwww2.womenslinkworldwide.org%2Fwlw%2FbajarFS.php%3Ftl%3D1%26per%3D185&usg=AFQjCNGPc-qghvAB-XzYOsW07AnYvgT6Zw
- OMS. (s/f). *Factores de riesgo*. Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organizacion Mundial de la Salud. (2003). *Aborto sin Riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistema de Salud*, Ginebra. Ginebra.
- Proyecto Salutia. (s/f). *teoria de la enfermedad*. Obtenido de <http://www.proyectosalutia.com/salud/teoria-de-la-enfermedad.html>
- Puleva Salud. (s/f). *Infecciones durante el embarazo*. Obtenido de http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=59966&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=2198&ABRIR_SECCION=747&RUTA=1-747-1159-2198
- Ramírez, I. (2006). Urgencias Guías de manejo. En J. Abad, Álvarez Gloria, Jaramillo Walter, M. Arroyave, & J. Calle , *Urgencias Guías de manejo* (pág. 268). Medellin-Colombia: Universidad de Antioquía.
- Ruiz, A. (s/f). Aborto. En *Guías para manejo de urgencias* (pág. 906). Universidad Nacional de Colombia.
- Salud ocupacional y seguridad industrial. (2016). *Factores de riesgo físico*. Obtenido de <http://saludocupacionalmec.blogspot.com/2013/11/factores-de-riesgos-fisicos.html>
- SAMIUC. (s/f). *Sepsis*. Obtenido de <http://www.uninet.edu/criterios/C2/C2D101.html>
- UNICEF. (2010). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo*. Obtenido de Direccion Nacional de Maternidad e Infancia: http://www.sati.org.ar/files/obstetricia/Guia_Hipertension_con%20tapas1.pdf
- Wikipedia. (2015). *Enfermedad aguda*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_aguda
- Wikipedia. (s/f). *Enfermedad Congenita*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_cong%C3%A9nita

Anexo 2. Confiabilidad: Pearson y Cronbach

1	SE PROCEDA APLICAR UN NÚMERO DE 20 ENCUESTAS 2 DOS FECHAS DISTINTAS
2	SE LA TABULA EN EL ORDEN QUE FUERON REALIZADAS
3	SE A SIGA UN VALOR DE ACUERDO AL ORDEN DE RESPUESTA A SIGNADO, ES DECIR, 1, 2, 3, 4)

PROCESAMIENTO		EVENTO A										EVENTO B									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
RIEGOS AGUDOS	12 a 18 años	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	18 - 35 años	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
	35 - 53 años	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0	3	0	3	0
RIESGOS AGUDOS	Mestizo	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
	Indígena	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0
	Afroecuatoriana	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Shuar	4	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Urbana	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
RIESGOS AGUDOS	Rural	2	0	2	0	1	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	0
	Primaria	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
	Secundaria	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0
	Superior	3	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
	Analfabetismo	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIESGOS AGUDOS	Soltera	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Casada	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
	Viuda	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Divorciada	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Unión libre	5	0	0	5	0	0	0	5	5	0	0	5	5	5	0	5	0	0	4	5
RIESGOS CRONICOS	Primigesta	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Multipara	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Aborto	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hijos muertos	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Diabetes Mellitus	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hipertensión art.	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedad ren.	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedad tiroi.	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lupus	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Síndrome Antifo	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIESGOS AGUDOS	Preclampsia	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
	Eclampsia	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ninguna	9	9	9	0	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0	9	9	9	9	9
	ITU	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Vaginosis	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	Cervicitis	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ninguna	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Caidas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Accidente de trá	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ninguna	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RIESGOS AGUDOS	Alcohol	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tabaco	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cocaína	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Radiaciones	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ninguna	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
RIESGOS AGUDOS	Sida	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cancer	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AIDS	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ninguna	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		35	35	30	36	37	36	36	37	35	26	36	36	37	32	37	35	35	35	38	37

CONFIABILIDAD DE PEARSON

SE PROCEDA DETERMINAR Y CALCULAR LAS VARIABLES DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS

N	X	Y	XY	X ²	Y ²	r =	n	ΣX	ΣY	ΣXY	Σ(X ²)	Σ(Y ²)
1	35	36	1260	1225	1296	r =	20	343	352	12102	11877	12434
2	35	36	1260	1225	1296		20	343	352	12102	11877	12434
3	30	37	1110	900	1369		20	343	352	12102	11877	12434
4	36	32	1152	1296	1024		20	343	352	12102	11877	12434
5	37	37	1369	1369	1369		20	343	352	12102	11877	12434
6	36	35	1260	1296	1225		20	343	352	12102	11877	12434
7	36	35	1260	1296	1225		20	343	352	12102	11877	12434
8	37	35	1295	1369	1225		20	343	352	12102	11877	12434
9	35	38	1330	1225	1444		20	343	352	12102	11877	12434
10	26	31	806	676	961		20	343	352	12102	11877	12434
Σ	343	352	12102	11877	12434	r =	20	343	352	12102	11877	12434
n =	20					r =	20	343	352	12102	11877	12434

r = 0,99

SE APLICA LA FORMULA DE CONFIABILIDAD

SE DETERMINA LA CONFIABILIDAD APLICANDO LA PRUEBA DE ITEMS - TEST Y DE PEARSON

FACTOR	RESULTADOS
NINGUNA CONFIABILIDAD	0 - 0,20
BAJA CONFIABILIDAD	0,21 - 0,40
MODERADA CONFIABILIDAD	0,41 - 0,60
ALTA CONFIABILIDAD	0,61 - 0,80
MUY ALTA CONFIABILIDAD	0,81 - 1,00

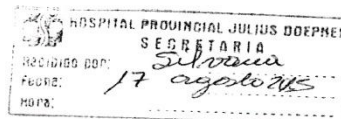
Anexo 3. Oficio dirigido a la directora del Hospital Julios Doepfner pidiendo autorización para la recolección de datos de las historias clínicas



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEDE ZAMORA**

Oficio Nro. 059-E-PC-Z-UNL

Zamora, 17 de agosto de 2015



Doctora
Ruth Sigüenza
DIRECTORA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIUS DOEPFNER
Ciudad

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos la Carrera de Enfermería del área Académica del Plan de Contingencia de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora y a la vez aprovecho a la oportunidad para desearle éxitos en las funciones por usted desempeñadas.

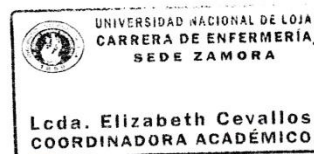
Me es grato dirigirme a su autoridad para solicitarle muy comedidamente autorice a quien corresponda se facilite a la señorita **JOHANA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ** con cédula **1900555135** estudiantes del Séptimo Módulo de la carrera de Enfermería del Plan de Contingencia de la UNL sede Zamora para que pueda realizar la revisión de Historias Clínicas de las pacientes atendidas con amenaza de aborto en el servicio de Ginecología en el año 2014 – 2015, solicitud que la hago ya que la mencionada estudiante se encuentra ejecutando su Trabajo de Titulación denominado **"FACTORES DE RIESGO DE AMENSA DE ABORTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. 2014 - 2015"**, el mismo que es uno de los requisitos para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

Seguro de contar con su aprobación a lo solicitado, le expreso mi agradecimiento, no sin antes manifestarle los sentimientos de consideración y estima más distinguidos a su persona.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Lic. Elizabeth Cevallos
**COORDINADORA ACADÉMICO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**



Anexo 4. Oficio dirigido a la directora del Hospital Julios Doepfner solicitando apertura para realizar las charlas educativas en sus diferentes servicios.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
SEDE ZAMORA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Zamora, 26 de febrero del 2016

Dra.
Ruth Sigüenza

**DIRECTORA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIOS DOEPFNER
ZAMORA**

Ciudad

De mi especial consideración.

Reciba un cordial saludo deseándole éxito en sus labores cotidianas.

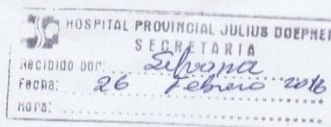
Yo Johanna Maricela Herráez Panamá estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora por medio del presente solicito de la manera más comedida se me autorice la entrada al Hospital Julius Doepfner con la finalidad de realizar el plan de acción dirigido al área de ginecología y consulta externa en relación a mi tema de investigación titulado **FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS MADRES GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPNER DE ZAMORA. 2014-2015.**

Esperando que mi petición tenga la acogida respectiva desde ya le antelo mi más sincero agradecimiento.

Atentamente,

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ
C.I: 1900555135.

Nota: Adjunto cronogramas de actividades previstas para el desarrollo del plan de acción.



Anexo 5. Oficio dirigido al Médico General Johnson Burguan para solicitar su colaboración en las visitas domiciliarias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
SEDE ZAMORA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Zamora, 18 de febrero del 2016

Doctor.
Johnson Burguan
MÉDICO GENERAL DEL CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
ZAMORA

Ciudad

De mi especial consideración.

Reciba un cordial saludo deseándole éxito en sus labores cotidianas.

Yo Johanna Maricela Herráez Panamá estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja sede Zamora por medio del presente solicito de la manera más comedida se digne colaborar con sus servicios médicos y de ecografía para realizar visitas domiciliarias en las siguientes fechas; 25/02/2016, 26/02/2016, 03/03/2016, 01/03/2016, 02/03/2016, 03/03/2016. En vista de que me encuentro realizando el plan de acción de mi tesis de investigación titulado **FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO DE LAS MADRES GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPNER DE ZAMORA. 2014-2015.**

Esperando que mi petición tenga la aceptación respectiva desde ya le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ
C.I: 1900555135.

Recibido
18-02-2016

Dr. Johnson Burguan Chamba
MÉDICO IMAGENÓLOGO ESPECIALISTA
Reg. MSP. Libro: 1 Folio: 17 No. 50
Registro: SENESCYT
1008-9-701319

Anexo 6. Certificado de haber recolectado los datos de las historias clínicas

Ministerio de Salud Pública

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ZONA 7
DISTRITO DE SALUD 19D01
YACUAMBI – ZAMORA SALUD**

Zamora, 29 de Septiembre del 2015

CERTIFICADO

Ing. Bélgica Marín

RESPONSABLE DE TALENTO HUMANO- ADMISIONES.

A PETICIÓN DE PARTE INTERESADA.

Certifico:

Que la Señorita Interna de Enfermería **JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ**, acudió al área de estadística para que se le otorgase las 144 historias clínicas que solicito con previa autorización, en las que se entregó 30 historias en las fechas correspondientes a los días; 01/09/2015, 16/09/2015, 17/09/2015, 22/09/2015, 23/09/2015.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso del mismo para trámites pertinentes.

Att.

Lcda. Bélgica Marín

RESPONSABLE DE TALENTO HUMANO- ADMISIONES

Anexo 7. Certificado obtenido por la charla brindada en el Centro anidado (APS) a las gestantes que tuvieron amenaza de aborto.



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ZONA 7
DISTRITO DE SALUD 19D01
YACUAMBI - ZAMORA SALUD

Zamora, 21 de Marzo del 2016

CERTIFICADO

Lcda. Patricia Pintado.

ENF. DE CENTRO ANIDADO

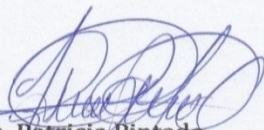
A PETICIÓN DE PARTE INTERESADA.

Certifico:

Que la Señorita Interna de Enfermería JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ, brindo la charla educativa el día 21 de Marzo del 2016 a las 10H00, con el tema de FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO; dirigida a las gestantes que se realizan los controles en este centro de salud.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del mismo para trámites pertinentes.

Att.


Lcda. Patricia Pintado

ENF. DE CENTRO ANIDADO

Anexo 8. Certificado del servicio de ginecología y obstetricia-hospitalización por la charla que se brindó a las gestantes de Alto riesgo de hospitalización



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

AREA DE SALUD N° 1 ZAMORA

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIUS DOEPFNER

Zamora, 23 de Marzo del 2016

CERTIFICADO

Lcda. Carmita Benitez

ENF. LIDER DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTRETRICIA

Certifico:

Que la Señorita Interna de Enfermería JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ brindo la charla educativa en el día 23 de Marzo del 2016 a las 10H00, con el tema de FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE A MENAZA DE ABORTO; dirigida a las gestantes que se encuentran en el área de hospitalización este centro de salud.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del mismo para trámites pertinentes.

Att.

Lcda. Carmita Benitez

ENF. LIDER DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTRETRICIA

Anexo 9. Certificado obtenido por la charla a las gestantes en el servicio de consulta externa – Especialidad



Ministerio de Salud Pública

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ZONA 7
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIUS DOEPFNER**

Zamora, 22 de Marzo del 2016

CERTIFICADO

Lcda. Margoth Ochoa.

RESPONSABLE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA - ESPECIALIDAD

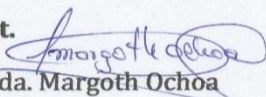
A PETICIÓN DE PARTE INTERESADA.

Certifico:

Que la Señorita Interna de Enfermería JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ, brindo la charla educativa el día 22 de Marzo del 2016 a las 10H00, con el tema de FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO; dirigida a las gestantes que se realizan los controles en este centro de salud.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del mismo para trámites pertinentes.

Att.


Lcda. Margoth Ochoa

**RESPONSABLE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA -
ESPECIALIDAD**

Anexo 10. Cronograma General Del Plan De Acción

Fecha Hora	Lugar	Actividades /Contenido	Recursos materiales	Técnica
25/02/2016 10H00-15h00 26/02/2016 10H00-15H00 01/03/2016 10H00-15H00 02/03/2016 10H00-15H00 03/03/2016 10H00-15H00	Domicilio de a las gestantes con amenaza de aborto, gestantes en general y a las que perdieron su embarazo.	Atención médica y de enfermería a través de visitas domiciliarias con el apoyo del médico general. <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales -Presión arterial -Pulso <ul style="list-style-type: none"> • Medición de altura de fondo uterino -Crecimiento fetal <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo fetal -Control de peso -Vigilar el crecimiento fetal <ul style="list-style-type: none"> • Control de vacunas -Registro de inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trípticos • Hoja de registro • Cámara fotográfica • Cinta métrica • Balanza • Tensiómetro • Fonendoscopio • Doppler 	Conferencia y trabajo de campo
21/03/2016 10H00 22/03/2016 10H00 23/03/2016 10H00	Centro Anidado. Consulta externa– Especialidad Servicio de ginecología Hospitalización	Capacitación sobre factores de riesgo, cuidados en la amenaza de aborto e importancia de mantener el periodo intergenesico Definición La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de la gestación, con ausencia de modificaciones cervicales. Cuadro clínico <ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea secundaria. • Prueba de embarazo positiva (β-hCG cuantitativa). • Presencia de vitalidad fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registro • Proyector • Computadora • Banner • Esfero • Cámara fotográfica • Trípticos 	Conferencia

		<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado uterino de magnitud variable. • Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable. • Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente <p>Factores de riesgo</p> <p>Crónicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus 1 • Estados hipertensivos • Enfermedad tiroidea • Lupus • Enfermedad renal • Síndrome anti fosfolípido <p>Agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones • Traumatismos • Antecedentes de tres o más abortos <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades congénitas y adquiridas • Incompetencia Istmo cervical <p>Exógenos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malos hábitos sociales • Radiaciones <p>Tratamiento</p> <p>Reposo absoluto Abstinencia de relaciones sexuales Controles maternos cada mes Cuidados generales del embarazo</p> <p>Farmacéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 500mg c/8 horas para disminuir el dolor. 		
21/03/2016 22/03/2016 23/03/2016	Al Servicio Centro Anidado Consulta	Entrega de una pancarta en material lona sobre amenaza de aborto y los factores que lo causan.	<ul style="list-style-type: none"> • Lona • Cámara fotográfica 	Implementación

	<p>Externa Especialidad Hospitalización Ginecología</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Cuadro clínico • Factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> Crónicos Agudos Físicos Exógenos • Tratamiento • Cuidados generales en el embarazo Donación de un plan de cuidados de enfermería sobre amenaza de aborto. • Diagnostico NANDA • Objetivos (NOC) • Actividades enfermería(NIC) • Razón Científica 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de oficina • Computadora • Impresora 	
	<p>Servicio de ginecología</p>	<p>Entrega de una pancarta en material lona con el contenido de: amenaza de aborto y los factores que lo causan. Cuadro clínico Factores de riesgo Tratamiento Cuidados generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Reposo • Aseo • Controles prenatales 	<p>Fotos Consulta bibliográfica Cámara fotográfica Acta de entrega Hoja de registro</p>	<p>Implementación</p>

Anexo 11. Registro de asistencia para la recolección de datos de las historias clínicas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

SEDE ZAMORA CHINCHIPE

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	Nº CEDULA DE CIUDANÍA	FIRMA
01/09/2015	Belgica E. Marin	1900221662	
16/09/2015	Belgica E. Marin	1900221662	
17/09/2015	Belgica E. Marin	1900221662	
22/09/2015	Belgica E. Marin	1900221662	
23/09/2015	Belgica Main P.	1900221662	

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ

INTERNA ROTATIVA DE ENFERMERÍA

RESPONSABLE

Anexo 12. Registro de firmas de las visitas domiciliarias



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEDE ZAMORA CHINCHIPE

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	Nº CEDULA DE CIDADANÍA	FIRMA
25/02/2016	Maria Elena Torres Naula	1900782136	
25/02/2016	Lisbeth Micaela Incaunata	110574025-5	
02/03/2016	Sandra Elizabeth Esparza C.	1900777457	
02/03/2016	Rudaela Lango	1103656870	
02/03/2016	Jennifer Sánchez	1900668876	
02/03/2016	Karina Vargos	1800274532	
03/03/2016	Gindy Chimbo	150156259	
03/03/2016	Estherany Ramirez	1950014793	

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ

RESPONSABLE

Anexo 13. Registro de firmas de asistencia de las gestantes a la charla en el Centro Anidado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

SEDE ZAMORA CHINCHIPE

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	Nº CEDULA DE CIDADANÍA	FIRMA
21/03/2016	Katya González	1900811751	
21/03/2016	Gladis Abrego	1300763515	
21/03/2016	Ruth Galva	1900377431	
21/03/2016	Julia Veintimilla	1900398877	
21/03/2016	Magaly Jaramila	1105522465	
21/03/2016	gladis Pincheu	010516053.1	
21/03/2016	Monica Cabrera	195019676-4	
21/03/2016	Maria Elena Infante	1104805666	
21/03/2016	MARIA DEL CISNE MEDINA	130035625 2	
21/03/2016	Maria Estela Alvarez	110388973-7	
21/03/2016	Zano Wiza Guira Encarn	1900513199	
21/03/2016	Maria Gabriela Remon	190051503-0	
21/03/2016	Maria Jimenez	47936000	
21/03/2016	Lilia G. Suñig	1400274562	
21/03/2016	Claudia Montano	0707006730	

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ

RESPONSABLE

Anexo 14. Registro de firmas de asistencia a la charla en Consulta externa
Especialidad



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

SEDE ZAMORA CHINCHIPE

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	Nº CEDULA DE CIDADANÍA	FIRMA
	MARIANA Cabrera	1900481783	<i>Mariana Cabrera</i>
22/03/2016	Grilo Gonzaga	1900885870	<i>Grilo Gonzaga</i>
22/03/2016	Katy Macos	1900560697	<i>Katy Macos</i>
22/03/2016	Sofía Regalado	1900542299	<i>Sofía Regalado</i>
22/03/2016	Maria Carmen	190029338-0	<i>Maria Carmen</i>
22/03/2016	Daniela Larreategui	1900612951	<i>Daniela Larreategui</i>
22/03/2016	Hilda Remache	190037727-4	<i>Hilda Remache</i>
22/03/2016	Diana Sigcho	1900564624	<i>Diana Sigcho</i>
22/03/2016	Maria González	1900839976	<i>Maria González</i>
22/03/2016	Emma Espinoza	1900459171	<i>Emma Espinoza</i>
22/03/2016	Kelly Sánchez	1950009334	<i>Kelly Sánchez</i>
22/03/2016	Gloria Jiménez	1950082428	<i>Gloria Jiménez</i>
22/03/2016	Angélica Nece	190035555-1	<i>Angélica Nece</i>
22/03/2016	Maricela Jimjós	1900393495	<i>Maricela Jimjós</i>
22/03/2016	Martha Shanay	1900316199	<i>Martha Shanay</i>
22/03/2016	Jania Maso	1900383520	<i>Jania Maso</i>
22/03/2016	Clara Gualan	1900523471	<i>Clara Gualan</i>

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ

RESPONSABLE

**Anexo 15. Registro de firmas por la charla expuesta en Gineco-Ostetría
Hospitalización**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

SEDE ZAMORA CHINCHIPE

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	Nº CEDULA DE CIDADANÍA	FIRMA
	Blanca Vinan	1900250521	
23/03/2016	Ruth Gargada	1900373523	
23/03/2016	Comando Piedad Boixen	1102511416-8	
23/03/2016	Andrea Wojara	145009298-1	
23/03/2016	Luisa Sanchez	1400265459	
23/03/2016	Micio Vantip	190031384-0	
23/03/2016	Dapde Topán	0927253211	
23/03/2016	Rosama Vyumkar	1900114898	
23/03/2016	Stefano Cuelo	1900122115	
23/03/2016	Darwin Pecunty	1102580802	

JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ

RESPONSABLE

Anexo 16. Trípticos

TRATAMIENTO



Reposo absoluto



No mantener relaciones sexuales durante el tiempo que este con amenaza.

RECUERDA QUE :

Al realizarte los controles prenatales mensuales estas ayudando a vigilar la evolución del tu embarazo y a prevenir las complicaciones.







CUIDADOS GENERALES EN EL EMBARAZO



Tomar acido fólico durante los tres primeros meses del embarazo.



Alimentación adecuada y variada.



Aseo diario general y visitas al odontólogo.



Evitar comidas grasosas.



Hidratar la piel diariamente luego de cada baño.



Usar ropa y zapatos cómodos.



Evitar el consumo de alcohol, tabaco, drogas etc.

Tomar acido fólico durante los tres primeros meses del embarazo.

Alimentación adecuada y variada.

Aseo diario general y visitas al odontólogo.

Evitar comidas grasosas.

Hidratar la piel diariamente luego de cada baño.

Usar ropa y zapatos cómodos.

Evitar el consumo de alcohol, tabaco, drogas etc.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



SEDE ZAMORA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

AMENAZA DE ABORTO Y SUS FACTORES QUE LA CAUSAN



Autora: Johanna M. Herráez Panamá

Zamora - Ecuador

2026


"La decisión de llevar un embarazo sin complicaciones solo depende del cuidado que me doy"



...rada cantidad.

URINARIAS.





Alcohol, Tabaco, Cocaína, Radiaciones.

Anexo 17. Cuidados de enfermería en Amenaza de Aborto

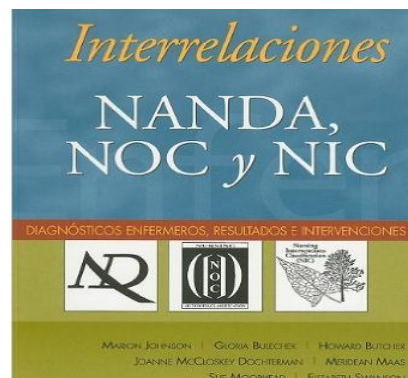


1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA ENFERMERÍA

**TEMA:
PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN AMENAZA DE
ABORTO CON NANDA, NOC Y NIC**



**AUTORA:
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
JOHANNA MARICELA HERRÁEZ PANAMÁ**

ZAMORA – ECUADOR

2015-2016

JUSTIFICACION

La enfermera siendo el pilar fundamental y el contacto directo con el usuario la misma que se encuentra implicada en la recuperación e integración del mismo a su núcleo familiar.

La enfermería abarca los cuidados autónomos dirigidos a los usuarios de todas las edades, familias, grupos, comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.

Es imprescindible tener un medio de apoyo basado en procedimientos y cuidados, para de esta manera llevar a cabo las actividades y disminuir las falencias en la toma de decisiones al realizar las actividades directas con el paciente y llegar al fortalecimiento enfatizado hacia la recuperación del usuario.

Características de la Enfermería como profesión

1. Constituye un servicio a la sociedad que implica conocimientos y habilidades especiales.
2. Posee un cuerpo de conocimientos propio que intenta perfeccionar y aumentar constantemente para mejorar sus servicios.
3. Es responsable y se hace cargo de la preparación de las personas que van a desempeñarla.
4. Establece sus propias normas y modelos de actuación y criterios de medida de la misma.
5. Adapta sus servicios a las necesidades cambiantes.
6. Acepta y asume la responsabilidad de proteger al público al cual sirve.
7. Trata de rentabilizar de forma económica las personas que la ejercen.
8. Está más motivada por su compromiso con la causa a la que sirve que por consideraciones de tipo económico.
9. Se ajusta un código de conducta basado en principios éticos.
10. Convoca la unión de sus miembros para alcanzar fines comunes.
11. Se gobierna a sí misma.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Dotar de una guía de información al personal de enfermería que se encuentra al cuidado directo del usuario en el área de ginecología, con el fin de organizar, planificar, enfatizar y ejecutar las actividades y servicios de calidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Proporcionar las intervenciones de enfermería óptima y eficaz.
- Mantener informado al personal de enfermería acerca de la atención en base a procedimientos establecidos.
- Disminuir las falencias en la ejecución de las actividades de enfermería del servicio hacia el usuario.

DEFINICIONES

GESTANTE

Definición.- Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. El embarazo tiene una duración de 280 días, aproximadamente, 40 semanas, 10 meses lunares o nueve meses y un tercio calendario.

AMENAZA DE ABORTO



La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de la gestación, con ausencia de modificaciones cervicales. Presencia de vitalidad fetal, dolor tipo cólico en hipogástrico que irradia hacia la región lumbar de magnitud variable.

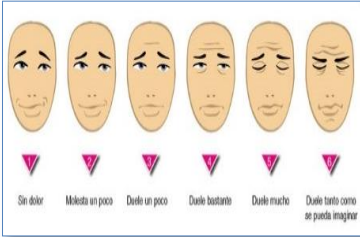


El personal de salud debe estar capacitado para identificar los factores de riesgo para de una amenaza de aborto y reconocer las variedades clínicas de este síndrome que implican pronósticos y complicaciones diferentes, minimizando así las secuelas provocadas por esta complicación en el embarazo.




FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE ABORTO




CRÓNICOS	AGÚDOS	FÍSICOS	EXÓGENOS
DM-1 descompensada	Infecciones	Congénitas	Alcohol
HTA	Traumatismos	Adquiridas	Tabaco
Enfermedad renal		Incompetencia Ístmico-cervical	Cocaína
Síndrome antifosfolípidos			Radiaciones
Lupus			
Enfermedad Tiroidea			



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA	NOC	NIC	RAZON CIENTIFICA
<p>Diagnóstico de enfermería</p> <p>Dominio: 12</p> <p>Clase: 1</p> <p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.</p> <p>Dolor agudo M/P quejidos, llanto, contracciones R/C la amenaza de aborto</p>	<p>Resultado esperado de las actividades de enfermería (NIC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para mantener el equilibrio hemodinámico 2. Para mantener una vía de acceso parenteral 	<p>Intervención y actividades de enfermería.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de signos vitales especialmente la PA, FR y FC  <ol style="list-style-type: none"> 2. Canalización de vía venosa permeable 	<p>Producto final de las investigaciones de acuerdo al NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psico-físico del individuo. <p>Estos signos se pueden medir, vigilar, los mismos que permiten evaluar el estado hemodinámico del paciente, cada indicador o signo vital posee unos parámetros numéricos que nos ayudan a interpretar la medición realizada. Además, constituye el punto de partida que determinan un cuidado individualizado al paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Canalizar una vía venosa periférica es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. A través de esta vía podremos administrar sueroterapia, medicación y nutrición parenteral, tratamientos a larga duración.

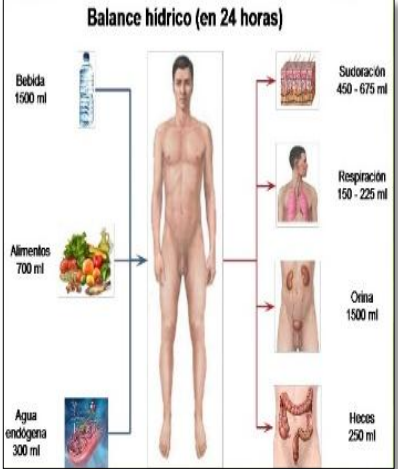

	<p>3. Obtener los valores exactos del grado del dolor que padece el paciente</p>	<p>3. Aplicar escala del dolor valorando la frecuencia, duración, intensidad y tono de la contracción.</p> 	<p>3. El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable en gran parte del caso puede ser leve, moderado o pasajero asociado con daño tisular real o potencial. Al aplicar esta escala del dolor ayuda al médico a determinar el grado del dolor para así inmediatamente aplicar el tratamiento correspondiente.</p>
	<p>4. Mejorar la oxigenación útero placentaria</p>	<p>4. Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo</p> 	<p>4. La circulación sanguínea se ve afectada. Al estar la gestante en decúbito dorsal, decúbito ventral o decúbito lateral derecho, la arteria uterina se comprime e impide que la placenta sea irrigada correctamente, de manera que hay riesgo que el feto entre en una hipoxia, lo que conlleva a sufrimiento fetal y luego muerte intraútero.</p> <p>Al colocarse la gestante en decúbito lateral izquierdo la circulación fluirá mejor, reducirás el estancamiento venoso y el bebé estará mejor oxigenado.</p>
	<p>5. Identificar si existe vitalidad fetal</p>	<p>5. Valorar presencia de latido cardiaco fetal.</p> 	<p>5. El latido cardiaco es la primera actividad fetal observable, a las 6 semanas, y la frecuencia cardiaca se convertirá en una fuente de información de gran valor sobre el estado fetal. Este medio de diagnóstico se utiliza para comprobar la frecuencia y el ritmo de los latidos del corazón del feto y verificar su bienestar durante la presencia de una amenaza de aborto.</p>




	<p>6. Disminuir el dolor</p>	<p>6. Administración de analgésicos</p> 	<p>6. Los analgésicos se emplean según la intensidad del dolor, los más utilizados tenemos:</p> <p>Los narcóticos, actúan directamente sobre el sistema nervioso central, aplicados para tratar dolores crónicos.</p> <p>Los no Narcóticos, bloquean la producción de las prostaglandinas, es decir las sustancias que desencadenan el dolor. Además, tienen propiedades anti-inflamatorias y anti-piréticas es decir controlan la fiebre.</p> <p>El medico luego de evaluar su grado del dolor empleara su tratamiento.</p>
<p>Dominio 4: Actividad /reposo Clase 4: respuesta cardiovascular pulmonar Riesgo de sangrado Definición: riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud. M/P sangrado transvaginal en moderada cantidad y dolor a nivel lumbar y contracciones</p>	<p>1. Disminuir riesgo de Shock Hipovolémico</p> <p>2. Para identificar posible pérdida fetal.</p>	<p>1. Control de sangrado vaginal</p>  <p>2. Vigilancia de anexos placentarios</p> 	<p>1. La cantidad de sangre circulante en el cuerpo es de 5 a 6 litros lo cual este puede disminuir cuando hay excesiva perdida, se considera un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar cantidad de sangre.</p> <p>2. La presencia de dolor y contracciones más fuertes que lo normal, puede indicar perdida del producto, las contracciones inducen a cambios estructurales en las membranas y aumenta el riesgo de rotura de éstas y desprendimiento.</p> <p>Se verificara continuamente si hay presencia de membranas las mismas que indican la complicación de la amenaza de aborto.</p>




<p>R/C posible amenaza de aborto.</p>	<p>3. Para verificar si hay alteraciones por las posibles pérdidas sanguíneas</p>	<p>3. Control de signos vitales T/A y FC</p>  	<p>3. La valoración de estos signos nos permite verificar el estado fisiológico de los órganos vitales como el corazón, pulmones y cerebro y al haber alteraciones estos de manera inmediata expresan los cambios funcionales que suceden en el organismo</p> <p>La Presión Arterial, es la fuerza o empuje ejercido por la sangre sobre la pared de la arteria.</p> <p>Tensión Arterial, es la fuerza de igual magnitud, pero en sentido contrario ejercido por la pared de la arteria que se opone a la distensión y es la que podemos medir. Las mediciones de la presión arterial son el resultado de la fuerza de la sangre producida por el corazón, al igual que el tamaño y estado de las arterias.</p> <p>Al controlar la FC. - Verificamos las veces que el corazón realiza el ciclo completo de llenado y vaciado de sus cámaras en un determinado tiempo. Por comodidad se expresa siempre en contracciones por minuto, ya que cuando nos tomamos el pulso lo que notamos es la contracción del corazón (sístole), es decir cuando expulsa la sangre hacia el resto del cuerpo. Este signo también se puede ver alterado por diferentes factores como: la temperatura, altura o la calidad del aire, la hora del día o la edad del individuo.</p>
	<p>4. Mantener el equilibrio electrolítico</p>	<p>4. Control de ingesta y eliminación.</p> 	<p>4. El control de ingesta y eliminación nos permite precisar el volumen y cantidad de líquidos ingresados perdidos del organismo y para inmediatamente ser repuestos.</p> <p>El equilibrio electrolítico consiste en mantener estos valores normales en el cuerpo, los electrolitos son minerales en el organismo (sodio, calcio, potasio, cloro, fosfato y magnesio) que tienen una carga eléctrica, estos se encuentran en la sangre, la orina y los líquidos del cuerpo.</p>




<p>Dominio 4: actividad/Reposo Clase 5: autocuidado Déficit de auto cuidado uso del inodoro Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación M/P incapacidad para llegar al inodoro del orinal, dolor sangrado R/C deterioro de la movilidad debido a la posible amenaza de aborto</p>	<p>1. Insistir reposo absoluto de preferencia de cubito lateral izquierdo.</p> <p>2. Para evitar posibles infecciones del tracto urinario y evitar el esfuerzo físico.</p>	<p>1. Educar a la paciente sobre la importancia de guardar reposo absoluto.</p>  <p>2. Educar a la paciente la razón por que tiene que utilizar el bidet</p> 	<p>1. El reposo en cama no garantiza que los problemas con su embarazo vayan a mejorar. Es sólo una medida preventiva, para evitar que haya el desprendimiento del embrión de la pared de la placenta y evitando así un aborto.</p> <p>La mejor posición para el reposo en cama es de lado, de preferencia sobre el lado izquierdo Esto es para aliviar la presión en la vena que lleva la sangre de los pies al corazón (llamada vena cava inferior) y evitar poner presión en el hígado. Evite recostarse sobre su espalda por períodos prolongados de tiempo ya que esto pone la mayor cantidad de presión en la vena cava inferior.</p> <p>2. El bidet se utiliza para satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente los mismos que se encuentran encamados o no pueden realizar la deambulaci3n, de esta manera se evitara esfuerzos que pueden comprometer a la complicaci3n de la amenaza de aborto. El equipo de enfermería planifica, realiza y evalúa los cuidados higiénicos y de limpieza que reciben los pacientes con el objetivo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar su necesidad de seguridad • Prevenir infecciones • De estima y autoestima • Facilitando la necesidad de eliminaci3n <p>Además de realizar los procedimientos correctamente, cuida la relaci3n con el paciente, observándole y respetando su intimidad y humanizando las tareas, realizando un procedimiento de alta calidad asistencial.</p>
--	--	--	--

	<p>3. Para evitar infecciones del tracto urinario por la proliferación de bacterias.</p>	<p>3. Realizar aseo perianal diario</p> 	<p>3. Este procedimiento es el cuidado sistemático que se realiza al usuario. De esta manera fomentamos los hábitos de higiene en el paciente y su confort, como podremos prevenir irritaciones e infecciones. Tomando en consideración que en las mujeres se realiza de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar el pubis y los labios mayores. ✓ Separar los labios mayores con una mano y lavar con la otra los labios menores, vestíbulo perineal y región anal limpiando de arriba hacia abajo y de dentro hacia fuera, en un solo movimiento, desechando el paño o gasa cada vez. ✓ Lavar con agua a chorro, eliminando todo tipo de residuos. ✓ Secar cuidadosamente de la misma forma, para evitar que la zona quede húmeda y haya proliferación de bacterias.
<p>Dominio 1: promoción de la salud Clase 2: gestión de la salud Disposición para mejorar la nutrición Definición: Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que pueden ser</p>	<p>1. Para mantener la estabilidad en la motilidad intestinal.</p>	<p>1. Administrar una dieta adecuada.</p> 	<p>1. La dieta deber ser variada, rica en proteínas, vitaminas y minerales que facilitan la regeneración de los tejidos. En ocasiones se precisa un aporte nutricional complementario con una dieta balanceada. Asegurar un aporte diario de fibra para mantener un ritmo intestinal y así evitar las constipaciones ya por lo general ellas pasan la mayoría de tiempo acostadas y como consecuencia se producen los estreñimientos.</p>

<p>reforzadas M/P aporte inadecuado de nutriente, perdida de la motilidad intestinal debido al reposo absoluto R/C amenaza de aborto</p>	<p>2. Establecer el balance hidroelectrolítico o en la paciente de acuerdo a sus necesidades.</p>	<p>2. Administración de líquidos</p> 	<p>2. El balance hidroelectrolítico es el resultado de comparar el volumen, tanto de los líquidos perdidos como los ganados m, enmarcando esta comparación dentro de un periodo determinado de 24 horas.</p>
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2: Respuesta afrontamiento Ansiedad Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica</p>	<p>1. La enfermera suministra apoyo e información al paciente</p>	<p>1. Brindar Seguridad Y Apoyo Emocional</p> 	<p>1. Al brindar seguridad y apoyo emocional estaremos estrechando los lazos enfermera paciente de esta manera la usuaria se sentirá en confianza, permitirá y colaborará con su tratamiento y habrá una pronta recuperación. Para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante su estadía hospitalaria disminuyendo la ansiedad al procedimiento que fue sometido y a la vez colabore con el personal de enfermería sobre el tratamiento y actividades a realizarse.</p>

<p>sentimiento de aprensión causado por la aprensión de un peligro. M/P nerviosismo, preocupación, angustia, temor, trastornos del sueño R/C con la posible pérdida del feto.</p>	<p>2. La enfermera educara al paciente que debe comunicar cualquier signo o síntoma que presente.</p>	<p>2. Educación al paciente acerca de su sintomatología.</p>  	<p>2. La sintomatología es un conjunto de síntomas que presenta el individuo que son característicos de una enfermedad. Al educar adecuadamente a la usuaria acerca de su patología como son los signos y síntomas y sus complicaciones los mismos que al no ser comunicados inmediatamente al personal de salud estos podrían convertirse en complicaciones.</p>
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 1: Sueño reposo Definición: Interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores extremos M/P</p>	<p>1. Brindar confort a la paciente</p>	<p>1. Establecer horarios específicos para la administración de medicamentos.</p> 	<p>1. En el caso de la paciente con amenaza de aborto siempre se priorizará un ambiente tranquilo y relajado, por ello su administración de su medicamento se tomará en cuenta que los horarios serán específicos para no irrumpir su descanso.</p>

<p>quejas verbales de sentirse cansado, dificultad para conciliar el sueño R/C estancia pre hospitalaria: iluminación, ruidos, olores nocivos, horarios de medicación inadecuado</p>		<p>2. Permitir que la paciente duerma las horas correctas.</p>  <p>3. Educar a los familiares sobre el horario de visitas.</p> 	<p>2. Al descansar adecuadamente y las horas correctas ayuda a la relajación y al bienestar tanto psicológicamente como físicamente. Así evitaremos estrés en la paciente.</p> <p>3. Al realizar la educación sobre los horarios de visitas estamos ayudando a fomentar los lazos de la paciente – enfermera y familiares de la misma manera explicar que se deben regir al horario de visitas el cual está expuesto para evitar aglomeración de familiares y por ende evitar un estado caótico y de estrés entre los pacientes.</p>
<p>Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud. Definición: Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y</p>	<p>1. Disminuir el desconocimiento o sobre la amenaza de aborto</p>	<p>1. Educar a los familiares sobre los cuidados que deben brindarle a la paciente en su hogar</p> 	<p>1. Al momento que educamos a los familiares estamos previniendo que nuevamente se presenten complicaciones durante su recuperación. Dentro de estos cuidados se considera importante el reposo absoluto en mismo que la paciente tendrá que delimitarse a realizar las labores cotidianas o algún esfuerzo físico.</p>

<p>de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.</p> <p>M/P</p> <p>Desconocimiento de los familiares y el usuario acerca de sus cuidados y tratamiento R/C</p> <p>reincidencia del cuadro clínico de amenaza de aborto</p>	<p>2. Educar a la paciente acerca de su diagnóstico.</p> <p>3. Instruir a la paciente el progreso y recuperación de la amenaza de aborto.</p> <p>4. Educar sus cuidados y tratamiento a realizar en su domicilio.</p>	<p>2. Educar a la paciente sobre los signos de riesgo que se presentan en la amenaza de aborto.</p>  <p>3. Brindar información para que la paciente conozca lo que sucede durante la amenaza de aborto.</p>  <p>4. Guiarle para que cumpla el tratamiento que se envía a su domicilio durante la amenaza de aborto.</p> 	<p>2. Es importante educar prioritariamente a la paciente sobre los signos y síntomas que presenta ante una amenaza de aborto, para que en lo posterior reconozca estos síntomas y con ello prevenimos complicaciones o que comúnmente se produzca un aborto espontaneo.</p> <p>3. Al momento que la paciente se encuentra inmiscuida en progreso de su recuperación estamos avivando su esperanza, de esta forma evitaremos que caiga en depresión por el momento crítico que se encuentra atravesando y así su recuperación será viable.</p> <p>4. Al incentivar que cumpla con su tratamiento estamos ayudando a que el tratamiento y su recuperación sea un éxito y de esta manera la paciente pueda continuar con su embarazo y así llegar a su culminación,</p>
--	---	--	---

Anexo 18. Material fotográfico

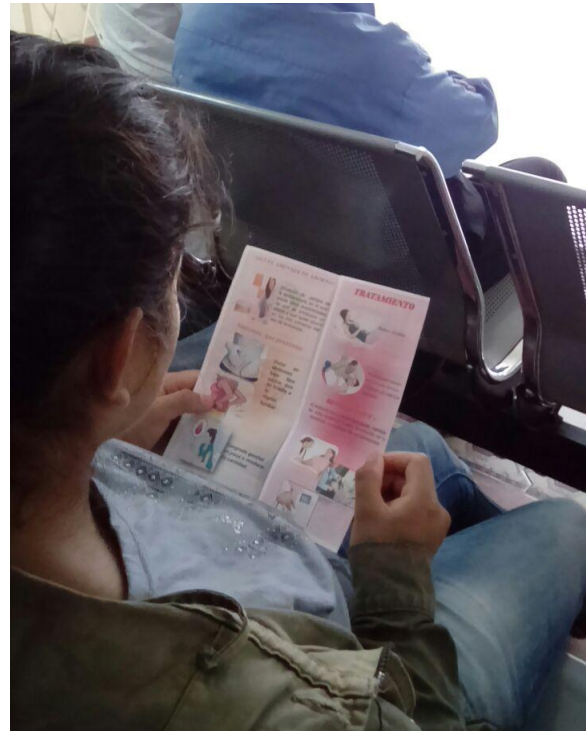
Charla en el área de centro anidado (APS) con el tema de amenaza de aborto y los factores que lo causan



Charla en el área de consulta externa- Especialidad con el tema amenaza de aborto y los factores que lo causan



Entrega de material informativo en las áreas que se ejecutó las charlas



Entrega de una pancarta elaborada en lona con contenido sobre amenaza de aborto y sus factores que la causan y plan de cuidados de enfermería.



Charla dirigida a las gestantes en hospitalización área de alto riesgo y en la sala de Gineco-Obstetricia



Charla dirigida a pacientes postparto que culminaron su embarazo, área de hospitalización Gineco-Obstetricia



Educación a las pacientes post parto los cuidados previos que se deben realizar previo a un próximo embarazo, para evitar complicaciones.



Visitas domiciliarias y toma de: Altura uterina, Peso, Frecuencia Cardiaca fetal, Ecografía, Tensión Arterial y pulso



Ecografía y frecuencia cardiaca fetal con la colaboración del Médico General Johnson Burguan.



Visitas domiciliarias y charla acerca de amenaza de aborto y los factores que lo causan a las pacientes en gestación y a las usuarias que perdieron su producto.



ÍNDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	8
5. MATERIALES Y MÉTODOS	25
6. RESULTADOS	31
7 DISCUSIÓN	46
8. CONCLUSIONES	50
9. RECOMENDACIONES	51
10. BIBLIOGRAFÍA	52
11. ANEXOS	55
INDICE	92