



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**EDUCACIÓN A ADOLESCENTES ACERCA DEL ABORTO
ESPONTÁNEO EN EL ÁREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL GINECO
OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.
DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012.**

PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

ELABORADO POR:

BLANCA AZUCENA GORDON CASTRO

GUAYAQUIL, JULIO 9 DE 2012



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Sra. Gordon Castro Blanca Azucena como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Guayaquil, julio 9 del 2012

**DIRECTOR
LCDA. OLGA MUÑOZ**

**REVISADO POR
LCDA. ROSARIO ERAZO**

**RESPONSABLE ACADÉMICO
LCDA. NORA CARRERA ROJAS**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

GORDON CASTRO BLANCA AZUCENA

DECLARO QUE:

El proyecto de grado denominado “Educación a Adolescentes acerca del aborto espontáneo en el Área de admisión del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde Octubre 2011 hasta Abril del 2012”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyos fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaratoria, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Guayaquil, julio 9 del 2012

LA AUTORA

GORDON CASTRO BLANCA AZUCENA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, GORDON CASTRO BLANCA AZUCENA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado: “Educación a Adolescentes acerca del aborto espontáneo en el Área de admisión del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde Octubre 2011 hasta Abril del 2012”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, julio 9 del 2012

LA AUTORA

GORDON CASTRO BLANCA AZUCENA

DEDICATORIA

Dedico está proyecto de Tesis a Dios y a mi madre. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi esposo Carlos quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Es por ellos que soy la que soy ahora, los amo con mi vida.

Blanca Azucena Gordon Castro

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, que me ha brindado una vida llena de alegría y aprendizaje permitiéndome vivir una grata experiencia en mi etapa universitaria.

A mis padres que siempre me han apoyado, guiado y cuidado con mucho amor gracias de corazón por todas las oportunidades que me han brindado.

A mi hermano que nunca titubeó para ayudarme en todo momento, gracias por su tiempo, consejos, apoyo incondicional y cariño.

A mis amigos que siempre estuvieron a mi lado apoyándome, escuchándome aconsejándome y en muchas ocasiones guiándome.

Blanca Azucena Gordon Castro

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.	1
PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U	
OBJETO DE ESTUDIO.	3
Contextualización del tema u objeto de estudio.	4
OBJETIVOS.	5
Objetivo general.	5
Objetivos específicos.	5
MARCO REFERENCIAL.	6
MARCO TEÓRICO.	6
MARCO LEGAL.	6

CAPÍTULO I

1. EMBARAZO

1.1. Definiciones y conceptos.	9
1.1.1. <i>Etapas del embarazo.</i>	9
1.1.2. <i>Complicaciones del embarazo.</i>	11
1.2. Adolescencia definiciones.	12
1.3. Embarazo adolescente.	14
1.3.1. <i>Razones Psicosociales por las que las adolescentes quedan Embarazadas.</i>	15

CAPÍTULO II

2. ABORTO

2.1. Concepto de aborto.	17
2.2. Tipos de aborto.	17
2.2.1. <i>Aborto espontáneo.</i>	18
2.2.2. <i>Aborto inducido.</i>	19

CAPÍTULO III

3. ABORTO ESPONTÁNEO

3.1.	Concepto de aborto espontáneo.	21
3.2.	Etapas del aborto espontáneo.	22
3.3.	Epidemiología.	24
3.4.	Aborto espontáneo en adolescentes.	24
	3.4.1. <i>Causas del aborto espontáneo.</i>	25
	3.4.2. <i>Consecuencias del aborto espontáneo.</i>	27
	3.4.3. <i>Síntomas del aborto espontáneo.</i>	28
3.5.	Aborto espontáneo recurrente.	29
3.6.	Prevención.	30

CAPÍTULO IV

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

4.1.	Definición de Cuidados de enfermería.	31
4.2.	Atención de enfermería a adolescentes con aborto espontáneo.	32
4.3.	Procedimientos de enfermería y su naturaleza.	33
	4.1.1. <i>Características del Procedimiento de enfermería.</i>	34
	4.1.2. <i>Fases de los Procedimientos de enfermería.</i>	34
4.4.	Asesoramiento en el alta.	36

CAPÍTULO V

5. AUTOCAUIDADO

5.1.	Teoría de Enfermería Dorothea Orem.	37
5.2.	Precauciones para prevenir aborto espontáneo.	39
5.3.	Rehabilitación de las pacientes con aborto espontáneo.	40
5.4.	Orientación efectiva a los pacientes con aborto espontáneo.	41

5.5. Rol a los familiares cercanos.	44
5.6. Plan de educación para adolescentes con aborto espontáneo	44
HIPÓTESIS.	53
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	54
Métodos de investigación.	54
Población y muestra.	54
Técnica de recogida de datos.	54
Análisis de la información.	55
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.	56
CONCLUSIONES.	78
RECOMENDACIONES.	79
VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION.	80
BIBLIOGRAFÍA.	82
ANEXOS.	84

ABREVIATURAS

cm: centímetros

DE: Dilatación y evacuación

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

g: gramo

kg: Kilogramos

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PEG: Pequeños para la edad gestacional.

TEMA: “EDUCACIÓN A ADOLESCENTES ACERCA DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN EL ÁREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012.”

Autora:

Blanca Azucena Gordon Castro

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito proponer un Plan de Educación acerca del aborto espontáneo para las adolescentes de 14 a 16 años que ingresan al Área de Admisión del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, para ello se utilizó la investigación descriptiva, analítica con modalidad de campo, empleando como instrumento la encuesta dirigida al grupo objetivo y al personal de enfermería, cuyos resultados fueron que no tienen conocimiento acerca de la prevención, autocuidado ni detección de síntomas del aborto espontáneo, debido a sus bajos niveles de instrucción y porque el personal de enfermería no ha cumplido su rol educador, estimando la OMS y MSP que 1 de cada 4 adolescentes sufren aborto espontáneo, por este motivo, se ha propuesto la elaboración de un plan educativo con tríptico, para instruir y capacitar a las adolescentes, para que eviten embarazos precoces, reconozcan los síntomas de amenaza de aborto, tomen conciencia de la importancia de acudir a controles médicos periódicos, además que procuren su autocuidado y se rehabiliten anímicamente para empezar de manera planificada su vida sexual y reproductiva; este proyecto beneficiará a 30 usuarias de 14 a 16 años, esperando que sus resultados se multipliquen hacia las adolescentes de la comunidad.

Palabras claves: Adolescentes, Aborto espontáneo, Programa educativo, Tríptico.

THEME: “EDUCATION TO ADOLESCENTS IN THE SPONTANEOUS ABORT IN TO ADMISSION AREA TO THE OBSTETRIC GYNECOLOGY HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR, OF THE MONTH TO OCTOBER 2011 TO APRIL TO THE YEARS 2012”.

Author:

Blanca Azucena Gordon Castro

ABSTRAC

The object de present research is to proposal to the Education Plan to the spontaneous abort for the adolescent to the 14-16 age years, into Area Admission to the Obstetric Gynecology Hospital Enrique C. Sotomayor; for effect it is used the analytic descriptive research, with camp mode, used with investigative instrument the opinion poll, to the adolescent to the 14 to 16 age years, with spontaneous abort and infirmary personal to the Obstetric Gynecology Hospital Enrique C. Sotomayor; the results was which the adolescent to the 14 to 16 age years, not have knowledge to the prevention, carefull neither to the detection spontaneous abort symptom, by yours level low to instruction and which infirmary personal not perform the education function; this is increasing the spontaneous abort tease, by one to four adolescent suffer spontaneous abort, for this, it is proposal the elaboration to the educative plan, for to teaching and to capacity to the adolescents, for which avoid adolescent pregnancy, for which recognize the detection spontaneous abort symptom, which assist to the medical controls, moreover realizing the careful in the home, and the realized the planning your reproductive and sexual life, because this project to benefit to 30 users to the 14 to 16 age years, with the expectative of to multiply yours results to the rest locality community adolescent.

Key words: Adolescents, Spontaneous Abort, Educative Planning.

INTRODUCCIÓN

Un aborto espontáneo o aborto involuntario, es la pérdida de un bebé en las primeras 20 semanas de embarazo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 20 por ciento de los embarazos detectados terminan en un aborto espontáneo y más del 80 por ciento de estas pérdidas suceden antes de las 12 semanas.

Los registros del Ministerio de Salud Pública (MSP) acerca del aborto espontáneo indican que su mayor incidencia se da en adolescentes, sobre todo en aquellas que tienen edades entre 14 a 16 años, que según el VII Censo de Población y VI de Vivienda del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) suman la cantidad de 105.255 mujeres.

Esta situación es similar a la que se observa en el Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C Sotomayor”, donde 320 adolescentes ingresaron con diagnóstico de aborto espontáneo, donde ha tenido mayor representación el tipo espontáneo sobre el producido, por este motivo se ha optado por la realización de esta investigación.

Varios de los factores que ocasionan el aborto espontáneo, son la automedicación, anemia, edad, herencia, práctica de dependencia de sustancias tóxicas e infecciones de vías urinarias, por lo tanto, con la realización de esta investigación se pretende plantear estrategias para minimizar el impacto de los mismos, para ello será necesario determinar el grado de relación entre el nivel de desconocimiento del riesgo y el incremento de embarazos que terminan en aborto espontáneo.

Es muy importante el uso de los instrumentos de investigación, dirigidos a las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, y, con los resultados obtenidos, poder plantear una propuesta que logre la minimización o evitar la reincidencia del problema en las usuarias que ingresan al Área de Admisión del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C Sotomayor, para beneficio de esta población objetivo.

Por este motivo, adquiere mucha importancia el estudio del aborto espontáneo en adolescentes que pertenecen a los grupos de edades de 14 a 16 años, quienes por lo general tienen niveles de instrucción primaria o recién inician la secundaria, desconociendo las recomendaciones básicas para detectar oportunamente una amenaza de aborto espontáneo.

Esto significa, que con la presente investigación se espera mejorar la calidad de vida de las adolescentes embarazadas que pertenecen a los grupos de edades de 14 a 16 años, para beneficio de ellas, de los hijos que llevan en el vientre y de sus familiares.

Para la mejor apreciación del lector, el presente proyecto investigativo, se ha dividido de la siguiente manera: Se inicia con una breve descripción del planteamiento del problema y la formulación de los objetivos, luego se elabora el marco teórico que está dividido por capítulos, posteriormente se describe la metodología, analizando e interpretando los resultados de la investigación de campo, para luego emitir las conclusiones y recomendaciones, así como la valoración crítica de la investigación, bibliografía y anexos.

PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, atiende al binomio madre – hijo, siendo el área de admisión donde son atendidos o ingresados los usuarios que presentan afecciones gineco obstetricias en su salud, incluyendo al grupo de adolescentes embarazadas que presentan aborto espontaneo. El Área de Admisión donde se prestan servicios de atención de salud, labora en 3 turnos de trabajo: Matutina (7h00 – 15h00), Vespertina (15h00 – 23h00) y Nocturna (23h00 – 7h00). En cada turno se encuentran 1 licenciada de enfermería, 3 auxiliares de enfermería, 2 auxiliares de servicios.

El Departamento de Estadísticas del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, indica que en el Área de Admisión se ha observado un incremento del 12% anual de abortos en adolescentes, siendo el tipo espontáneo el más importante. Los principales factores de riesgo que ocasionan el aborto espontaneo son: infecciones de vías urinarias, mala nutrición, consumo de alcohol, fumar y consumir drogas, por la fisiología propia de la edad, herencia, sufrir algún tipo de accidente.

Estas adolescentes con aborto espontáneo son enviadas al área de pre parto de emergencia, lugar en el que son examinadas por el médico de guardia y acorde con la observación del galeno serán tratadas con un legrado uterino instrumental, en donde permanecerán 4 horas promedios de recuperación y si existe complicaciones estarán de 24 a 48 horas en una Sala de Observación, de acuerdo a la evaluación médica, observándose diagnósticos de tipo de pacientes que desconocen el tema por su bajo nivel educativo. La situación se agrava, porque muchos de estas usuarias son reincidentes en las edades de 14 – 16 años.

Con la información previa, se **formula el problema** bajo la siguiente interrogante: **¿El desconocimiento de las adolescentes aumenta el riesgo del aborto espontáneo?**

Contextualización del tema u objeto de estudio

a) Adolescentes con aborto espontáneo.

En el Área de Admisión de acuerdo a lo estadístico fueron atendidas alrededor de 320 adolescentes con aborto espontaneo en el 2010, 12% más que el año 2009 donde se registraron 286 casos, observándose un total de 121 adolescentes con aborto espontáneo durante el mes de mayo 2011, de las cuales 43 pertenecen al grupo de edad de 14 a 16 años, con una prevalencia del 36% en este grupo de edad. (Ver **anexo No. 1**).

El aborto es uno de los problemas de mayor incidencia que afecta el embarazo en adolescentes, a tal punto que de acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de cada 5 embarazos termina en aborto, teniendo mayor prevalencia el aborto espontaneo en un 70% del total según los datos de la misma fuente.

b) Causas de aborto espontáneo.

Además en nuestro país, las estadísticas demuestran que uno de cada 4 embarazos terminan en aborto, lo que se debe a la escasa difusión de la información sobre el cuidado durante las etapas del embarazo, así como en la falta de controles médicos por parte de la población femenina, cuyo nivel de conocimiento de la materia es muy bajo, prevaleciendo el aborto lo que se debe a la escasa difusión de la información sobre el cuidado durante las etapas del embarazo, prevaleciendo el aborto espontáneo sobre el producido con una tendencia de 2 a 1, según la estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Se conoce además por las mismas fuentes, que de 5 de cada 100 adolescentes embarazadas que han sufrido aborto espontáneo, han consumido alguna vez, algún tipo de estupefaciente, tabaco o alcohol, mientras que el 60% de los casos, se debieron a la anemia por mala nutrición, a la automedicación y a infecciones de vías urinarias no tratadas, es decir, que todos estos factores pudieron haber sido controlados previamente. Tan solo 2% de casos, fueron diagnosticados como casos hereditarios.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proponer un Plan de Educación acerca del aborto espontáneo para las adolescentes que ingresan al Área de Admisión del Hospital Gineco Obstétrico
Enrique C. Sotomayor.

Objetivos específicos

- Identificar los riesgos de aborto espontáneo en adolescentes.
- Evaluar el grado de conocimiento que tienen las adolescentes con relación al aborto espontáneo.
- Elaborar una propuesta educativa para beneficio de las adolescentes, con la expectativa de minimizar el impacto de aborto espontáneo.

MARCO REFERENCIAL

El presente trabajo de investigación no tiene ninguna relación con ningún otro proyecto, para lo cual se efectuó una búsqueda de antecedentes, la que se realizó en la Biblioteca de Universidad Católica Santiago de Guayaquil y en los otros centros de Educación Superior del país, sin encontrar otro proyecto similar, debido a que es la primera vez que se realiza una investigación de esta magnitud en el Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”.

Trabajos similares al que aquí se describe, se pueden encontrar tanto en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, como en otras universidades estatales y particulares del país, pero referidos a otros centros hospitalarios del país, sin tener ninguna relación con el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Por lo expuesto, dejamos constancia que la investigación presentada en este proyecto es de propiedad de la autora.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico describe la revisión y análisis de teorías, investigaciones y antecedentes en general, que se considerarán válidos para la correcta delimitación de la investigación.

Para el efecto se presentan las siguientes unidades con los contenidos de embarazo, aborto espontáneo en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

MARCO LEGAL

El marco legal correspondiente a las adolescentes con aborto espontáneo, se presenta a continuación:

Constitución de la República

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Código de la Niñez y Adolescencia

Art. 27. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende, entre otras cosas: Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas;

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende

- 1) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
- 2) Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
- 3) Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
- 4) Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

- 1) Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
- 2) Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
- 3) Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
- 4) Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
- 5) Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
- 6) Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
- 7) Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

CAPÍTULO I

1. EMBARAZO

1.1. Definiciones y conceptos.

Hidalgo Luis & Chedraui Peter (2005), expresa en cuanto a la gestación:

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como interrupción de ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia”.¹ (Pág. 24).

La gestación es la implantación del óvulo fecundado en el útero, incluyendo el parto.

1.1.1. Etapas del Embarazo.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

En el año 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la fecundación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para

¹ Hidalgo Luis & Chedraui Peter (2005). Temas Selectos en Ginecología y Obstetricia, Vol. 2. Guayaquil: Dirección de Publicaciones de Universidad Católica, 1era Edición. Pág. 24.

la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra – útero sin soporte médico).

Las etapas del embarazo son las siguientes:

- Una vez que se forma el huevo o cigoto, éste comienza a dividirse en más células, pasando por varios estados hasta formar el embrión a los 5 o 6 días.
- En la tercera semana ya empieza a diferenciarse las partes de donde habrán de formarse para esto el huevo deja de serlo para transformarse en embrión.
- En la cuarta semana de gestión el embrión ya es visible al microscopio, midiendo más de 2 mm.
- En la quinta semana el embrión crece desarrollándose muy rápidamente hasta que en la octava semana de vida deja de llamarse embrión para denominarse feto.
- **Tercer Mes de Gestación.** – El feto se distingue los rasgos de la cara, los dedos de la mano y los pies, están totalmente desarrollados, empiezan a mover las piernas y la madre puede notar estos movimientos. Comienzan a desarrollarse los órganos sexuales externos y pesa aproximadamente 15 gramos.

- **Cuarto Mes de Gestación.** – El esqueleto óseo está formándose a partir de la sexta semana y mide alrededor de 14 cm.
- **Quinto Mes de Gestación.** – La placenta cubre la mitad del útero, el feto ha crecido hasta 20 cm., tiene pelo en la cabeza.
- **Sexto Mes de Gestación.** – Su piel es roja y rugosa y los dientes aunque no son visibles, están formando dentina.
- **Séptimo Mes de Gestación.** – El feto incrementa mucho tamaño y se duplica en los 2 últimos meses.
- **Noveno Mes de Gestación.** – Durante el último mes del embarazo, el bebé empieza a adquirir anticuerpos a través de la madre proceso que continúa del nacimiento. El nacimiento ocurre por término medio de 266 días después de la Fecundación.
- **Tecnología del Desarrollo Embrionario Humano.** – El periodo normal de gestión es de 266 días.

En resumen el embarazo finaliza al noveno mes, tiempo en el cual la mujer puede alumbrar, siempre y cuando no se presenten complicaciones en la trayectoria que le impidan llegar a la última fase en mención.

1.1.2. Complicaciones del embarazo.

Varias de las complicaciones del embarazo, son también complicaciones durante el Parto.

Por ejemplo, las hemorragias pueden complicar el parto, y éstos a su vez pueden deberse a complicaciones durante el embarazo. El aborto es una posibilidad no solo durante el embarazo, sino también durante el parto. El parto de neonatos prematuros, es otra de las complicaciones del parto, cuando el feto de 6 a 7 meses, se adelanta a su alumbramiento.

Se estima que un 7% de los bebés recién nacidos, son prematuros y pueden acarrear complicaciones post – partos.

Otras complicaciones del parto, son las siguientes:

- Cuando el tamaño del canal del parto es demasiado pequeño para permitir el paso del feto,
- Cuando en el transcurso del parto aparecen determinadas complicaciones como hemorragias post – parto, en la puérpera.
- Sufrimiento fetal que se refiere a la falta de oxígeno al feto.
- Presentaciones anómalas o dificultad en la dilatación del cérvix, es decir, cuando el feto se encuentra en una posición no habitual.

En la presente investigación se referirá a la complicación del embarazo, denominada aborto.

1.2. Adolescencia definiciones.

Periodo de transición en el desarrollo entre la infancia y la juventud. Se extiende generalmente entre los 12 y 16 años en la mujer y los 13 y 20 años en el varón.

Enciclopedia Psicológica: "Período de la vida humana situado entre la infancia y la madurez. Se caracteriza por los cambios psicológicos y sociales que se manifiestan en la personalidad del adolescente. Engloba la pubescencia y se inicia con la pubertad."

Gómez Betancourt expresa en cuanto a la adolescencia:

La adolescencia es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes

socialmente. El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde”.² (Pág. 145).

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado.

Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando.

² Gómez Betancourt, Roberto (2006). El Embarazo y El Parto. Bogotá: Editorial Trillas, 1era Edición. Pág. 145.

La adolescencia constituye la entrada en el crecimiento definitivo, que es cuando se comienza a ser adulto. Equivale a un nuevo nacimiento, es cuando aparece un nuevo modo humano de vivir.

1.3. Embarazo adolescente.

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos. El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción cefalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Hoekelman, 2009, señala:

El embarazo adolescente por sí mismo no aumenta la probabilidad de trastornos congénitos en los hijos, la mayoría de las madres precoces y sus hijos no tienen buen pronóstico; hay mayor incidencia de aborto espontáneo, hipertensión inducida por el embarazo y trabajo de parto y parto prematuros. Es probable que la madre precoz y su familia requieran asesoría psicológica, tanto durante el embarazo como después del parto.

Durante años se ha aceptado que el embarazo en la adolescencia es un embarazo de alto riesgo. Muchas adolescentes en un embarazo provienen de estratos socioeconómicos bajos, tienen poca educación y tal vez mala salud general por deficiencias

nutricionales, tabaquismo, abuso de drogas. La nutrición es un problema importante. Muchas veces, el contenido mineral de los huesos, las reservas de hierro y la ingesta calórica son bajos entre las adolescentes y es frecuente encontrar anemia por deficiencia de hierro. La educación apropiada y la asesoría dietética pueden mejorar el estado nutricional y prevenir la anemia”.³ (Pág. 1021).

El embarazo adolescente plantea problemas para la adolescente y para el profesional que brinda la atención, en la mayoría de las ocasiones el embarazo adolescente se debe al desconocimiento sobre métodos anticonceptivos que pueden evitar el embarazo.

1.3.1. Razones Psicosociales por las que las adolescentes quedan embarazadas.

Las adolescentes se quedan embarazadas por muchas razones, algunas conscientes y otras inconscientes. Las circunstancias son únicas para cada individuo e invariablemente tiñen la naturaleza y la intensidad de los conflictos que se producen entre las necesidades de desarrollo concurrentes y la paternidad.

Hoekelman, 2009, señala:

Algunos adolescentes buscan el embarazo para huir de hogares o situaciones de vida intolerables; otras lo buscan como parte de una pauta compleja de conductas problema para desafiar la autoridad paterna. Otras desean quedarse embarazadas a causa de que sus primeras experiencias sexuales han aumentado su preocupación sobre su capacidad para concebir, y algunas adolescentes buscan el embarazo como rito de paso, especialmente si rinden mal en la escuela o viven en entornos sociales empobrecidos en los cuales el embarazo adolescente es predominante y los roles adultos, distintos de la paternidad, son percibidos como inaccesibles. El embarazo puede ser la manera adolescente de intentar resolver una depresión aguda o crónica. La depresión aguda reactiva puede ser consecuencia de la pérdida de un ser querido (padre, abuelo o familiar) a través de la muerte, la separación, el divorcio o un

³ Hoekelman A. M. (2009). Psicología del adolescente. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Primera Edición. Pág. 1021.

traslado. La adolescente puede concebir en un intento de sustituir al individuo que se ha ido de su vida. La depresión crónica sin resolver puede preceder al embarazo algunos años antes. Una serie de problemas con inicio en la infancia escolar (poca asistencia escolar, fuga, conductas suicidas o sobredosis) pueden preceder al embarazo. Las mujeres jóvenes que explican conductas problema. El embarazo, igual que otras conductas, refleja la incapacidad crónica de la chica para resolver su depresión. En algunas familias se anima a la adolescencia a quedarse embarazada a través de la aprobación abierta de la actividad sexual de la mujer joven o a través de su fomento indirecto. Otras adolescentes se quedan embarazadas como confrontación directa a la autoridad paterna o como manera de demostrar su creciente independencia. La necesidad de demostrar independencia puede ser especialmente intensa para las chicas en la adolescencia media (de 15 a 17 años) dado que normalmente están en medio del conflicto por su independencia y, por lo tanto, si es desafiada pueden sentirse más amenazadas”.⁴ (Pág. 1037).

La ignorancia de las adolescentes sobre la sexualidad y su potencial para quedarse embarazadas también son factores que contribuyen a la concepción en la adolescencia. Aunque algunos adolescentes tienen informaciones erróneas sobre los detalles de la sexualidad, la anticoncepción y el embarazo, la ignorancia sobre que el coito posiblemente provocará un embarazo contribuye únicamente a un número limitado de embarazos en las adolescentes.

⁴ Hoekelman A. M. (2009). Psicología del adolescente. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Primera Edición. Pág. 1037.

CAPÍTULO II

2. ABORTO

2.1. Conceptos de aborto.

Juzbén Alfonso, 2004, señala:

El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo. Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito. Se llama aborto a la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción alcance las 22 semanas de vida intrauterina o un peso de 500 g.”⁵ (Pág. 120).

El aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal es un fenómeno muy frecuente en el proceso generativo humano. Para la mujer constituye generalmente un impacto psicológico, motivo de frustración y temor ante la posibilidad de su recurrencia. Para los servicios de salud significa un alto costo dada la magnitud del problema y la complejidad de los estudios necesarios para determinar sus causas. Por otra parte, el aborto inducido o provocado es causa de un gran número de muertes maternas, sobre todo en los países del tercer mundo, donde se realiza frecuentemente en forma clandestina, en inadecuadas condiciones de asepsia y por personas no calificadas.

2.2. Tipos de aborto. (Espontáneo e inducido).

El aborto puede ser espontáneo o inducido. Los fetos expulsados con menos de 0,5 kg de peso o 20 semanas de gestación se consideran abortos.

⁵ Júbé Hazbún Alfonso (2004). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Tercera edición. Pág. 120.

2.2.1. Aborto espontáneo.

Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo. Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos y cada aborto sucesivo disminuye las posibilidades de que el embarazo llegue a término.

Boterllá Lluísá (2007) considera:

Las causas del aborto espontáneo no se conocen con exactitud. En la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo. También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno. Se sabe que algunas carencias vitamínicas graves pueden ser causa de abortos en animales de experimentación. Algunas mujeres que han tenido abortos repetidos padecen alteraciones hormonales. Otros abortos espontáneos pueden ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves. Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto.”⁶ (Pág. 125).

El síntoma más común de una amenaza de aborto es el sangrado vaginal, acompañado o no de dolor intermitente. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres gestantes tienen pequeñas pérdidas de sangre durante las fases precoces del embarazo, y de éstas el 50% llevan el embarazo a término. El tratamiento para una situación de riesgo de aborto consiste en llevar reposo en cama. En mujeres con varios abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con vitaminas y hormonas también puede ser eficaz. En ocasiones deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de abortos de repetición.

⁶ Botella, Lluísá (1997). Tratado de Ginecología, Tomo I, Fisiología Femenina. Barcelona: Editorial Científico Médica. Undécima Edición. Pág. 125.

En un aborto espontáneo, el contenido del útero puede ser expulsado del todo o en parte; sin embargo, en ocasiones, el embrión muerto puede permanecer en el interior del útero durante semanas o meses: es el llamado aborto diferido. La mayor parte de los médicos recomiendan la excisión quirúrgica de todo resto embrionario o placentario para eliminar las posibilidades de infección o irritación de la mucosa uterina.

2.2.2. Aborto inducido.

El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo de gestación en el que se realiza, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas siguientes: la succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la duodécima semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas. A continuación se introduce una legra (instrumento metálico en forma de cuchara) para eliminar por raspado cualquier resto de las cubiertas uterinas.

El método de aspiración, introducido en China en 1958, pronto sustituyó al método anterior de dilatación y legrado (en el que la legra se utilizaba para extraer el feto). Durante la primera parte del segundo trimestre la interrupción del embarazo se puede realizar por una técnica especial de legrado-aspiración combinada a veces con fórceps, denominada dilatación y evacuación (DE). La paciente debe permanecer ingresada en el hospital puesto que puede haber hemorragias y molestias tras la intervención.

A partir de la semana 15 de gestación el método más empleado es el de infusiones salinas. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del útero a través de la pared abdominal. Este líquido es sustituido lentamente por una solución salina concentrada al 20%. Entre 24 y 48 horas empiezan a producirse contracciones

uterinas, que producen la expulsión del feto y la paciente puede abandonar el hospital uno o dos días después.

Los abortos tardíos se realizan mediante histerotomía: se trata de una intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen. Como alternativa a estos procedimientos, existe una píldora denominada RU-486 que bloquea la hormona progesterona y es eficaz en los primeros 50 días de gestación. La RU-486 se desarrolló en Francia y en 1988 se legalizó su uso.

Los abortos del primer trimestre son relativamente sencillos y seguros cuando se realizan en condiciones clínicas adecuadas. Los riesgos de complicaciones aumentan de manera paralela a la edad de la gestante y consisten en infecciones, lesiones del cuello uterino, perforación uterina y hemorragias. Hay situaciones clínicas concretas en las que un aborto inducido, incluso tardío, supone menor riesgo para la paciente que la terminación del embarazo.

CAPÍTULO III

3. ABORTO ESPONTÁNEO

3.1. Concepto de aborto espontáneo.

Alan H. Decherney, 2002, expresa:

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo. Se define como el nacimiento antes de la vigésima semana completa de gestación. Implica el nacimiento de todos o parte de los productos de la concepción, con o sin un feto que pese menos de 500g. 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”.⁷ (Pág. 301).

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, mucho antes de que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno. Cerca del 10 al 15 por ciento de los embarazos reconocidos termina en un aborto espontáneo. Hasta el 40% por ciento de los embarazos puede terminar de esta manera ya que muchas pérdidas ocurren antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada.

Un aborto natural es la muerte espontánea de un embrión o feto antes de que se haya desarrollado lo suficiente para sobrevivir. Esto puede ocurrir incluso antes de que una mujer sepa que está embarazada. El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro. El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no

⁷ Decheney H. Alan (2002). Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos. Santa Fe – Bogotá: Octava Edición. Editorial El Manual Moderno. Pág. 301.

se eliminan todos los productos de la gestación, o completo cuando todo es eliminado por completo.

Alfredo Pérez Sánchez, 2003, expresa:

Es la interrupción espontánea del embarazo antes de la viabilidad fetal, vale decir, antes de que el feto alcance el grado de desarrollo y maduración que le permita vivir independiente de su madre. El límite sobre el cual se considera viable un feto puede ser definido desde dos puntos de vista:

Morfológico: cuando los pulmones del feto presentan comunicación entre el bronquiolo terminal y el alvéolo, penetración de vasos capilares en el intersticio y adelgazamiento del epitelio alveolar. Esto ocurre entre las 24 y 25 semanas de gestación.

Cronológico: se considera como límite una edad gestacional segura de 20 semanas o un peso fetal de 500g. Ésta es la definición más antigua de aborto, por cierto que es bastante anterior a la del límite morfológico. Con relación al peso fetal, es posible en unidades de neonatología muy especializadas rescatar fetos de 500g, lo que es muy excepcional”.⁸ (Pág. 300).

Los abortos suelen ocurrir durante los tres primeros meses de embarazo, antes de la duodécima semana de gestación. Un número reducido de abortos naturales —menos del 1%— son partos de fetos muertos o mortinatos, al ocurrir después de la vigésima semana de embarazo.

3.2. Etapas del aborto espontáneo.

Se describen clásicamente varias etapas en la evolución del aborto espontáneo:

Guillermo, 2002, expresa:

Amenaza de aborto: Presencia de contracciones uterinas dolorosas y frecuentes. A la especuloscopia no se constata sangrado, en el

⁸ Pérez Sánchez, Alfredo (2003). *Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Editorial Omega, Sexta edición. Pág. 300.

tacto vaginal no se aprecian modificaciones cervicales y el útero es de un tamaño acorde al tiempo de amenorrea.

Síntomas de aborto: contracciones uterinas dolorosas y frecuentes acompañadas de sangrado genital moderado, en una cantidad menor o igual a una menstruación. A la especuloscopia, descartadas las lesiones de cuello que pueden provocar sangrado, se observa salida de sangra a través del orificio cervical externo. Al tacto vaginal el útero se aprecia de tamaño adecuado a la edad gestacional y no se detecta modificaciones del cuello uterino.

Aborto en evolución: el útero se palpa de tamaño acorde a la edad gestacional, en ocasiones discretamente menor, el cuello se encuentra permeable y a través de él se pueden palpar partes fetales o restos ovulares. Lo característico es la persistencia de contracciones uterinas que pueden ser más dolorosas que en el síntoma de aborto y la presencia de sangrado genital.

Restos de aborto o aborto incompleto: la paciente ya no tiene contracciones uterinas dolorosas o éstas son mínimas, el útero se palpa de un tamaño menor que el corresponde a la edad gestacional, hay sangrado moderado a severo (mayor que una regla), el cuello está permeable y a veces se puede palpar restos en el canal cervical.

Aborto completo: interrogada la paciente dirigidamente relata que expulso un feto material que ella describe como trozos de carne, después de lo cual desaparecieron las contracciones uterinas dolorosas y el sangrado disminuyo a una cantidad menor que una regla.

Aborto retenido: presencia de un saco gestacional con una longitud mayor de 10 mm en una ultrasonografía abdominal, in embrión en su interior o con embrión pero sin actividad cardiaca. La paciente no presenta síntomas.

Aborto inevitable: indica un proceso irreversible, sin embargo con el uso de la ultrasonografía se comprobó que muchas pacientes que eran clasificadas como aborto inevitable, mediante una conducta expectante y conservadora continuaban con una gestación viable.

Diagnóstico ultrasonográfico del aborto espontaneo: en todas las formas clínicas de aborto, es útil el apoyo de la ultrasonografía,

que en lo posible deberá ser transvaginal para detectar el aborto espontáneo”.⁹ (Pág. 559)

Las etapas del aborto espontáneo se inician con la amenaza de aborto, luego la paciente empieza a sentir síntomas en muchos casos se presenta un sangrado, por lo que se debe inmediatamente consultar al médico y realizarse un diagnóstico ultrasonográfico.

3.3. Epidemiología.

Aunque no pueda encontrarse la causa de sus abortos espontáneos recurrentes, las parejas en esta situación no deben perder las esperanzas: aun sin tratamiento alguno, alrededor del 60 al 70 por ciento de las mujeres que han sufrido abortos espontáneos recurrentes logra tener finalmente un embarazo exitoso.

Según estudios de la OMS, las causas hormonales provocan entre el 25% y el 40% de las pérdidas tempranas, aunque no se ha podido comprobar. Las anomalías del útero causan entre el 10 y el 15 por ciento de los abortos espontáneos recurrentes.

Los estudios sugieren que el síndrome antifosfolípido causa del cinco al 10 por ciento de los abortos espontáneos recurrentes. Este trastorno puede diagnosticarse mediante análisis de sangre. El tratamiento con dosis bajas de aspirina y heparina, un anticoagulante, hace posible el nacimiento de un bebé sano en entre el 70 y el 75 por ciento de las mujeres afectadas.

3.4. Aborto espontáneo en adolescentes.

Se desconoce la incidencia real del aborto espontáneo, cerca de 15% de los embarazos y 60% de los embarazos con evidencia química terminan en aborto espontáneo. De los abortos espontáneos, 80% ocurre antes de las 12 semanas de gestación.

⁹ Wagner, Guillermo (2002), Embarazo, Parto y Puerperio, Primera Edición, Editorial Luz S. A., Guayaquil – Ecuador. Pág. 559.

Alfredo Pérez Sánchez, 2003, expresa:

La incidencia de aborto depende de la edad de la madre y varios factores relacionados con el embarazo, como antecedentes de un embarazo normal a término, número de abortos espontáneos previos, antecedentes de un embarazo normal a término, número de abortos espontáneos previos, antecedentes de un óbito o nacimiento de productos previos con malformaciones o defectos genéticos conocidos. Además, las influencias de los padres, como el estado de portador de una translocación balanceada y las complicaciones médicas, influyen en el índice de aborto espontáneo”.¹⁰ (Pág. 312)

La edad es uno de los factores de los que depende un embarazo, las adolescentes embarazadas en algunas ocasiones pueden presentar complicaciones lo que termina en un aborto espontáneo, las complicaciones médicas que pueden presentar es que debido a su desconocimiento no toman las debidas precauciones en su embarazo, también influye la mala alimentación.

3.4.1. Causas del aborto espontáneo.

Si bien los abortos espontáneos suelen ocurrir una sola vez, aproximadamente una de cada dos parejas experimenta dos, tres o más abortos espontáneos seguidos. En algunos casos, estas parejas tienen un problema subyacente que provoca estos abortos.

Las parejas que han sufrido dos o más abortos espontáneos deben someterse a una evaluación médica completa. Sin embargo, las pruebas sólo pueden determinar la causa de los abortos espontáneos recurrentes en no más del 50 por ciento de los casos.

Entre las causas conocidas pueden mencionarse:

¹⁰ Pérez Sánchez, Alfredo (2003). *Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Editorial Omega, Sexta edición. Pág. 312.

- **Problemas cromosómicos.** Los problemas cromosómicos sólo se producen una vez. No obstante, en aproximadamente el dos al cuatro por ciento de las parejas que tienen abortos espontáneos recurrentes, alguno de los dos es portador de una redistribución cromosómica que no afecta su propia salud pero que puede provocar redistribuciones cromosómicas en el feto. Se recomienda a ambos padres realizarse un cariotipo para determinar la presencia de estas redistribuciones cromosómicas.
- **Anomalías uterinas.** Estas pérdidas del embarazo pueden ocurrir en el primer o el segundo trimestre. Algunas mujeres nacen con un útero cuya forma es anormal o que se encuentra dividido de forma parcial o completa. Otras desarrollan tumores no cancerosos (fibroides) o tienen cicatrices en el útero debido a cirugías previas. Estas anomalías pueden limitar el espacio disponible para el feto en crecimiento o interferir con el suministro de sangre al útero. Algunas anomalías uterinas pueden corregirse mediante cirugía, lo cual incrementa las probabilidades de tener un futuro embarazo exitoso. Un cuello uterino debilitado (a veces llamado cuello incompetente) puede causar un aborto espontáneo, por lo general durante el segundo trimestre del embarazo. A veces es posible prevenir los abortos espontáneos recurrentes causados por un cuello uterino debilitado colocando una sutura a su alrededor al comienzo del siguiente embarazo. Este procedimiento se conoce como cerclaje.
- **Síndrome antifosfolípido.** Este trastorno del sistema inmunológico aumenta el riesgo de formación de coágulos de sangre que pueden obstruir los vasos sanguíneos de la placenta.
- **Causas hormonales.** Cuando el organismo segrega una cantidad excesiva o insuficiente de ciertas hormonas, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo. Algunos investigadores creen que las bajas concentraciones de la hormona progesterona, que es fundamental durante la primera etapa del embarazo. Las mujeres que tienen bajas concentraciones de progesterona durante varios ciclos menstruales seguidos, diagnosticado mediante análisis de sangre y una biopsia del endometrio, tienen lo que se conoce como defecto de la fase luteínica. Los médicos pueden recomendar un tratamiento con supositorios de progesterona natural o citrato de clomifeno. No obstante, los estudios aún no han demostrado que estos tratamientos sean eficaces. Las

mujeres con síndrome de ovario poliquístico, caracterizado por anomalías hormonales y varios quistes en los ovarios, también tienen un riesgo mayor. El tratamiento con metformina, un medicamento para la diabetes, puede ayudar a reducir el riesgo.

- **Trastornos de coagulación sanguínea hereditarios (trombofilias).** Este grupo de trastornos, que incluye la mutación de Leiden del factor V y mutaciones del gen de la protrombina, también puede influir en la recurrencia de las pérdidas. Los investigadores están estudiando si el tratamiento con aspirina y heparina pueden ayudar a prevenir estas pérdidas también.
- **Infecciones y otros factores.** Ciertas infecciones asintomáticas del tracto genital podrían desempeñar un papel importante en los abortos espontáneos recurrentes. Sin embargo, no se recomiendan actualmente pruebas de rutina (en las mujeres que no presentan síntomas) en el caso de infecciones. La exposición de la mujer embarazada o de su pareja a ciertos disolventes industriales en el trabajo puede provocar a veces un aborto espontáneo. Se recomienda a las parejas consultar a su médico acerca de los productos químicos a los que están expuestos en sus lugares de trabajo.

3.4.2. Consecuencias del aborto espontáneo.

Un aborto espontáneo no tiene consecuencias físicas para la madre. Por lo general aparece un período menstrual luego de las 4 a 6 semanas después del aborto e incluso la mujer se puede embarazar nuevamente luego de tener un período menstrual normal. En caso de que el embarazo fuera deseado por la mujer, las consecuencias emocionales son las más importantes y pueden ser muy difíciles de superar. Por lo general la pareja se siente seriamente afectada por la situación y quizás no sepan como sobrellevarla.

Un estudio de la Dra. Elizabeth Kubler-Ross reconoce 5 etapas en el proceso de una pena profunda:

- 1) Negación
- 2) Miedo, negociación
- 3) Depresión

- 4) Retiro
- 5) Aceptación

Superar una pena profunda puede llevar mucho tiempo, y cuando una persona tiene que afrontar una situación de este tipo, lo mejor es darse tiempo para superarlo de a poco y apropiadamente. En caso de ser necesario, no se debe dudar en pedir ayuda para superar una pena.

3.4.3. Síntomas del aborto espontáneo.

El sangrado o hemorragia vaginal es usualmente el primer síntoma de un aborto espontáneo. Ten en cuenta que 1 de cada 4 mujeres embarazadas pierden algo de sangre o encuentran manchas en su ropa interior o en el papel higiénico al comienzo del embarazo, y la mitad de estos embarazos no acaban en aborto.

También puedes sufrir dolor abdominal. Por regla general el dolor empieza después de que hayas sangrado un poco. Puede ser en forma de retortijones o ser persistente, suave o fuerte, y sentirse como un dolor en la parte baja de la espalda o como presión en la pelvis. Si tienes sangrado y dolor abdominal a la vez, las posibilidades de que tu embarazo continúe son mucho menores. Los principales síntomas del aborto espontáneo son los siguientes:

- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal
- Espasmos
- Fiebre
- Debilidad
- Vómitos
- Dolor de espalda
- Mareos

Si bien la mayoría de las mujeres pueden presentar estos síntomas durante los primeros meses del embarazo y no presentan ningún riesgo de aborto,

igualmente se debe concurrir al médico en caso de sospecha, sobre todo si se presenta un sangrado importante.

En el aborto espontáneo, a menudo hay hemorragia hacia la decidua basal. Aparecen necrosis e inflamación en el área de implantación. El embarazo se desprende parcial o completamente. Las contracciones uterinas y la dilatación del cérvix terminan con la expulsión de la mayor parte o todos los productos de la concepción.

3.5. Aborto espontáneo recurrente.

En caso de que una pareja haya sufrido dos o más abortos recurrentes, se aconseja consultar al médico para que se realicen estudios apropiados, y así tener una evaluación médica y descartar posibles causas específicas, para tratar de evitar que se produzcan más.

Alfredo Pérez Sánchez, 2003, expresa:

A pesar de la alta frecuencia del aborto espontáneo en la especie humana, el hecho de que éste se repita no puede ser considerado un fenómeno normal. El aborto recurrente es la interrupción espontánea de tres o más gestaciones antes de las 20 semanas, independientemente del antecedente del número de nacidos vivos o mortinatos. El aborto recurrente se presenta entre el 0,5% y 1% de las mujeres. Los pacientes con aborto habitual tienen gran tendencia a repetir el tipo de aborto. Por ejemplo, si se produce un huevo anembrionado, existe un 70% de probabilidad de que, en el caso de producirse otro aborto recurrente de causa genética o cromosómica cuando se repite más de una vez un huevo anembrionado, un embarazo con saco vitelino y embrión ausente o malformaciones embrionarias o fetales severas. En estos casos se deberá plantear el estudio genético de los padres y en caso de un nuevo embarazo, el estudio genético mediante amniocentesis después de las ocho semanas, biopsia de vellosidades coriales y en caso de un nuevo aborto, el análisis genético del feto”.¹¹ (Pág. 564)

¹¹ Pérez Sánchez, Alfredo (2003). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Sexta edición. Pág. 564.

El aborto espontáneo recurrente es la interrupción espontánea de tres o más gestaciones antes de las 20 semanas de embarazo.

3.6. Prevención.

Las posibilidades de aborto espontáneo pueden limitarse mucho con una atención especial por parte de la madre y una vigilancia médica acentuada, especialmente si dependen de limitaciones físicas de la madre. El riesgo asociado a enfermedades sistémicas se combate tratándolas antes del eventual embarazo y vigilando el estado de la madre durante éste.

Alfredo Pérez Sánchez, 2003, expresa:

Algunas pérdidas pueden prevenirse con la atención obstétrica temprana, con el tratamiento adecuado de trastornos maternos como diabetes e hipertensión, mediante la protección de las embarazadas contra la exposición a riesgos ambientales y a enfermedades infecciosas. El aborto espontáneo puede prevenirse realizando un diagnóstico temprano. Todas las pacientes deben someterse a una exploración física general y hay que realizar un interrogatorio completo. Los estudios de laboratorio deben incluir biometría hemática completa, tipo de sangre y cultivos cervicales para identificar patógenos en caso de infección”.¹² (Pág. 571)

Si se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, casi siempre se recomiendan reposo en cama y reposo pélvico, aunque no se ha demostrado que alguno de ellos ayude a prevenir el aborto posterior. El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico. Tal vez sea necesaria la dilatación con legrado si persiste la hemorragia o si se retienen productos de la concepción.

¹² Pérez Sánchez, Alfredo (2003). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Sexta edición. Pág. 571.

CAPÍTULO IV

5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

5.1. Definición de Cuidados de enfermería.

Charles Dugas, 2002, expresa referente a los cuidados de enfermería lo siguiente:

Las responsabilidades de los diferentes miembros del equipo de enfermería varían según los lineamientos de la institución en la que están empleados. En general la enfermera es la responsable de coordinar y supervisar el trabajo de los otros miembros del equipo menos calificado, también suele llevar a cabo muchas tareas y tratamientos usuales bajo la dirección de la enfermera titulada. La enfermera ayuda al cuidado personal de los pacientes y lleva a cabo tareas de enfermería sencillas. La auxiliar de enfermería frecuentemente es entrenada en el trabajo o en un curso de pocas semanas de duración. La naturaleza de las tareas asignadas a las auxiliares puede variar mucho de una institución a otra. En algunas, la auxiliar tiene a su cargo la limpieza, mientras que en otras puede ayudar en el cuidado de los pacientes. Posiblemente se utilicen los servicios de otros asistentes de enfermería, que se llaman de varias formas, para llevar a cabo tareas como ayudar a los pacientes a comer, vestirse y desvestirse, además de auxiliarlos en su higiene personal. Estos asistentes suelen seguir un curso breve de instrucción”.¹³ (Pág. 77).

El personal de enfermería es el responsable del cuidado del paciente mientras este permanezca en el centro hospitalario, es el encargado de su salud e integridad.

Charles Dugas, 2002, expresa referente a los cuidados de enfermería lo siguiente:

¹³ Dugas B (2000). Tratado de Enfermería Práctica. México D. F.: Sexta Edición. Editorial Interamericana. Pág. 77.

Se usan con frecuencia los términos “independiente”, “dependiente” e “interdependiente”, en relación con las funciones de enfermería. Estos términos se refieren al grado de independencia de la enfermera al tomar decisiones cuando inicia y pone en práctica sus actividades. Cuando la enfermera decide que deben iniciarse ciertas acciones para el cuidado del paciente, las lleva a cabo ella misma o delega la responsabilidad en otro miembro del personal de enfermería, realiza funciones de enfermería independiente. La enfermera también emprende algunas de sus responsabilidades bajo las órdenes legales de otro profesional en el campo de la salud, o bajo su dirección o supervisión. Es el médico el que toma la decisión que se administre la substancia al sujeto. Al dar el fármaco al paciente, la enfermera lleva a cabo una función de enfermería dependiente”.¹⁴ (Pág. 83).

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional.

5.2. Atención de enfermería a adolescentes con aborto espontáneo.

La enfermera en caso de producirse un aborto espontáneo debe brindar una adecuada atención a la paciente adolescente además intervenir de esta manera:

- Asegurar a la pareja que la hemorragia no proviene de algún descuido de la madre.
- Aconsejar reposo en cama y evitar el coito.
- Subrayar la necesidad de buscar asistencia médica inmediata si se expulsan residuos tisulares.

¹⁴ Dugas B (2000). Tratado de Enfermería Práctica. México D. F.: Sexta Edición. Editorial Interamericana. Pág. 83.

- Ofrecer apoyo emocional cuando se pierde un embarazo, y recomendar varios días de reposo.
- Sugerir que se eviten las relaciones sexuales después del aborto consumado, administrar inmunoglobulina Rho a todas las mujeres Rh negativo.
- Ofrecer información sobre métodos anticonceptivos para evitar un nuevo embarazo hasta que se haya logrado la recuperación total.

Si el aborto espontáneo ocurre después del primer trimestre, debe considerarse la hospitalización. Los oxitócicos son útiles para inducir la contracción uterina, limitar la pérdida de sangre y ayudar a la expulsión de coágulos y tejidos. Si es necesario, también pueden emplearse las preparaciones de los ocasionan contracción del cérvix y del útero. Tal vez sea necesaria la dilatación con legrado si persiste la hemorragia significativa o si retienen productos de la concepción.

5.3. Procedimientos de enfermería y su naturaleza.

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva

enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

5.3.1. Características del Procedimiento de enfermería.

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el cliente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistemático.

Otras características del proceso de enfermería son las siguientes:

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

5.3.2. Fases de los Procedimientos de enfermería.

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

- Valoración de las necesidades del paciente.
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
- Planificación del cuidado del paciente.
- Implementación del cuidado.
- Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración. – El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado una teoría de Enfermería o escala de Glasgow. Estos problemas son expresados tanto como reales o potenciales (de riesgo). Por ejemplo, un paciente que se halla inmóvil debido a un accidente de tráfico en la carretera puede ser valorado como con "riesgo de alteración de la integridad cutánea", relacionado con un problema potencial al quedar atrapado al interior del automóvil.

Fase de diagnóstico. – Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencia. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente.

Fase de planificación. – En acuerdo con el paciente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una metamensurable. Por ejemplo, para el cliente que se discutió más arriba, la meta sería para el paciente que su piel permanezca intacta. El resultado es un plan de cuidados de enfermería.

Fase de ejecución. – En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo.

La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Fase de evaluación. – El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables - el fallo para establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.

5.4. Asesoramiento en el alta.

Hay que brindar atención óptima a las madres adolescentes, no solo para mejorar el pronóstico del embarazo, sino también para favorecer su ajuste social, educacional y emocional. Las complicaciones del trabajo de parto y el parto dependen mucho de la calidad de la atención prenatal. La preeclampsia y eclampsia, que ocurre más a menudo en el primer embarazo, es más frecuente entre las adolescentes que en las mujeres adultas. La prematurez y los productos pequeños para la edad gestacional (PEG) son un problema importante en las madres de este grupo de edad. Los factores predisponentes son factores de alto riesgo, como peso bajo antes de la concepción, aumento deficiente de peso, condiciones socioeconómicas adversas, tabaquismo, anemia, primer embarazo y atención prenatal deficiente, todo lo cual es más frecuente en las adolescentes. Para minimizar las complicaciones prenatales y mejorar el pronóstico materno y fetal, la joven debe reclutarse en un programa de atención prenatal intensiva que trate los problemas únicos de la adolescente.

CAPÍTULO V

5. PLAN DE EDUCACIÓN

5.1. Teoría de Enfermería de Dorothea Orem.

La premisa principal del autocuidado en la desviación de la salud, es que el paciente o su familiar más cercano, busque consejo y ayuda de otras personas competentes, cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de su salud.

Según Stephen, dichos requisitos son necesarios cuando el paciente necesita cuidado de su salud, debido a una enfermedad, lesión o intervención, por lo que se encuentra recibiendo ayuda médica, debiendo realizar las siguientes actividades:

- “Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales y agentes físicos o biológicos asociados con estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que producen patología humana o están asociadas a ellas.
- Ser conscientes de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ellos.
- Realizar eficazmente las medidas de diagnóstico y terapéuticas, o de rehabilitación médica, prescritas por el médico, para la prevención de patologías específicas y a la regulación del funcionamiento integrado humano, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- Ser conscientes de los efectos negativos y de las molestias que causan las medidas terapéuticas prescritas por el médico, y su influencia sobre el desarrollo propio.
- Aceptación del paciente como un ser con un estado particular de salud, que necesita cuidados especiales en esta materia.

- Aprender a vivir con las incidencias negativas, estados patológicos y efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con un estilo de vida que promueva el desarrollo continuado de la persona.”

Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008) dice acerca de la teoría de enfermería de Dorotea Orem, lo siguiente:

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes semejantes o presentan limitaciones similares que les impide comprometerse en un autocuidado o cuidado. Dorothea Orem define tres tipos de intervenciones de enfermería: 1) Sistema Totalmente compensador, 2) Sistema Parcialmente Compensador y 3) sistema de apoyo Educativo”.¹⁵ (Pág. 175).

Dentro del Sistema Parcialmente Compensador, el rol de la enfermera como de la paciente son complementarios, porque la primera le educa y orienta a la segunda para que se haga cargo de su autocuidado.

El autocuidado trata sobre el cuidado que necesita el paciente en una etapa en la que tiene dificultad de auto valerse por sí misma, por lo que necesita que un responsable sea el encargado de asegurar su atención y salud.

La Familia. La familia es el grupo de personas emparentadas entre sí por lazos genéticos, que viven juntas. Son familiares el conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de una persona o grupo de personas. Pero la familia más cercana son los hijos o descendencia directa.

El núcleo familiar está conformado por padre, madre e hijos que viven bajo un mismo techo, aún cuando no tengan vínculos de consanguinidad, pero que se encuentren unidos por lazos de afectividad.

¹⁵ Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 175.

Con relación al aborto la familia en especial el esposo de la paciente afectada es quien debe ser el principal motivador, consolador y estimulador que brinde su apoyo incondicional ya que en estos momentos la paciente necesita sentirse apoyada y querida por todos los miembros de su familia.

El Hogar. Aunque muchas personas manifiestan como sinónimos los términos familia y hogar, en sí, la diferencia entre ambos, son los lazos de consanguinidad, ya que el hogar está formando por personas que tienen vínculos consanguíneos, a diferencia de la familia, que pueden o no tenerlos.

Cuando se hace referencia al autocuidado, es necesario conocer quiénes son las personas adultas en ese hogar, para proporcionarle el mismo tipo de educación que al paciente, porque en muchas ocasiones, es el o la cónyuge, los padres (especialmente, la madre), y/o los hijos mayores, dependiendo de la circunstancia de cada paciente, quienes realizan el cuidado del individuo con colostomía.

Además, el familiar no solamente adquiere importancia, desde el punto de vista del apoyo físico y emocional de la personal, sino también, por el alimento que debe prepararle al paciente con colostomía, que debe seguir las indicaciones que prescribió el médico.

Como es regla general, se pide que todos los miembros del hogar, se encuentren en armonía familiar, para evitar que el estrés del paciente, lo pueda complicar en su salud. Los miembros del hogar deben ofrecer su apoyo y fuerza a la paciente que ha sufrido de aborto, con lo que se logrará superar la pérdida.

5.2. Precauciones para prevenir aborto espontáneo.

Una vez observados signos de riesgo la recomendación suele ser de restringir ciertas formas de actividad, o incluso un reposo completo. Igualmente suele recomendarse en esos casos la abstinencia sexual. Sin embargo, hay estudios que dicen que el reposo no tiene efectos beneficiosos y que debería dejarse a elección de la paciente. Si el aborto se produce, suelen presentarse signos evidentes, primero en forma de una reducción de los signos del embarazo, pero

también por secreciones vaginales anormales, las cuales deben ser evaluadas, también para saber si el aborto es completo o no. Si el aborto no se completa en un plazo de pocas semanas, se requerirá cirugía para completarlo artificialmente. La cirugía puede sustituirse por un tratamiento con medicamentos, pero los efectos secundarios y el riesgo de que la evacuación no se complete, obligando finalmente a recurrir a la cirugía, hace que esta opción no sea siempre preferible.

Los efectos de un aborto espontáneo suelen desaparecer enseguida, volviendo al ciclo menstrual normal y a una probabilidad normal de embarazo, aunque suele recomendarse una moratoria de uno o dos ciclos antes de volver a intentarlo.

Las posibilidades de aborto espontáneo pueden limitarse mucho con una atención especial por parte de la madre y una vigilancia médica acentuada, especialmente si dependen de limitaciones físicas de la madre. El riesgo asociado a enfermedades sistémicas se combate tratándolas antes del eventual embarazo y vigilando el estado de la madre durante éste.

5.3. Rehabilitación de las pacientes con aborto espontáneo.

La recuperación física de la mujer lleva de varias semanas a un mes o más, según la cantidad de tiempo que estuvo embarazada. Algunas hormonas propias del embarazo, por ejemplo, permanecen en la sangre durante uno o dos meses después de producirse un aborto espontáneo. La mayoría de las mujeres tiene la menstruación entre cuatro y seis semanas después de un aborto espontáneo.

La recuperación emocional puede llevar mucho más tiempo. Ambos miembros de la pareja pueden experimentar una intensa aflicción durante el período posterior a la pérdida. La mujer puede experimentar muchas emociones, como apatía, tristeza, culpa, depresión y enojo, así como dificultad para concentrarse. Es posible que ella y su pareja manejen el dolor que sienten de maneras diferentes, lo cual puede crear tensión entre ambos en el momento en que más se necesitan mutuamente. No deben dudar en solicitar a su médico que los derive a un consejero con experiencia en la asistencia a parejas luego de la pérdida

de un embarazo. Muchas parejas también se benefician asistiendo a grupos de apoyo.

La mujer no debe intentar quedar embarazada de nuevo hasta que esté lista física y emocionalmente y hasta que se le hayan realizado las pruebas recomendadas para determinar la causa del aborto espontáneo. Desde el punto de vista médico, se cree que para la mujer es seguro concebir un bebé después de tener un período menstrual normal (si es que no está siendo sometida a pruebas o tratamientos por causa de la pérdida de su embarazo). Sin embargo, desde el punto de vista emocional, la mujer puede necesitar más tiempo para sentirse preparada para intentar concebir otra vez.

5.4. Orientación a los pacientes con aborto espontáneo.

La paciente debe llamar inmediatamente al doctor en caso de notar síntomas fuera de lo corriente durante el embarazo, como sangrado o retortijones. El doctor procederá a examinar para ver si la sangre viene del cuello del útero y para revisar el útero. Quizás también pida realizar un análisis de sangre para observar el nivel de la hormona del embarazo y lo repetirá dos o tres días después para ver si el nivel está subiendo como debería. Si se tiene sangrado y dolores y el doctor tiene la más mínima sospecha de que podría haber un embarazo ectópico, se procederá a realizar un ultrasonido inmediatamente. Si no hay indicios de ningún problema pero se sigue teniendo pérdidas de sangre, se realizara otro ultrasonido a las 7 semanas.

Si el técnico que hace el ultrasonido ve un embrión con un latido de corazón normal, se tiene un embarazo viable y el riesgo de tener un aborto es mucho menor, pero tendrán que hacerte otro ultrasonido si continua el sangrando. Si el técnico determina que el tamaño del embrión es apropiado pero no ve el latido del corazón, quiere decir que el embrión no ha sobrevivido. Si el saco gestacional o el embrión son más pequeños de lo que se esperaba, la ausencia del latido del corazón puede querer decir que existe un embarazo de pocas semanas.

Dependiendo de las circunstancias, quizás sea necesario repetir un ultrasonido en una o dos semanas y un análisis de sangre antes de que el doctor pueda dar un diagnóstico firme. Si el embarazo está en el segundo trimestre y un ultrasonido muestra que el cuello de tu útero (también llamado cérvix) se está acortando o abriendo, quizás el doctor llevará a cabo un procedimiento que se llama cerclaje uterino o cervical. El cerclaje consiste en cerrar el cuello del útero con unos puntos para tratar de prevenir un aborto o un parto prematuro. El cerclaje sólo se hace si el bebé parece normal en un ultrasonido y el paciente no tiene señales de una infección intrauterina.

Si existen síntomas de un posible aborto espontáneo, como sangrado, quizás el doctor sugiera hacer reposo en cama con la esperanza de reducir el riesgo de aborto. Sin embargo, no hay evidencia de que el reposo ayude. Quizás también el doctor sugiera abstenerse de tener relaciones sexuales mientras exista sangrado o dolores. El sexo no causa un aborto, pero es buena idea abstenerse en caso de tener estos síntomas.

Se puede tener pérdidas de sangre y dolores abdominales durante unas semanas, llevar toallas higiénicas, pero no tampones durante este periodo. También se puede tomar paracetamol para el dolor. Si se tiene un aborto, el sangrado y el dolor probablemente empeorará hasta que se expulse la placenta y el tejido embrionario o fetal. Este tejido será grisáceo y puede incluir coágulos de sangre.

En caso de haber perdido el embarazo y no expulsar el tejido se puede enfrentar esta situación de varias formas distintas y es buena idea que se hable de todas las opciones con el doctor. Se puede escoger esperar a que el tejido se expulse naturalmente, si esto no supone un riesgo para la salud. Más de la mitad de las mujeres tienen un aborto espontáneo la semana siguiente a averiguar que su embarazo no es viable. También puede decidir esperar un periodo de tiempo a ver qué pasa antes de someterse al procedimiento para extirpar el tejido.

En algunos casos se puede usar medicación para acelerar el proceso, pero puede causar efectos secundarios como náusea, vómitos, y diarrea. En caso de

elegir esperar o tomar medicación para acelerar el proceso, existe la posibilidad de que aún así se necesite al final un procedimiento quirúrgico para extirpar el tejido fetal o embrionario. Por otra parte, si se siente que esperar a que se produzca un aborto espontáneo es demasiado difícil emocionalmente o doloroso físicamente, puede optar por una operación para extirparlo. Esto se hace mediante un legrado por succión o una dilatación y raspado. Si se tiene una hemorragia importante, señales de una infección, o cualquier otro problema, tendrá que someterse a la operación de inmediato porque esperar a que se dé un aborto espontáneo no sería seguro, el doctor puede recomendar este procedimiento si éste es su segundo o tercer aborto seguidos, para poder analizar el tejido y ver si hay una causa genética.

Después de un aborto espontáneo, independientemente de que el aborto haya sido natural o haya sido extirpado el tejido, la paciente sentirá con posterioridad leves dolores de tipo menstrual durante un día aproximadamente y tendrá algo de hemorragia durante una o dos semanas. Usa compresas en lugar de tampones y toma ibuprofeno o paracetamol para los dolores. Debe evitar tener relaciones sexuales, nadar, darse duchas vaginales y usar medicamentos para la vagina durante una o dos semanas como mínimo, hasta que se detenga la hemorragia. En caso de que comience a sangrar intensamente, tenga cualquier síntoma de infección (como fiebre, malestar o flujo vaginal con un olor desagradable), o tenga un dolor muy fuerte, llama inmediatamente al médico. Si la hemorragia es intensa y comienza a sentirse débil, mareada o aturdida, puedes estar entrando en estado de shock, y debe ser internada urgentemente.

Expertos en fertilidad no consideran que un solo aborto espontáneo indique que la pareja tienen un problema. Algunos proveedores de salud realizarán pruebas genéticas y análisis de sangre especiales para tratar de averiguar qué causa los abortos si se tiene más de dos seguidos, en especial si tiene más de 35 años o si padece ciertas enfermedades. Otros esperan hasta que se ha perdido tres embarazos.

Para quedar embarazada nuevamente tendrá que esperar un poco. Tanto si tiene un aborto espontáneo, con la ayuda de medicación, o si extirpan el tejido,

volverá a tener su periodo otra vez después de cuatro a seis semanas. Algunos doctores señalan que se puede tratar de concebir otra vez después de este periodo, pero otros recomiendan esperar hasta que haya tenido un segundo ciclo menstrual completo para que tenga más tiempo de recuperarte física y emocionalmente.

Durante este periodo tendrá que usar control de natalidad, ya que puede ovular tan pronto como dos semanas después de haber tenido el aborto.

5.5. Rol a los familiares cercanos.

Perder un bebé, tanto si es al comienzo del embarazo como más tarde, es algo trágico, y posiblemente la paciente necesite un tiempo de duelo. Esto a veces resulta difícil, porque no siempre las personas que la rodean comprenden que una pérdida a las pocas semanas de saber que se está embarazada pueda ser tan dolorosa. Pero para la paciente que quizás había puesto toda su ilusión en esta maternidad, el que fuera pronto o tarde no tiene nada que ver con el dolor que siente.

Algunas mujeres sobrellevan mejor su dolor si centran su atención en intentar un nuevo embarazo lo antes posible (aunque el doctor les pedirá que esperen entre cuatro y seis semanas por lo menos). A otras les sucede que transcurren meses o incluso más tiempo antes de recuperar el interés en tratar de concebir. Cada mujer sobrelleva esta pérdida a su manera.

Se debe tomar el tiempo que necesite para recuperarse, y trate de encontrar a alguien con quien se sienta cómoda hablando de sus emociones. Recuerda que no ha sido su culpa ni la de su pareja y que tener un aborto es una experiencia bastante común. Trate de compartir sus sentimientos y apoyarse mutuamente. También pregúntale a su doctor dónde puedes obtener orientación o encontrar grupos de apoyo, si cree que te serán de utilidad.

5.6. Plan de educación para adolescentes con aborto espontáneo.

El plan de educación para adolescentes se presenta a continuación.

**PLAN EDUCATIVO
DIRIGIDO PARA
ADOLESCENTES
CON ABORTO
ESPONTÁNEO**

PROPUESTA

Introducción

El presente Plan de Educación con tríptico dirigido para las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, pretende orientar a la población comprendida entre los grupos de edades de 14 a 16 años de edad, más aun cuando se trata de adolescentes embarazadas que tienen un bajo nivel de conocimiento en lo referente a la sexualidad y salud reproductiva.

De esta manera, se pretende educar a la adolescente para la prevención del aborto espontáneo o para que lo impida nuevamente si ya lo ha sufrido, mediante la identificación de sus síntomas (amenaza de aborto), además de evitar complicaciones con el correcto autocuidado en su hogar después de haber sido dada de alta.

En este tríptico se narran los síntomas y amenazas de aborto, así como las intervenciones del personal de enfermería para brindar consejería oportuna e informar a las pacientes a manera de educación.

Se espera que con la presente propuesta se pueda aportar al desarrollo y bienestar de la salud de las adolescentes que pertenecen a los grupos de edades de 14 a 16 años de edad, para que se cumplan los objetivos de la salud en la localidad y en nuestro país.

Objetivos

Objetivo general

Educar a la adolescente para que pueda evitar el impacto negativo del aborto espontáneo y describir la atención de enfermería eficaz para los casos de aborto espontáneo.

Objetivos específicos

- Determinar los cuidados enfermeros para pacientes adolescentes con aborto espontáneo.
- Instruir a la adolescente para prevenir la reincidencia del aborto espontáneo y/o el autocuidado después del mismo.
- Capacitar a las adolescentes embarazadas para que reconozcan los síntomas de una amenaza de aborto y se concienticen acerca de la importancia de los controles médicos periódicos.

PLAN DE EDUCACIÓN

1. Título

Plan de Educación dirigido para las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo.

2. Objetivo

2.1. General

Educar a la adolescente para que pueda evitar aborto espontáneo y describir la atención de enfermería eficaz para los casos de aborto espontáneo.

2.2. Específicos

- Determinar los cuidados enfermeros para pacientes adolescentes con aborto espontáneo.
- Instruir a la adolescente para prevenir el aborto espontáneo y/o el autocuidado después del mismo.
- Capacitar a las adolescentes embarazadas para que reconozcan los síntomas de una amenaza de aborto y se concienticen acerca de la importancia de los controles médicos periódicos.

3. Listado de contenidos

El contenido del plan educativo con tríptico dirigido para las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, es el siguiente:

PLAN DE CHARLA No. 1

- **Tema:** Planificación del embarazo.
- **Objetivos:** Orientar a las adolescentes para que eviten embarazos a tempranas edades, manifestándole el riesgo de aborto espontáneo que acarrea el mismo.
- **Duración:** 2 días (9 de abril del 2012)
- **Carga horaria:** 4 horas
- **Participantes:** Adolescentes que han sufrido aborto espontáneo que acuden a la Consulta Externa.
- **Facilitador:** Estudiante de Enfermería Azucena Gordón

Contenido	Actividades	Técnicas	Recursos	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo, conceptos • Etapas del embarazo • Alimentación durante el embarazo • Sexualidad adolescente • Métodos anticonceptivos • El método del ritmo 	<ul style="list-style-type: none"> • Arreglos y adecuaciones. • Selección de facilitadores • Folletos informativos y comunicativos • Listado de participantes • Presentación del plan • Dinámica • Formación de equipos de trabajo • Sistema Evaluativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador • Computadora • Impresora • INFOCUS • Resaltadores • Tiza líquida • Borradores • Papelería 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas. • Exposición . • Retroalimentación.

PLAN DE CHARLA No. 2

- **Tema:** El aborto espontáneo.
- **Objetivos:** Instruir a las adolescentes para que reconozcan síntomas de amenaza de aborto y puedan prevenir los mismos.
- **Duración:** 2 días (10 y 11 de abril del 2012)
- **Carga horaria:** 4 horas
- **Participantes:** Adolescentes que han sufrido aborto espontáneo que acuden a la Consulta Externa.
- **Facilitador:** Estudiante de Enfermería Azucena Gordón

Contenido	Actividades	Técnicas	Recursos	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto, conceptos • Clases de abortos: espontáneo y provocado • Síntomas de una amenaza de aborto • Prevención del aborto espontáneo 	<ul style="list-style-type: none"> • Arreglos y adecuaciones. • Selección de facilitadores • Folletos informativos y comunicativos • Listado de participantes • Presentación del plan • Dinámica • Formación de equipos de trabajo • Sistema Evaluativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador • Computadora • Impresora • INFOCUS • Resaltadores • Tiza líquida • Borradores • Papelería 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas. • Exposición. • Retroalimentación.

PLAN DE CHARLA No. 3

- **Tema:** Etapa Post – aborto espontáneo.
- **Objetivos:** Instruir a las adolescentes para que procuren su autocuidado en el hogar, su pronta recuperación emocional y anímica, y eviten volver a tener un aborto espontáneo.
- **Duración:** 2 días (12 y 13 de abril del 2012)
- **Carga horaria:** 4 horas
- **Participantes:** Adolescentes que han sufrido aborto espontáneo que acuden a la Consulta Externa.
- **Facilitador:** Estudiante de Enfermería Azucena Gordón

Contenido	Actividades	Técnicas	Recursos	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado después del aborto espontáneo • Recomendaciones para una pronta recuperación • Vida sexual y reproductiva después del aborto espontáneo • Recomendaciones para la motivación de la adolescente • Recomendaciones generales para evitar abortos espontáneos 	<ul style="list-style-type: none"> • Arreglos y adecuaciones. • Selección de facilitadores • Folletos informativos y comunicativos • Listado de participantes • Presentación del plan • Dinámica • Formación de equipos de trabajo • Sistema Evaluativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador • Computadora • Impresora • INFOCUS • Resaltadores • Tiza líquida • Borradores • Papelería 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas. • Exposición • Retroalimentación.

CRONOGRAMA DEL PLAN DE CAPACITACION.

Actividad	Responsable	1era semana Abril					2da semana Abril					
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
		2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	
Presentación de plan de educación a las autoridades del centro hospitalario	Estudiante de Enfermería Azucena Gordón											
Reunión con autoridades acerca de la capacitación	Autoridad, investigadora											
Suscribir acuerdo con autoridades	Autoridad e investigadora											
Asignación de espacio físico	Autoridad											
Comunicación formal al personal participante	Investigadora											
1er Curso: Planificación del embarazo	Adolescentes con aborto espontáneo											
2do Curso: El aborto espontáneo	Adolescentes con aborto espontáneo											
3er Curso: Etapa Post – aborto espontáneo	Adolescentes con aborto espontáneo											
Evaluación	Adolescentes con aborto espontáneo											

Elaborado por: Blanca Azucena Gordon Castro.

HIPÓTESIS

El incremento del riesgo del aborto espontáneo, estará relacionado con el desconocimiento de las adolescentes en su prevención y cuidado.

Variable independiente:

- Desconocimiento de las adolescentes.

Variable dependiente:

- Aborto espontáneo.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Métodos de investigación

Este trabajo investigativo utiliza la descripción, además del análisis de variables cualitativas y cuantitativas acerca del aborto espontáneo.

Cualitativo porque analiza varios aspectos que ocasionan el aborto espontáneo en las adolescentes, como las siguientes: Anomalías de cromosomas del feto, Estilo de vida (hábitos de fumar o ingerir bebidas alcohólicas), Factores genéticos, Automedicación.

Cuantitativo porque considera cantidades numéricas o porcentajes, como las siguientes: Anemia, Obesidad y Edad.

Población y muestra

El universo de estudio son 121 adolescentes con aborto que acuden al Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, de las cuales 41 pertenecen a los grupos de edad entre 14 a 16 años de edad.

La muestra de la investigación es igual a 30 pacientes del grupo de edad comprendido entre 14 a 16 años de edad, que han sufrido aborto espontáneo.

Técnica de recogida de datos

Las técnicas que serán utilizadas son:

- **Observación directa** a través de las historias clínicas y los procesos con adolescentes embarazadas que han sufrido aborto espontáneo; y,
- **Encuesta** aplicadas a las adolescentes embarazadas con aborto espontáneo e involucrados en la investigación (ver **anexo No. 2 y No. 3**), cuyo objetivo es conocer las causas que lo propiciaron.

Los instrumentos que serán utilizadas son: la **Tabla de observación** utilizando historias clínicas y procesos observados con embarazadas que han sufrido aborto espontáneo y el **Cuestionario** con preguntas cerradas por ejemplo: sí – no, a veces o nunca.

Análisis de la información

Una vez que formuladas las encuestas, de acuerdo al formato del anexo No. 2, se procede a realizar el análisis e interpretación de los mismos, mediante cuadros y gráficos estadísticos, apoyados en el soporte informático de Microsoft Excel.

Posteriormente se procede a la interpretación de los resultados obtenidos, los cuales servirán para la elaboración del diagnóstico del problema, identificando las causas de mayor importancia para la ocurrencia del aborto espontáneo, con lo cual se tendrá fundamentos prácticos para el diseño de una guía educativa para las adolescentes embarazadas del grupo objetivo comprendido entre 14 a 16 años de edad.

En los siguientes cuadros y gráficos estadísticos se presenta el análisis e interpretación de los resultados.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Encuesta dirigida a las Usuaris con Aborto Espontáneo.

Edad de la paciente:

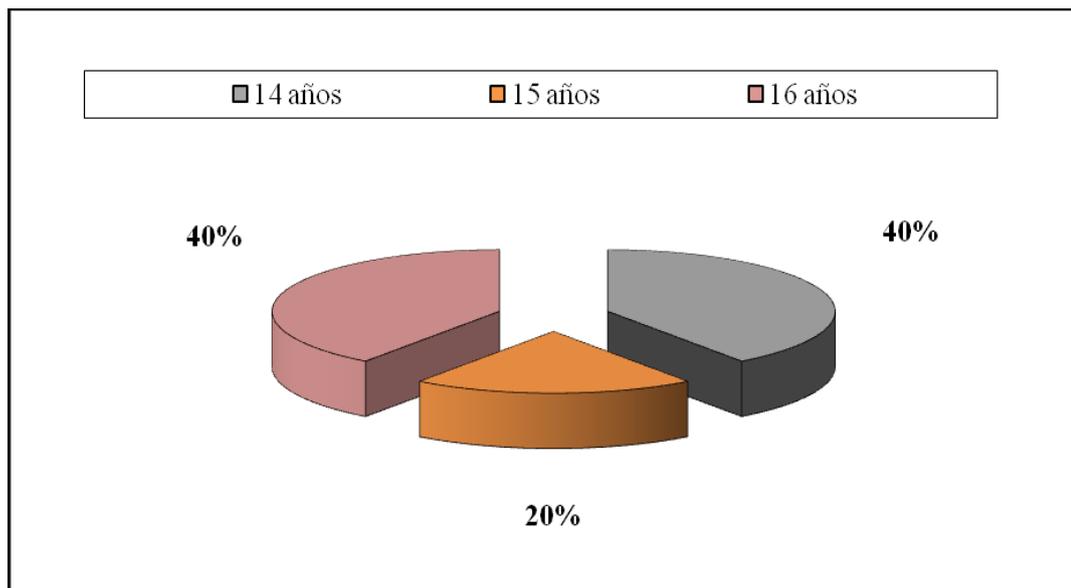
CUADRO No. 1
EDAD DE LA PACIENTE

Descripción	Frecuencia	%
14 años	12	40%
15 años	6	20%
16 años	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 1
EDAD DE LA PACIENTE



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 40% de las pacientes que han sufrido un aborto espontáneo tienen 14 años, el 20% tienen 15 años de edad y el 40% tienen 16 años de edad.

Interpretación: La edad de las adolescentes que han sufrido un aborto espontáneo está comprendida entre los 14 y 16 años, por lo que son varios los factores que en esta edad influye para que se produzca un aborto.

Estado Civil de la paciente:

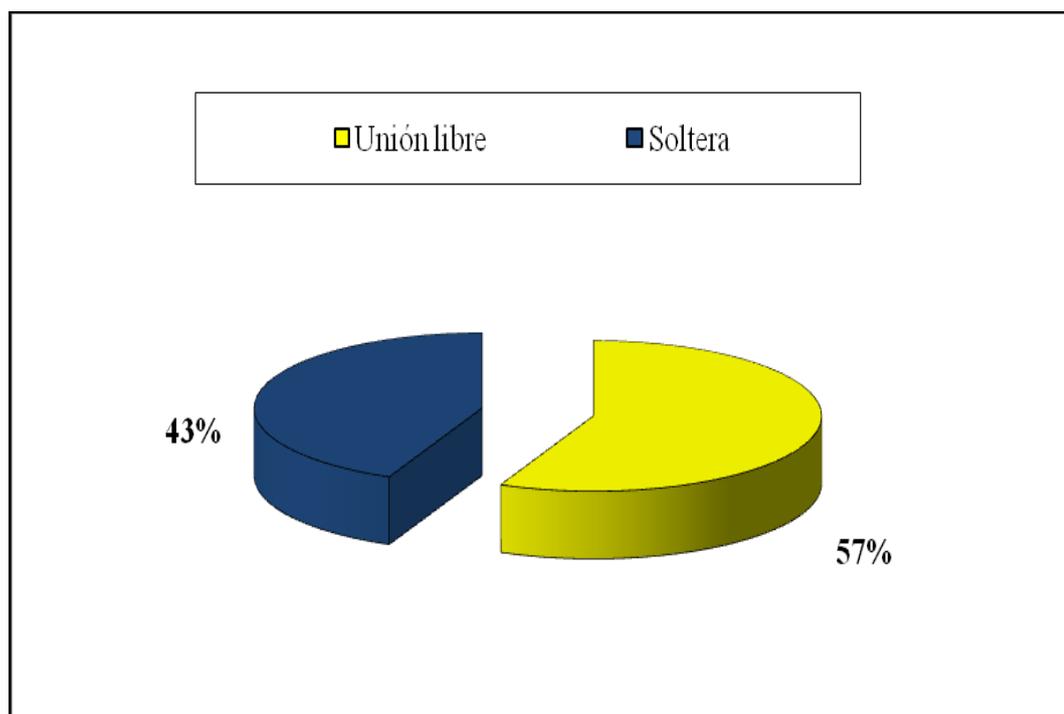
CUADRO No. 2
ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE

Descripción	Frecuencia	%
Unión libre	17	57%
Soltera	13	43%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 2
ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 57% de las pacientes adolescentes que han sufrido aborto espontáneo se encuentran en unión libre con sus parejas y el 43% son solteras.

Interpretación: Las adolescentes que han sufrido de aborto espontáneo tienen pareja, sin embargo, existe un porcentaje considerable de adolescentes que no tienen pareja actualmente, lo que puede hacerla más vulnerable.

1) ¿Con quién reside actualmente?

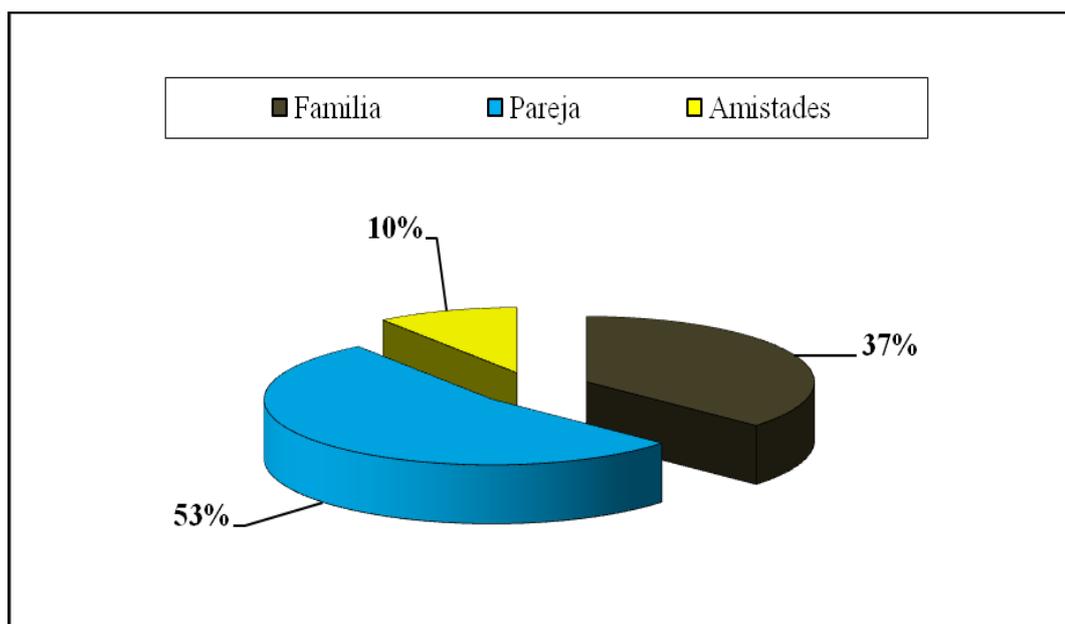
CUADRO No. 3
CON QUIEN RESIDE ACTUALMENTE

Descripción	Frecuencia	%
Familia	11	37%
Pareja	16	53%
Amistades	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 3
CON QUIEN RESIDE ACTUALMENTE



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 53% residen actualmente con su pareja, el 37% residen con sus familiares y el 10% viven con amistades.

Interpretación: Las adolescentes residen con sus parejas, las que están solteras viven con sus familiares y en algunas ocasiones con amistades, por lo que se determina que muchas de estas adolescentes no cuentan con apoyo de parte de su familia.

2) ¿Cuál es su nivel de instrucción?

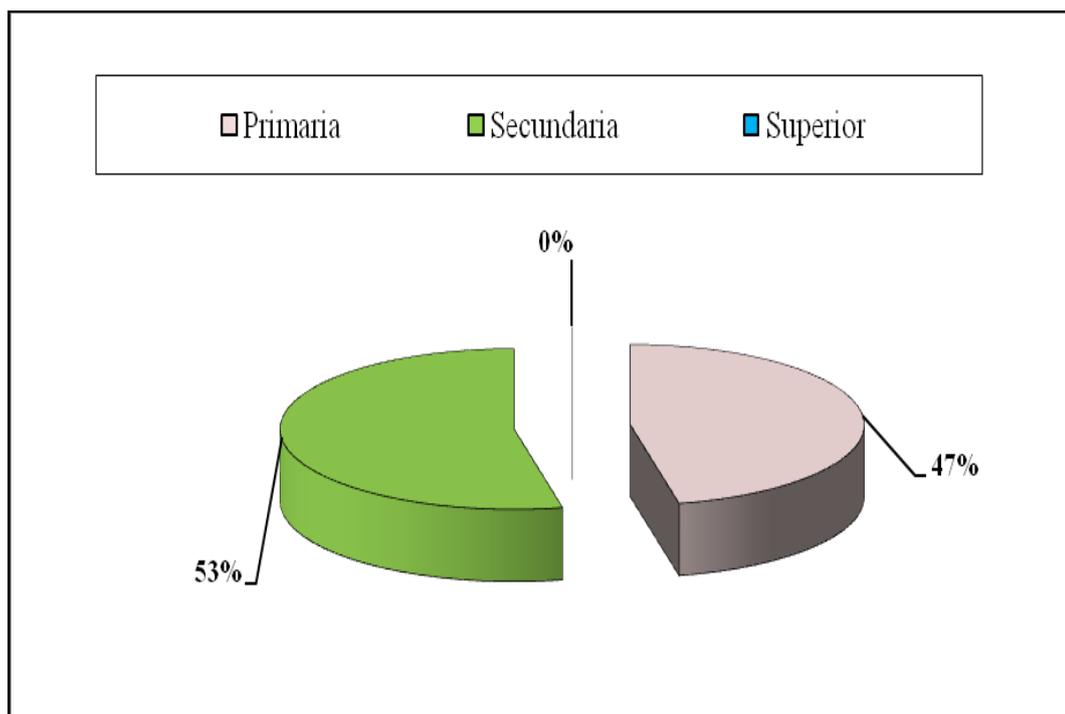
CUADRO No. 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Descripción	Frecuencia	%
Primaria	14	47%
Secundaria	16	53%
Superior	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 53% indica que tiene instrucción secundaria, el 47% señala que su nivel de instrucción es primaria.

Interpretación: Las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo tienen un nivel de instrucción primaria, algunas han iniciado el ciclo secundario, pero no lo han concluido, es decir, las adolescentes dejan sus estudios producto del embarazo.

3) ¿Ha asistido regularmente a las citas médicas en la Maternidad?

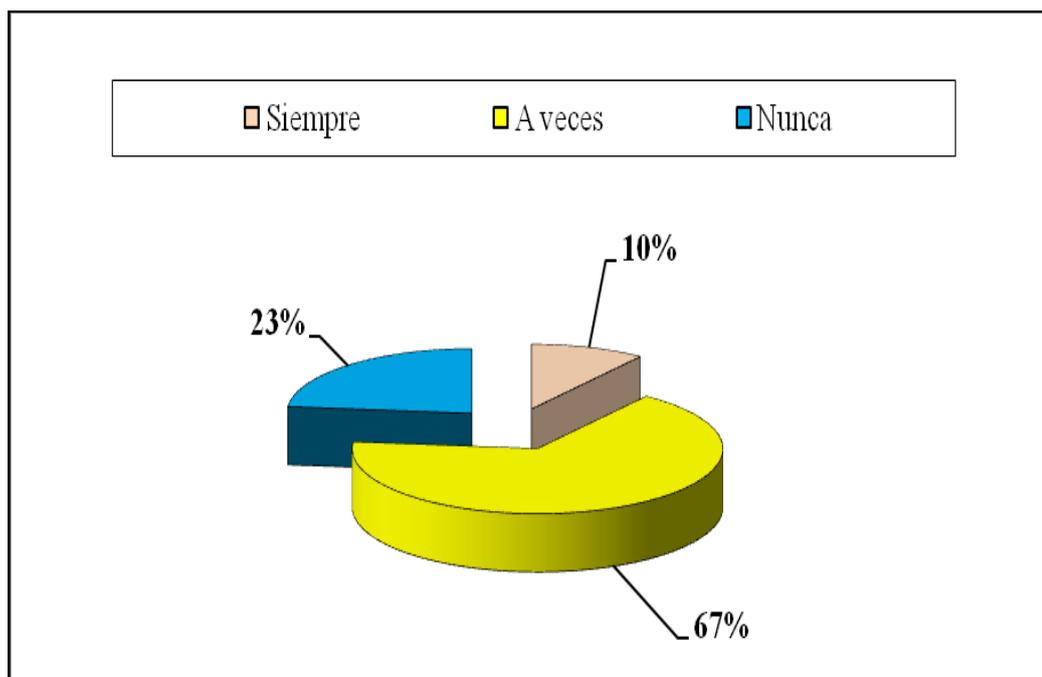
CUADRO No. 5
ASISTENCIA A CITAS MÉDICAS

Descripción	Frecuencia	%
Siempre	3	10%
A veces	20	67%
Nunca	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 5
ASISTENCIA A CITAS MÉDICAS



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 67% indica que a veces han asistido a las citas médicas en la Maternidad, el 23% señala que nunca han asistido a las citas médicas en la Maternidad y un 10% indica que si ha asistido regularmente a las citas médicas en la Maternidad.

Interpretación: Las adolescentes no han asistido regularmente a las citas médicas en la Maternidad, por lo que su embarazo no ha tenido un control adecuado de la gestación.

4) ¿Qué método anticonceptivo ha utilizado para evitar el embarazo?

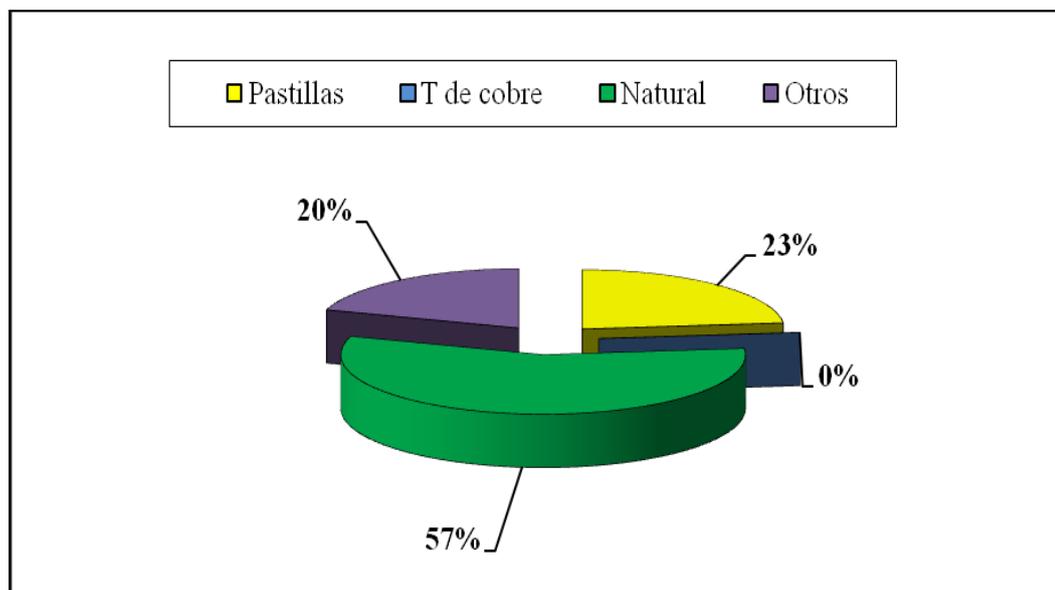
CUADRO No. 6
MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO

Descripción	Frecuencia	%
Pastillas	7	23%
T de cobre	0	0%
Natural	17	57%
Otros	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 6
MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 57% ha utilizado el método anticonceptivo natural para evitar el embarazo, el 23% ha utilizado pastillas, el 20% ha utilizado otros métodos anticonceptivos.

Interpretación: Las adolescentes utilizan el método anticonceptivo natural, por lo que por su inexperiencia, poca educación y falta de conocimiento quedan embarazadas a temprana edad lo que lleva consigo el riesgo de un aborto espontáneo.

5) ¿Su embarazo fue planificado?

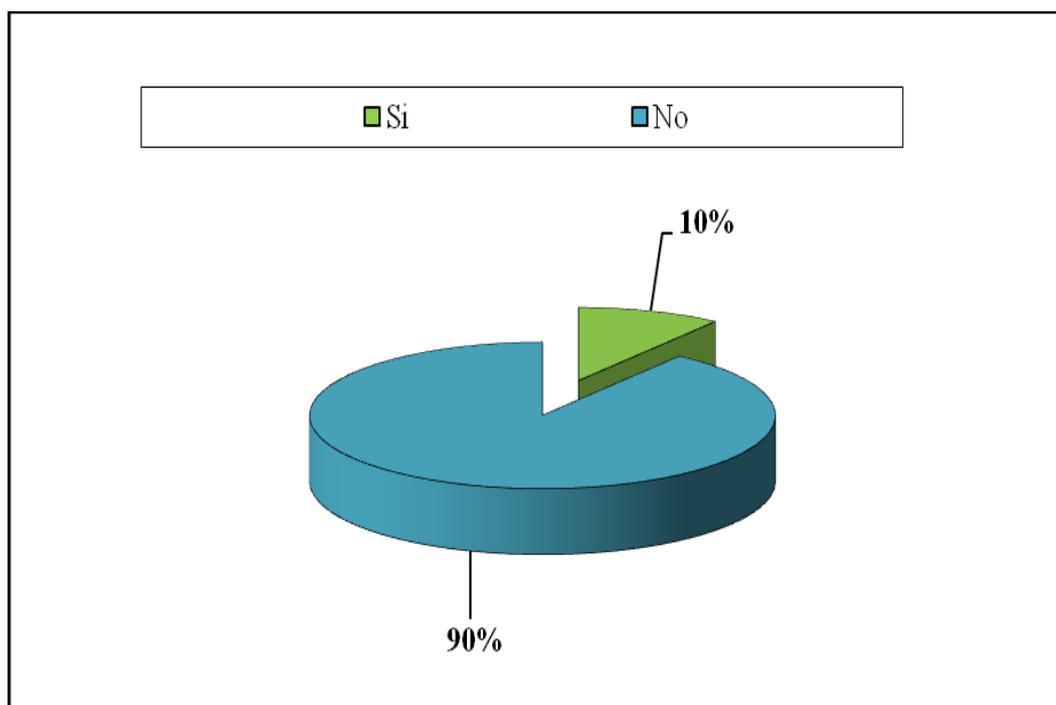
CUADRO No. 7
PLANIFICÓ SU EMBARAZO

Descripción	Frecuencia	%
Si	3	10%
No	27	90%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 7
PLANIFICÓ SU EMBARAZO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 90% no planifico su embarazo mientras que un 10% señala que si planifico su embarazo.

Interpretación: Las adolescentes debido a su inmadurez y falta de conocimientos, no planifican la reproducción familiar, en su mayoría tienen relaciones sexuales llevadas por un sentimiento sin medir las consecuencias de sus actos.

6) ¿Quién apoyó su embarazo adolescente?

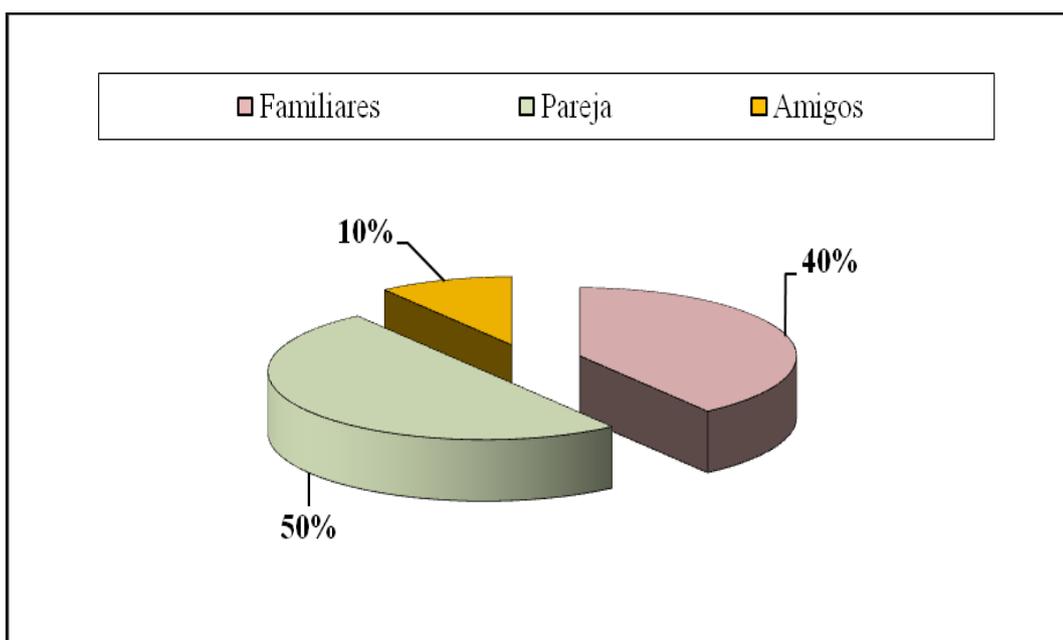
CUADRO No. 8
QUIÉN APOYÓ SU EMBARAZO ADOLESCENTE

Descripción	Frecuencia	%
Familiares	12	40%
Pareja	15	50%
Amigos	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 8
QUIÉN APOYÓ SU EMBARAZO ADOLESCENTE



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 50% de las adolescentes indican que su pareja ha apoyado su embarazo, el 40% han recibido apoyo de sus familiares y el 10% han sido apoyadas en su embarazo por amigos.

Interpretación: Por lo general quienes apoyan los embarazos de las adolescentes son su pareja, familiares y en ocasiones los amigos cuando las jóvenes no viven con sus padres.

7) ¿Ha asistido regularmente a las citas médicas?

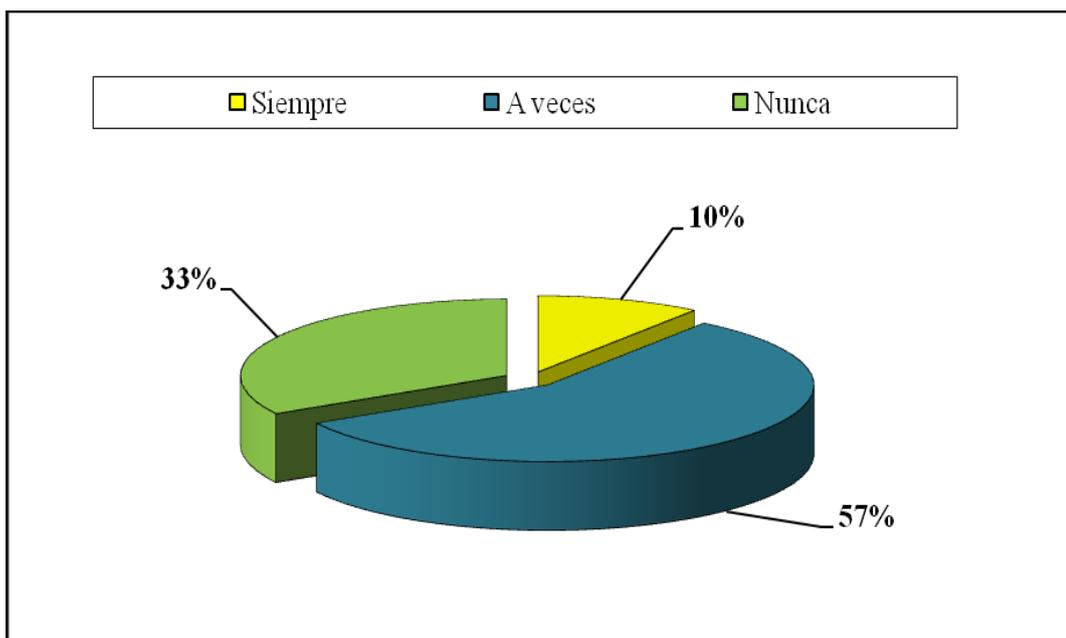
CUADRO No. 9
ASISTENCIA A CITAS MÉDICAS

Descripción	Frecuencia	%
Siempre	3	10%
A veces	17	57%
Nunca	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 9
ASISTENCIA A CITAS MÉDICAS



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 57% indica que a veces ha asistido a las citas médicas, el 33% nunca ha asistido a las citas médicas y el 10% siempre ha asistido a las citas médicas.

Interpretación: Las adolescentes no mantienen un adecuado control del embarazo asisten esporádicamente a las citas médicas, por lo que si tienen un riesgo es difícil detectarlo a tiempo lo que en muchas ocasiones termina en un aborto espontáneo.

8) ¿Sus familiares han tenido casos de abortos?

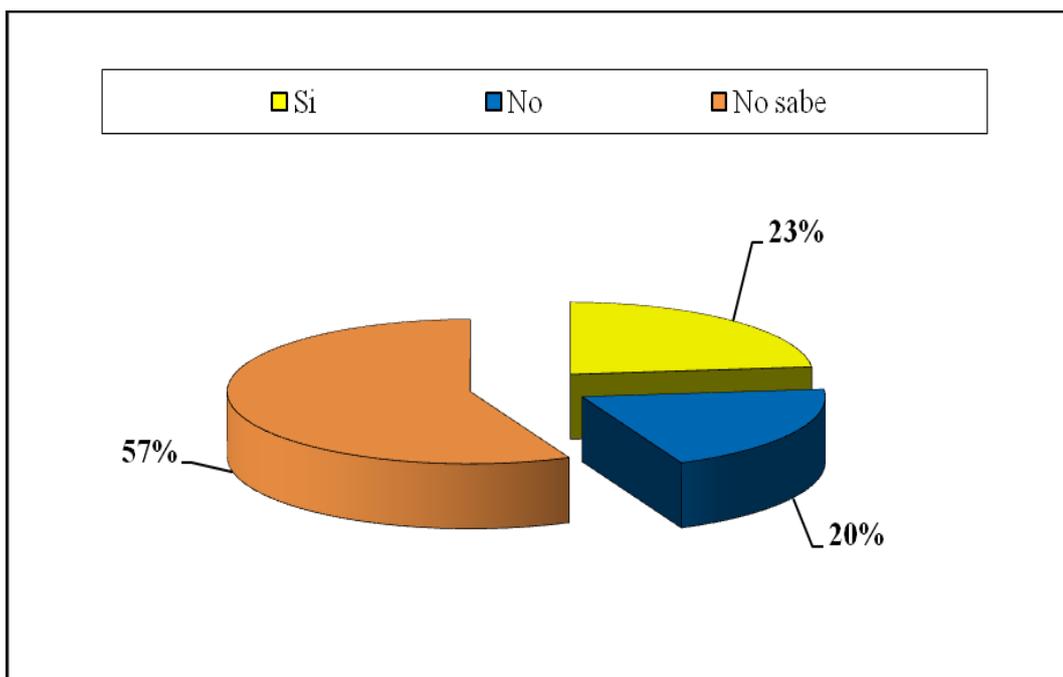
CUADRO No. 10
CASOS DE ABORTO EN SU FAMILIA

Descripción	Frecuencia	%
Si	7	23%
No	6	20%
No sabe	17	57%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 10
CASOS DE ABORTO EN SU FAMILIA



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 57% indican desconocer si en su familia han existido casos de abortos, el 23% señalan que en su familia han existido casos de abortos y el 20% dice que en su familia no han existido casos de abortos.

Interpretación: Las pacientes que han sufrido de aborto desconocen si en su familia han existido casos de abortos.

9) ¿Cuál fue la causa de su aborto?

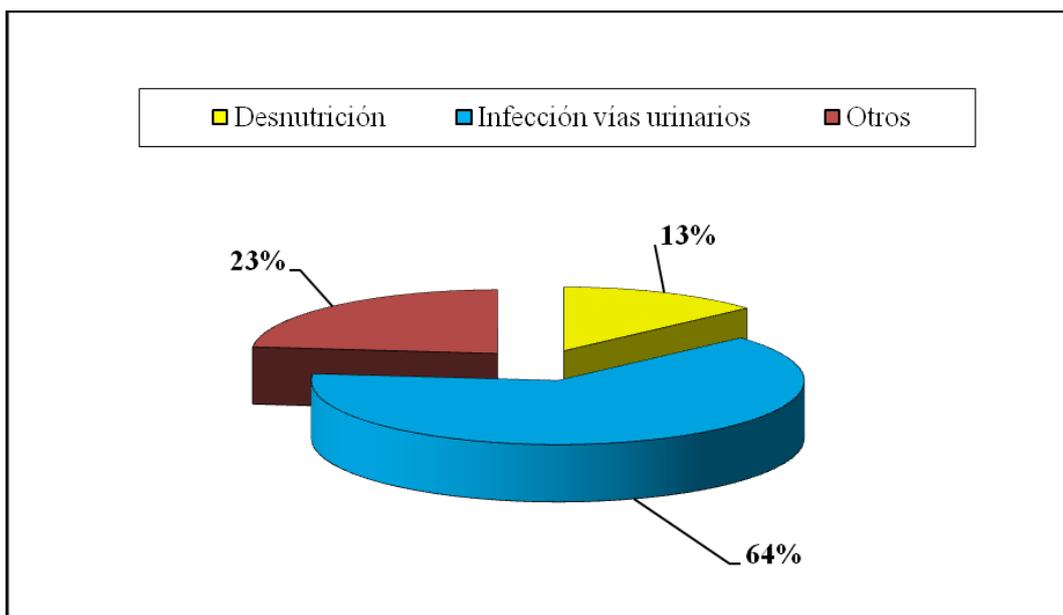
CUADRO No. 11
CAUSA DE SU ABORTO

Descripción	Frecuencia	%
Desnutrición	4	13%
Infección vías urinarios	19	63%
Otros	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 11
CAUSA DE SU ABORTO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 64% indica que causa de su aborto fue la infección de las vías urinarias, el 13% dice que su aborto fue causado por desnutrición y el 23% señala que su aborto fue causado por otros factores.

Interpretación: Las adolescentes padecieron de infección de las vías urinarias la misma que es generada por un virus o una bacteria que afecta al embarazo, por lo que si no se trata a tiempo y no se le da los cuidados necesarios a la paciente provoca en un aborto espontáneo.

10) ¿Su aborto fue?

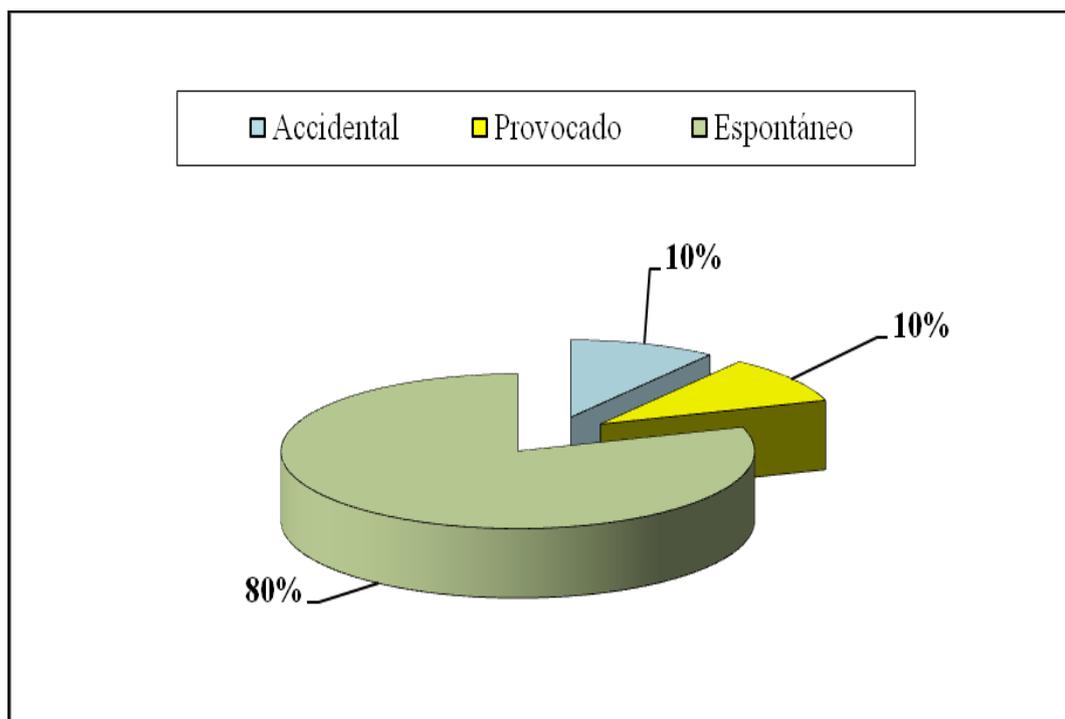
CUADRO No. 12
TIPO DE ABORTO

Descripción	Frecuencia	%
Accidental	3	10%
Provocado	3	10%
Espontáneo	24	80%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 12
TIPO DE ABORTO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 80% indica que su aborto fue espontáneo, el 10% señala que su aborto fue accidental y un 10% indica que su aborto fue provocado.

Interpretación: Se determina que las adolescentes han sufrido un aborto de tipo espontáneo, por lo que se asume que el embarazo tiene más riesgos de aborto en la edad adolescente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Encuesta Dirigida al Personal de Enfermería.

- 1) ¿Proporciona consejería a las usuarias adolescentes que han sufrido aborto espontáneo?

CUADRO No. 13

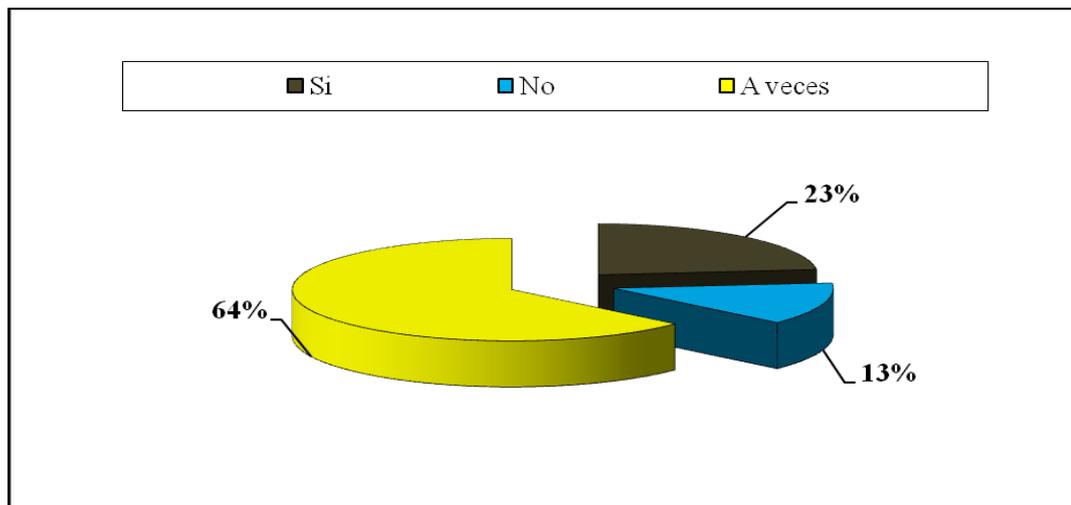
CONSEJERÍA A PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO

Descripción	Frecuencia	%
Si	7	23%
No	4	13%
A veces	19	63%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 13

CONSEJERÍA A PACIENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO



Elaborado por: Investigadora.

Análisis: El 63% a veces proporciona consejería a las usuarias adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, el 23% indica que si proporciona consejería y el 13% no proporciona consejería.

Interpretación: El personal de enfermería no proporciona consejería a las usuarias adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, ya que desconocen sobre el tema.

2) ¿Cuál de esta alternativa no es causa de aborto espontáneo?

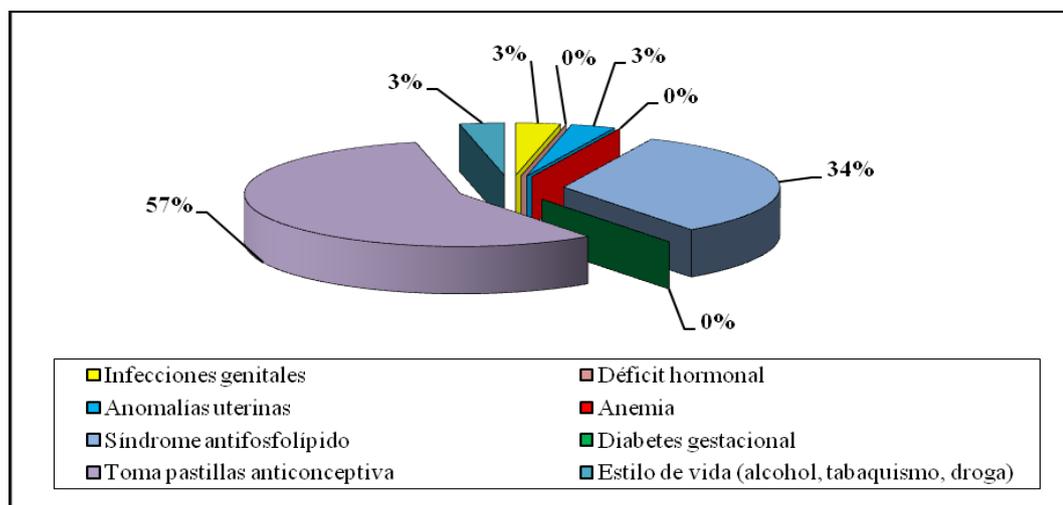
CUADRO No. 14
NO CAUSA ABORTO ESPONTÁNEO

Descripción	Frecuencia	%
Infecciones genitales	1	3%
Déficit hormonal	0	0%
Anomalías uterinas	1	3%
Anemia	0	0%
Síndrome antifosfolípido	10	33%
Diabetes gestacional	0	0%
Toma pastillas anticonceptiva	17	57%
Estilo de vida (alcohol, tabaquismo, droga)	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 14
NO CAUSA ABORTO ESPONTÁNEO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 57% indica que las pastillas anticonceptivas no causan aborto espontáneo, el 34% señala que el síndrome antifosfolípido no causa aborto espontáneo, el 3% dice que llevar un estilo de vida con el alcohol, tabaquismo y drogas no causa aborto espontáneo.

Interpretación: Según los resultados se puede determinar que el personal de enfermería no está capacitado con respecto al aborto espontáneo.

3) ¿Cuáles de estos no son síntomas del aborto espontáneo?

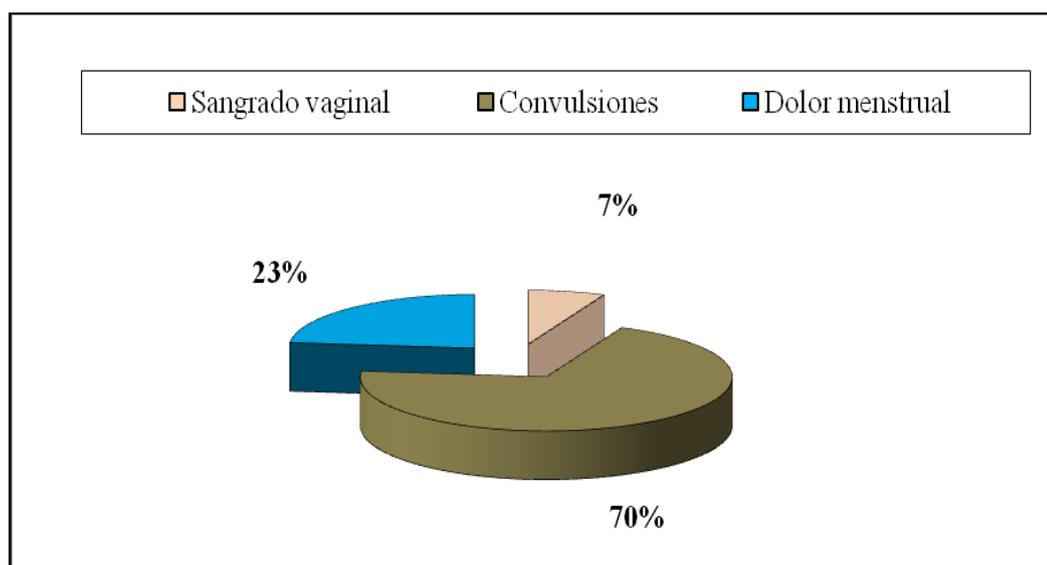
CUADRO No. 15
NO SON SÍNTOMAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO

Descripción	Frecuencia	%
Sangrado vaginal	2	7%
Convulsiones	21	70%
Dolor menstrual	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 15
NO SON SÍNTOMAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 70% indica que las convulsiones no son un síntoma de aborto espontáneo, el 23% señala que el dolor menstrual no es un síntoma de aborto espontáneo y el 7% considera que el sangrado vaginal no es un síntoma de aborto espontáneo.

Interpretación: El personal de enfermería determinan que las convulsiones no es un síntoma de aborto espontáneo, sin embargo existen enfermeras que desconocen sobre este tema.

4) ¿Cuál es la atención que recibió la paciente que sufrió aborto espontáneo?

CUADRO No. 16

ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PACIENTE CON ABORTO ESPONTÁNEO

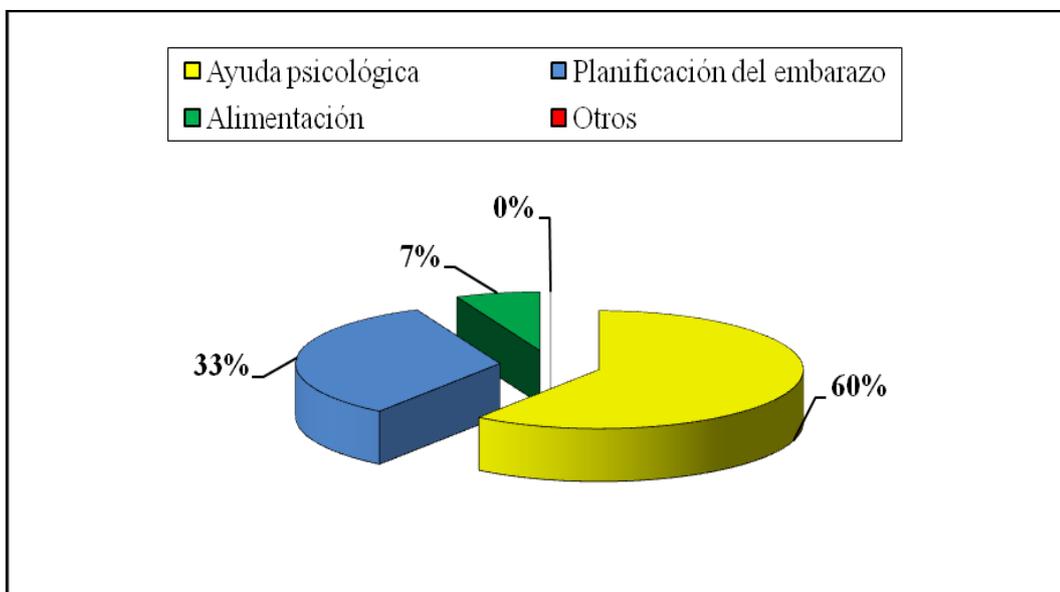
Descripción	Frecuencia	%
Ayuda psicológica	18	60%
Planificación del embarazo	10	33%
Alimentación	2	7%
Otros	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 16

ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PACIENTE CON ABORTO ESPONTÁNEO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 60% indican que la atención que debe darse a una paciente que ha sufrido aborto espontáneo es la ayuda psicológica, el 33% señalan que debe recibir planificación del embarazo y el 7% indica que debe tener una adecuada alimentación.

Interpretación: El personal de enfermería indica que la atención que debe darse a una paciente que ha sufrido aborto espontáneo es la ayuda psicológica.

5) ¿Ha recibido capacitación en el tema correspondiente al aborto espontáneo?

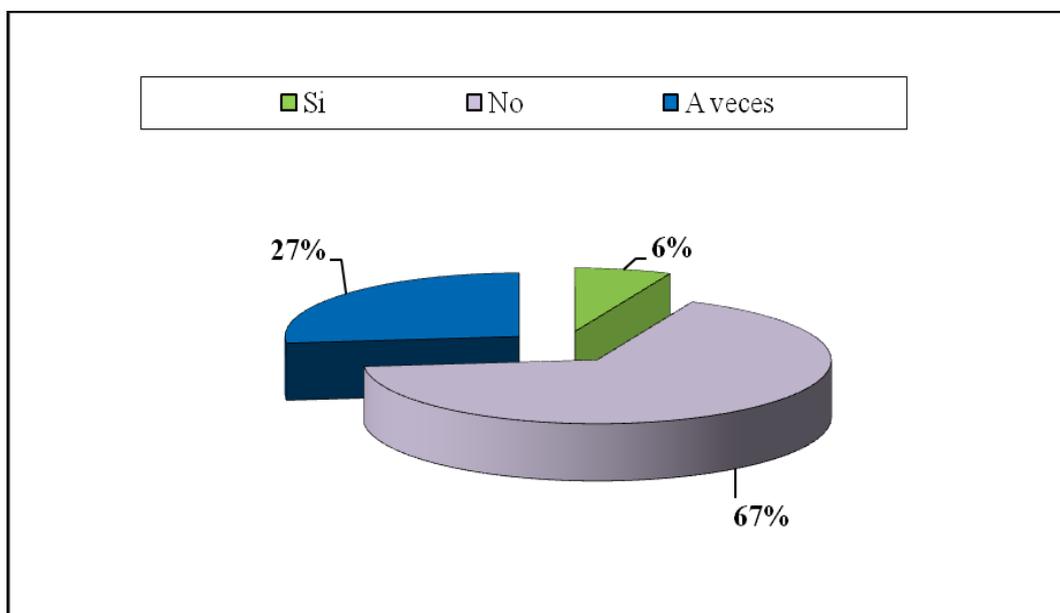
CUADRO No. 17
CAPACITACIÓN SOBRE ABORTO ESPONTÁNEO

Descripción	Frecuencia	%
Si	2	7%
No	20	67%
A veces	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 17
CAPACITACIÓN SOBRE ABORTO ESPONTÁNEO



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 67% indica que no ha recibido capacitación en el tema correspondiente al aborto espontáneo, el 27% a veces ha recibido capacitación y el 6% si ha sido capacitado sobre el tema.

Interpretación: El personal de enfermería no ha recibido capacitación sobre el aborto espontáneo, por lo que esta sería la principal causa del desconocimiento sobre el tema.

6) ¿Con qué frecuencia ha sido capacitado en el tema correspondiente al aborto espontáneo?

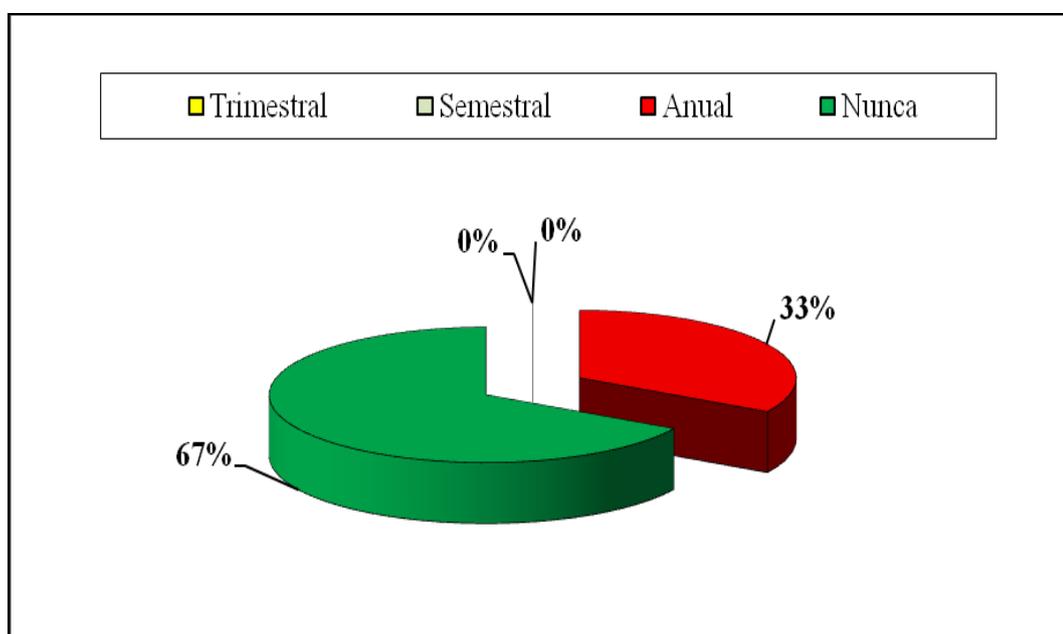
CUADRO No. 18
FRECUENCIA DE CAPACITACIÓN

Descripción	Frecuencia	%
Trimestral	0	0%
Semestral	0	0%
Anual	10	33%
Nunca	20	67%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 18
FRECUENCIA DE CAPACITACIÓN



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 67% indica que nunca ha sido capacitado en el tema correspondiente al aborto espontáneo, el 33% si ha recibido capacitación anualmente.

Interpretación: El personal de enfermería nunca ha recibido capacitación sobre el aborto espontáneo, por lo que esta sería la principal causa del desconocimiento sobre el tema.

7) ¿Qué importancia tiene la capacitación en aborto espontáneo para el personal de enfermería?

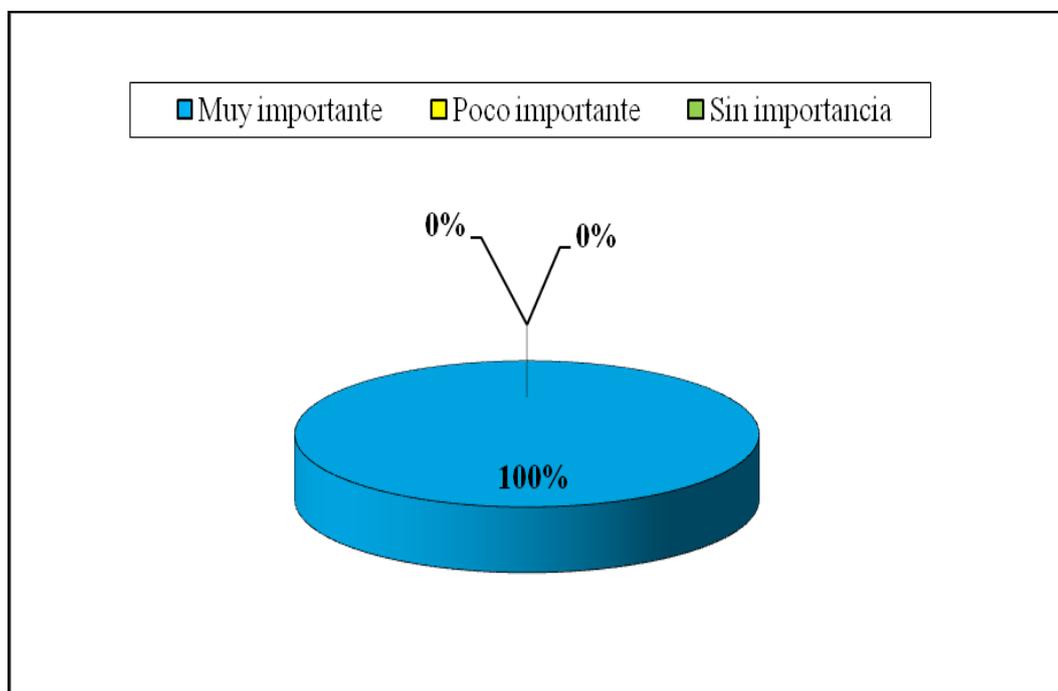
CUADRO No. 19
IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN

Descripción	Frecuencia	%
Muy importante	30	100%
Poco importante	0	0%
Sin importancia	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 19
IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El personal de enfermería indica que es muy importante la capacitación en aborto espontáneo.

Interpretación: La capacitación en el tema correspondiente al aborto espontáneo es muy importante, ya que de esta depende que las pacientes sean atendidas de acuerdo a sus necesidades.

8) ¿Guía sus acciones en un documento que oriente el proceso de atención de enfermería a usuarias adolescentes con aborto espontáneo?

CUADRO No. 20

GUÍA SUS ACCIONES EN UN DOCUMENTO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

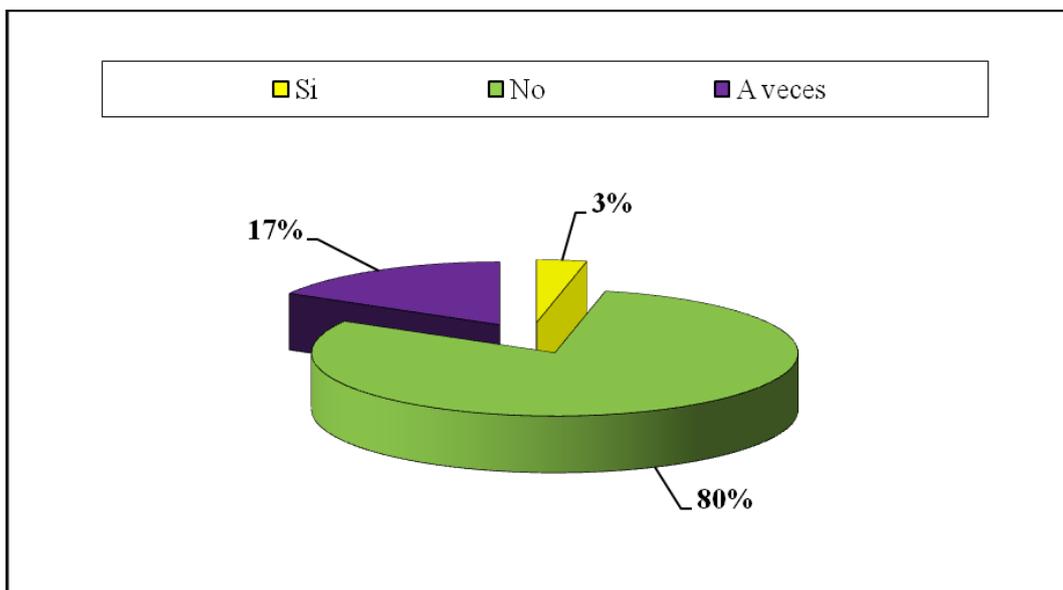
Descripción	Frecuencia	%
Si	1	3%
No	24	80%
A veces	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 20

GUÍA SUS ACCIONES EN UN DOCUMENTO DE PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 80% indica que no existe un documento que oriente el proceso de atención de enfermería a usuarias adolescentes con aborto espontáneo, el 17% señala que a veces existe una guía que los oriente.

Interpretación: El personal de enfermería determina que no existe un documento que oriente el proceso de atención de enfermería a usuarias adolescentes con aborto espontáneo, es decir la institución carece de una Guía para dicho proceso.

9) ¿En la consejería en cuál de estos aspectos pone mayor énfasis?

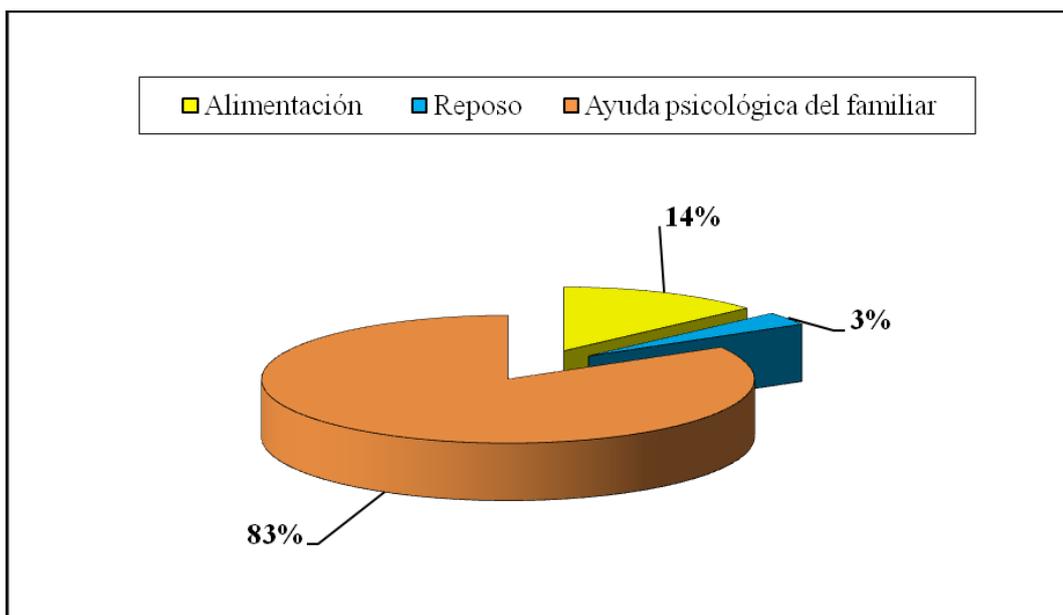
CUADRO No. 21
ASPECTO DE MAYOR ÉNFASIS EN LA CONSEJERÍA

Descripción	Frecuencia	%
Alimentación	4	13%
Reposo	1	3%
Ayuda psicológica del familiar	25	83%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 21
ASPECTO DE MAYOR ÉNFASIS EN LA CONSEJERÍA



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 83% indica que la consejería el aspectos en el que pone mayor énfasis es la ayuda psicológica del familiar, el 14% señala que debe tener una alimentación adecuad y el 3% indica que debe guardar reposo.

Interpretación: El personal de enfermería indica que el aspecto que ayuda a la paciente a superar el aborto espontáneo es la ayuda psicológica que proporcione la familia.

10) ¿Brinda consejería a los familiares de la adolescentes con aborto espontáneo?

CUADRO No. 22

BRINDA CONSEJERÍA A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE

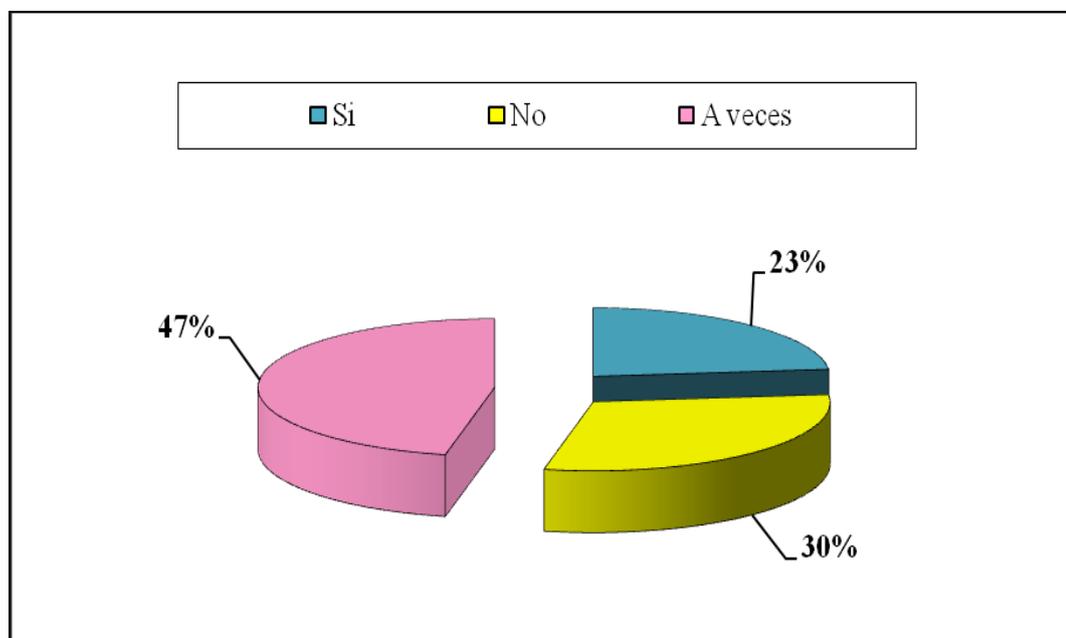
Descripción	Frecuencia	%
Si	7	23%
No	9	30%
A veces	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

GRÁFICO No. 22

BRINDA CONSEJERÍA A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Estudiante de Enfermería Azucena Gordón.

Análisis: El 47% indica que a veces brinda consejería a los familiares de la adolescentes con aborto espontáneo, el 30% señala que no brinda consejería y el 23% indica que si brinda dicha consejería.

Interpretación: El personal de enfermería no brinda consejería a los familiares de la adolescentes con aborto espontáneo, por lo que es necesario se capacite al personal con lo que se conseguira instruirlos y a su vez fomentar la consejería tanto a pacientes como a familiares.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación realizada señalaron que las adolescentes de 14 a 16 años son más vulnerables a sufrir aborto espontáneo, por el desconocimiento, déficit alimenticio, falta de instrucción en el área de la educación para el amor y la sexualidad, que a su vez es la causa para que ellas no se hagan los controles médicos obligatorios y no detecten oportunamente la amenaza de aborto.

Después de haber sufrido el aborto espontáneo, las adolescentes se enfrentan a cuadros de angustia, miedo y desesperación, más aun cuando el 50% de ellas no tienen el apoyo de sus parejas.

A ello se añade, que el personal de enfermería no cumple con su rol para educar y orientar a las adolescentes embarazadas, para que puedan superar la pérdida de su bebé, procurar el autocuidado en su hogar y prevenir el aborto espontáneo.

Por este motivo se propone la elaboración de un plan educativo dirigido para las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, con el objeto de que ellas puedan superar su afeción, recuperarse física y emocionalmente, realizar el autocuidado en sus hogares y prevenir el aborto espontáneo reconociendo los síntomas de amenaza de aborto, procurando además mejorar los aspectos de planificación familiar y otros relacionados con su salud sexual y reproductiva.

RECOMENDACIONES

Brindar charlas educativas a las adolescentes embarazadas para orientarles acerca de los aspectos nutricionales, de control y el autocuidado durante el embarazo, para prevenir la probabilidad de un aborto espontáneo.

Capacitar e incentivar al personal de enfermería para que cumpla su rol educador y motivador para que las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo tengan una mejor calidad de vida.

Ejecutar un plan educativo para las adolescentes que han sufrido un aborto espontáneo, para motivarlas anímicamente y proporcionarles conocimientos técnicos acerca del reconocimiento de síntomas, tratamiento, prevención y autocuidado del aborto espontáneo.

Capacitar e instruir a las adolescentes para que eviten embarazos a tempranas edades, mediante la abstinencia sexual y el uso de métodos de planificación familiar.

VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Al analizar a las pacientes, se ha podido identificar que el 53% de ellas tienen nivel de instrucción secundaria incompleta, además que viven con sus parejas, es decir, que tienen un hogar y mantienen relaciones sexuales frecuentes, sin tomar ningún tipo de precaución para la planificación familiar, porque el 57% de ellas manifiesta que no utiliza ningún método anticonceptivo, debido al desconocimiento del área de la educación para el amor y la sexualidad.

El 67% de las adolescentes no acuden con regularidad a los controles médicos para conocer la evolución de su embarazo, algunas de ellas se enteran de su embarazo cuando ha pasado más de 1 mes del mismo; lo que se corrobora con las repuesta a la pregunta No. 5 que indicó que el 90% de adolescentes no planifican su embarazo.

Las causas principales del aborto espontáneo fueron por infecciones de vías urinarias no tratadas y mala nutrición, en un 76% de los casos de aborto espontáneo, factores que pudieron haber sido controlados, por lo que se puede manifestar que la escasa difusión de la información sobre el cuidado durante las etapas del embarazo, así como en la falta de controles médicos por parte de la población femenina, cuyo nivel de conocimiento de la materia es muy bajo, están ocasionando un incremento en las tasas de aborto espontáneo en los grupos de edades de 14 a 16 años de edad, aspectos que son corroborados por los tratadistas de la materia del aborto, en los principales textos mencionados en la bibliografía y con la doctrina citada en el marco teórico.

El personal de enfermería manifiesta que no proporciona consejería a las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo y en algunos casos, desconocen las causas y síntomas del aborto espontáneo. Además no han recibido capacitación en lo correspondiente a la atención a las adolescentes con aborto espontáneo, ni disponen de una guía que les oriente a brindar eficazmente estas intervenciones a este tipo de pacientes.

Por tanto, es concluyente que las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo no disponen de la información necesaria para prevenir el aborto espontáneo, ni para evitar sus complicaciones, a pesar que la mayoría de los casos que se presentaron en el centro hospitalario pudieron ser controlados, pero porque el personal de enfermería no proporcionó la consejería y educación necesaria a las pacientes de 14 a 16 años de edad, no se pudo lograr el objetivo de reducir o evitar los casos de aborto espontáneo.

La hipótesis de la investigación dice: “El incremento del riesgo del aborto espontáneo, estará relacionado con el desconocimiento de las adolescentes en su prevención y cuidado”.

Esta hipótesis es comprobable, con los instrumentos de la investigación que han sido utilizados, como son las encuestas al personal de Enfermería y a las adolescentes que han sufrido aborto espontáneo, con cuyos resultados se puede sostener el criterio de que el incremento del riesgo del aborto espontáneo, está relacionado con el desconocimiento de las adolescentes en su prevención y cuidado, siendo esta actividad una función del personal de Enfermería, de educar a las pacientes embarazadas con grupos de edades entre 14 a 16 años, para que puedan prevenir aborto espontáneo y evitar complicaciones si lo tuvieron.

De la misma manera, se deja entrever en la hipótesis que un programa educativo para las adolescentes embarazadas, podrá evitar complicaciones y les despejará dudas acerca de cómo prevenir el aborto espontáneo y cuánto tiempo necesitará para volver a quedar embarazada sin ningún riesgo.

Por este motivo, dicho programa de capacitación deberá estar dirigido, no solo a las adolescentes embarazadas, sino a todas las adolescentes en edad fértil, correspondiéndole al personal de enfermería la responsabilidad de educar e informar a las pacientes de los grupos de edades de 14 a 16 años, para lograr el objetivo de reducir la tasa de aborto espontáneo en el centro hospitalario, en la localidad y en el país.

5. BIBLIOGRAFÍA

Botella, Lluís (2007). Tratado de Ginecología, Tomo I, Fisiología Femenina. Barcelona: Editorial Científico Médica. Undécima Edición.

Decheney H. Alan (2002). Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos. Santa Fe – Bogotá: Octava Edición. Editorial El Manual Moderno.

Dugas B (2000). Tratado de Enfermería Práctica. México D. F.: Sexta Edición. Editorial Interamericana.

Gómez Betancourt, Roberto (2006). El Embarazo y El Parto. Bogotá: Editorial Trillas, 1era Edición.

Hidalgo Luis & Chedraui Peter (2005). Temas Selectos en Ginecología y Obstetricia, Vol. 2. Guayaquil: Dirección de Publicaciones de Universidad Católica, 1era Edición.

Hoekelman A. M. (2009). Psicología del adolescente. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Primera Edición.

Júbez Hazbún Alfonso (2004). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Tercera edición.

Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.

Ortiz, H. Rague, Marti J., Foulkes B. (2004). Indicaciones y Cuidados de Enfermería. Buenos Aires: Editorial Nouwelaerts, 10ma Edición.

Pérez Sánchez, Alfredo (2003). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Sexta edición.

Wagner, Guillermo (2002), Embarazo, Parto y Puerperio, Primera Edición,
Editorial Luz S. A., Guayaquil – Ecuador.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS USUARIAS CON ABORTO
ESPONTÁNEO.**

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado a las usuarias de 14 a 16 años de edad, que han sufrido aborto espontáneo.

Objetivo: Obtener información acerca de la caracterización de la población de usuarias de 14 a 16 años edades que han sufrido aborto espontáneo.

Edad:

Estado Civil:

Para ser llenado por el encuestador:

1. ¿Con quién reside actualmente?

Familia

Pareja

Amistades

2. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

Primaria

Secundaria

Superior

3. ¿Ha recibido clases de Educación para el Amor y la Sexualidad en el centro educativo??

Mucho

Poco

Nada

4. ¿Qué método anticonceptivo ha utilizado para evitar el embarazo?

Pastillas

T de Cobre

Natural

Otros

5. ¿Su embarazo fue planificado?

Si

No

6. ¿Quién apoyó su embarazo adolescente?

Familiares

Pareja

Amigos

7. ¿Ha asistido regularmente a las citas médicas?

Siempre

A veces

Nunca

8. ¿Sus familiares han tenido casos de abortos?

Si

No

No sabe

9. ¿Cuál fue la causa de su aborto?

Desnutrición

Infecciones vías urinarios

Otros

10. Su aborto fue:

Accidental

Provocado

Espontáneo

Elaborado por:

Aprobado por:

GRACIAS POR SU COLABORACION.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado al personal de enfermería del el área de Consulta Externa del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el 2012.

Objetivo: Obtener información de manera confidencial sobre la atención a las adolescentes de 14 a 16 años de edad que han sufrido aborto espontáneo.

Para ser llenado por el encuestador:

1. **¿Proporciona consejería a las usuarias adolescentes que han sufrido aborto espontáneo?**

Si

No

A veces

2. **¿Cuál de esta alternativa no es causa de aborto espontáneo?**

Infecciones genitales

Déficit hormonal

Anomalías uterinas

Anemia

Síndrome antifosfolípido

Diabetes gestacional

Toma pastillas anticonceptiva

Estilo de vida (alcohol, tabaquismo, droga)

3. **¿Cuáles de estos no son síntomas del aborto espontáneo?**

Sangrado vaginal

Convulsiones

Dolor menstrual

4. ¿Cuál es la atención que debe darse a una paciente que ha sufrido aborto espontáneo?

Ayuda psicológica Planificación del embarazo Alimentación Otros

5. ¿Ha recibido capacitación en el tema correspondiente al aborto espontáneo?

Si No A veces

6. ¿Con qué frecuencia ha sido capacitado en el tema correspondiente al aborto espontáneo?

Trimestral Semestral Anual Nunca

7. ¿Qué importancia tiene la capacitación en aborto espontáneo para el personal de enfermería?

Muy importante Poco importante Sin importancia

8. ¿Guía sus acciones en un documento que oriente el proceso de atención de enfermería a usuarias adolescentes con aborto espontáneo?

Si No A veces

9. ¿En la consejería en cuál de estos aspectos pone mayor énfasis?

Alimentación Reposo Ayuda psicológica del familiar

10. ¿Brinda consejería a los familiares de la adolescentes con aborto espontáneo?

Si No A veces

Elaborado por:

Aprobado por:

GRACIAS POR SU COLABORACION.

PERIODO DE GESTACIÓN.

Fecundación	Se realiza normalmente en uno de losoviductos
1era a 3era semana	El cigoto se implanta en el endometrio. Se forma de 3 capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo.
4ta semana	El embrión mide 1,5 cm de largo. A iniciado la formación del encéfalo, ojos, estómago, riñones y corazón, se forma el condón umbilical.
5ta y 6ta semana	Se forma la cara y las extremidades superiores y extremidades inferiores.
7ma semana	Se han formado brazos, piernas y dedos y mide 1,5 cm y pesa 2 gramos.
8va semana	El embrión posee la mayoría de los órganos del futuro adulto y a partir de ese momento ya no se considera como embrión sino como FETO . El sistema nervioso y muscular se ha desarrollado porque se mueve.
3er Mes	Crecen los miembros, aparecen las uñas, ya se diferencia el sexo, alcanza de 17 cm.
4to Mes	Aparece el pelo y ya se define aún más las características faciales.
5to Mes	Alcanza 30 cm. de longitud y se inicia la formación de la sangre en la medida de los huesos.
6to Mes	Se mueve más vigorosamente.
7mo, 8vo, 9no Mes	Adquiere la mayor parte del peso corporal la madre le transmite la mayor parte de los anticuerpos para protegerlo contra agentes infecciosos que lo protegen durante los primeros meses de vida.
Fin de 9no Mes	El feto adopta la posición con la cabeza dirigiéndose hacia abajo disponiendo para nacer.

Fuente: Hidalgo Luis & Chedraui Peter (2005) Temas Selectos en Ginecología y Obstetricia, Volumen 2.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Encuesta aplicada a estudiante adolescente con síntoma de aborto espontáneo



Encuesta aplicada a estudiante adolescente con aborto espontáneo

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Encuesta aplicada a estudiante adolescente con síntoma de aborto espontáneo



Programa educativo dirigido a adolescentes con aborto espontáneo. Consulta Externa

PRESUPUESTO

#	Items	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Observaciones
1	Investigadores	2	-----	-----	Investigadores
2	Computadora	2	-----	-----	Se tiene este recurso
3	Impresiones	1200	0,10	120	
4	Uso de internet (horas)	30h	0,75	22,50	
5	Pendrive	2	-----	-----	Se tiene este recurso
6	Copias	500	0,03	15	
7	Anillado	6	1	6	
8	Empastado	9	10	90	
9	Cámara fotográfica	1	-----	-----	Se tiene este recurso
10	Lapiceros	4	0,50	2	
11	Lápices	4	0,50	2	
12	Borrador	2	0,50	1	
13	Transporte	50	0,80	40	
14	Refrigerios	60	2,50	150	
15	Encuestas	396	1,00	396	
	Subtotal			844,5	
	Imprevistos (10%)			84,45	
	Total			928,95	

6. CRONOGRAMA

Actividades	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Orientación al proceso de egreso de graduación			→																													
Entrega del anteproyecto de graduación							→																									
Retirada del anteproyecto del trabajo de graduación											→																					
Corrección del anteproyecto de graduación												→																				
Entrega del anteproyecto de graduación															→																	
Entrevista con el director del trabajo de titulación																→																
Corrección del anteproyecto de graduación																			→													
Entrevista con el director del trabajo de titulación																				→												
Aprobación del trabajo de titulación																								→								
Revisión y aprobación por la Lectora																												→				
Sustentación																																→

SEÑALES DE ALARMA:

- Sangrado abundante que dure más de 2 días.
- Coágulos.
- Dolor o cólicos severos o intensos que limiten la actividad diaria.
- Fiebre o temperatura alta (más de 38 grados).
- Mareos y náuseas continuos durante una semana después del tratamiento.
- Dolor en los senos que dure más de 2 semanas después del tratamiento.
- Secreciones vaginales con mal olor.



SÍNTOMAS COMUNES DESPUÉS DE UN ABORTO ESPONTÁNEO

- Dolor: Es posible que la paciente experimente cólico durante algunos días, los cuales pueden controlarse con el medicamento dado por el médico.
- Molestia en los senos: Un analgésico suave, como paracetamol, ayudará.
- Mareos y náuseas: Deben parar por completo después del tratamiento.



MEDIDAS PARA PREVENIR UN ABORTO ESPONTÁNEO EN ADOLESCENTES

- Control periódico de la adolescente embarazada, en especial por limitaciones físicas de la madre, por enfermedades sistémicas u otras causas tratables.
- Si tienes sangrado y dolores y se sospecha de que podría haber un embarazo ectópico, hágase un ultrasonido. Si no hay indicios de ningún problema pero sigue teniendo pérdidas de sangre, hágase otro ultrasonido a las 7 semanas.
- Alimentación sana de la mujer embarazada.
- Evitar fumar y beber alcohol durante el embarazo.

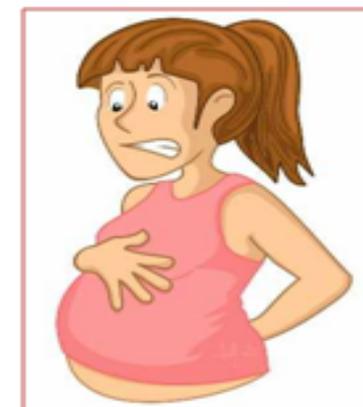


- Evitar golpes y accidentes.
- Enfermedades e infecciones.
- Evitar jamón, embutidos y demás carnes crudas o congeladas.
- Lavar muy bien las verduras y frutas.
- Evitar exponerse a radiaciones o compuestos químicos.



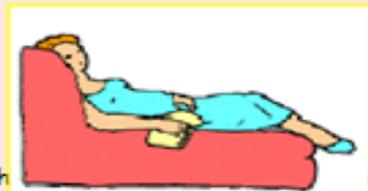
Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil
Facultad de Ciencias medicas
Escuela de Enfermería

PACIENTES ADOLESCENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO



CUIDADOS QUE DEBE CONSIDERACIÓN DESPUÉS DE UN ABORTO ESPONTÁNEO

- Reposo por 24 horas como mínimo
- Reposo por 48 a 72 horas como el período más deseable de recuperación post evento.
- Tomar los medicamentos prescritos en los horarios indicados.



- No hacer ningún tipo de actividad física por tres semanas, incluida la caminata, subir y bajar escaleras, manejar vehículo estándar o ir al gimnasio, montar bicicleta o triciclo, entre otras actividades.
- No alzar nada pesado ni otro tipo de esfuerzo que incremente la presión intraabdominal por tres semanas.
- Abstinencia sexual de 6 semanas.
- Iniciar un método anticonceptivo el mismo día del procedimiento de aborto.



- Al reanudar la actividad sexual, recomendamos el uso de condón masculino o femenino, al menos en los primeros tres meses, como elemento de seguridad para evitar riesgo de embarazo e infecciones transmitidas sexualmente.

CUIDADOS QUE DEBE TENER EN CASA

- Tomar un baño tan pronto llegue a casa, pero no use productos de baño perfumados hasta que haya dejado de sangrar.
- Llevar una dieta normal.



- No utilice tampones hasta su próxima regla.
- No realice duchas vaginales ni ejercite la natación.
- No se exprima o trate de extraer leche de sus senos.
- Use compresas en lugar de tampones.
- Use medicamentos para la vagina durante una o dos semanas como mínimo, hasta que se detenga la hemorragia.

SUGERENCIAS PARA LAS ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO UN ABORTO ESPONTÁNEO

- Asista a un grupo de apoyo. Para mujeres que quieran volverse a quedar embarazadas.
- Busque historias con final feliz. Puede animar mucho conocer a otras mujeres que, tras un aborto natural, han tenido embarazos normales y bebés sanos.
- Solicite controles prenatales frecuentes. Aunque no sea un embarazo de alto riesgo, cuando se quede embarazada asista a controles médicos para estar tranquila.



- Esté pendiente de los movimientos del bebé. Lleve un registro de la actividad del bebé e informe al personal de salud sobre cualquier anomalía.
- No pierda de vista la meta. Tenga presente que dentro de poco el embarazo será un recuerdo lejano y que el desenlace traerá felicidad.