



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35
AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE
LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”.**

Tesis previa a la obtención
Del título de Licenciada en Enfermería

AUTORAS: NORMA ADRIANA JIMBO BUELE
JOHANNA MARLENE LANDI AUQUILLA
ADRIANA PRISCILA PESÁNTEZ LOJANO

DIRECTORA: LCDA. ZARA JULIETA BERMEO VÁSQUEZ

ASESORA: MGS. LLAQUELINA AMANDA BUENAÑO BARRIONUEVO

**CUENCA- ECUADOR
2016**

RESUMEN

Antecedentes: La palabra aborto trae consigo una serie de imágenes y controversias. Ante este vocablo, una gran parte del público tiende a reaccionar de una manera emocional y frecuentemente irracional. Se produce entre el 10-20% de los embarazos. La mayoría de los abortos son preclínicos (60%) y por lo general el 85% acontecen antes de la duodécima semana de embarazo. Según el INEC 2013 el aborto es la novena causa de muerte materna en el Ecuador, el impacto psico-social que causa el aborto es importante en el desarrollo de las mujeres, ya que las secuelas físicas y psicológicas que deja destruyen familias, propician a conductas erróneas, incluso hasta el suicidio de mujeres que terminaron o que tuvieron una interrupción espontánea por diversos factores.

Objetivo General: Determinar los factores que interrumpen el embarazo en mujeres de 18-35 años de edad tratadas en el Área de Gineco – Obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” Cuenca 2015.

De 70 mujeres de 18-35 años de edad que estaban embarazadas. Se observó que el 84% de los abortos se dio en el primer trimestre de gestación.

Conclusión: La interrupción del embarazo es de origen multifactorial con causas como la edad, enfermedades durante el embarazo, factores físicos, exposición a químicos, factores psicológicos y sociales que propician la interrupción de su embarazo, encontrándose una fuerte asociación entre el número de gestas, el sangrado transvaginal, las enfermedades durante el embarazo, y el número de abortos.

PALABRAS CLAVES: INTERRUPCION DEL EMBARAZO, FACTORES, FUNDACION PABLO JARAMILLO, CUENCA – AZUAY

ABSTRACT

Background: the word abortion brings a series of images and controversies, before this term, a lot of people tend to react in an emotional way and more often irrational. It occurs in the 10 to 20% of pregnancies. Most of the abortions are preclinical (60%), in general the 85% happens before the 12 week of gestation. According to INEC abortion is the ninth cause of maternal death in Ecuador. The social and psychological impact that abortion causes is important in the women development. As the physical and psychological scars left broken families, fosters erroneous behavior, even causes suicide.

Objective: to determine the factors that interrupt the pregnancy in women of 18 to 35 years old treated in the gynecology area of “Pablo Jaramillo” Foundation, Cuenca 2015.

70 women aged 18-35 who were pregnant. It was observed that 84% of abortions occurred in the first trimester.

Conclusions: Abortion has multifactor causes like age, illness during pregnancy, physical factors, and exposure to chemicals, psychological and social factors that promote abortion. We found a strong association between the number of gestations and transvaginal bleeding, illness during pregnancy and the number of abortions

.KEYWORDS: ABORTION, FACTORS, FOUNDATION PABLO JARAMILLO, CUENCA – AZUAY.

INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	16
1. INTRODUCCIÓN	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPITULO II.....	20
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES.....	20
2.2. DEFINICIÓN.....	21
2.2.1. Frecuencia.....	21
2.2.2. Síntomas	22
2.2.3. Etiología.....	23
2.2.4. Diagnóstico.....	33
2.2.5. Tratamiento	33
2.2.6. Prevención.....	35
CAPITULO III.....	36
3. OBJETIVOS	36
3.1. Objetivo General:.....	36
3.2. Objetivos Específicos.....	36
CAPITULO IV.....	37
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	37
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	37
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	37
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	38
4.5. VARIABLES.....	38

4.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver Anexo 1)	39
4.7.	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	39
4.8.	PROCEDIMIENTOS	39
4.9	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	40
4.10	ASPECTOS ÉTICOS	40
CAPITULO V		41
5.	RECURSOS	41
5.1.	RECURSOS HUMANOS	41
5.2.	RECURSOS MATERIALES	41
5.3.	CRONOGRAMA	42
CAPITULO VI		43
6.	RESULTADOS	43
6.1.	Exposición de resultados generales	43
6.2.	Cruce de variables	55
CAPITULO VII		65
7.	DISCUSIÓN	65
8.	CAPITULO VIII	70
8.1	CONCLUSIONES	70
8.2	RECOMENDACIONES	71
8.3	BIBLIOGRAFÍA	72
8.4	BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL	76
8.5	ANEXOS	78
	Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	78
	Anexo 2: PLAN PILOTO	80
	Anexo 3: FORMULARIO	81
	Anexo 4: OFICIOS DE AUTORIZACIÓN	84
	Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO	85
	Anexo 6: ENCUESTAS	86
	Anexo 7: TABULACIÓN DE DATOS	87

DERECHO DE AUTOR

Yo, Norma Adriana Jimbo Buele, autora de la tesis “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 22 de Febrero del 2016



Norma Adriana Jimbo Buele

CI. 0106967581

DERECHO DE AUTOR

Yo, Johanna Marlene Landi Auquilla, autora de la tesis “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 22 de Febrero del 2016



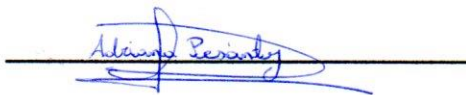
Johanna Marlene Landi Auquilla

CI. 0105220982

DERECHO DE AUTOR

Yo, Adriana Priscila Pesántez Lojano autora de la tesis “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 22 de Febrero del 2016



Adriana Priscila Pesántez Lojano

CI. 0105106918

PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Norma Adriana Jimbo Buele autora de la tesis “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de Febrero del 2016



Norma Adriana Jimbo Buele

CI. 0106967581

PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Johanna Marlene Landi Auquilla autora de la tesis “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de Febrero del 2016



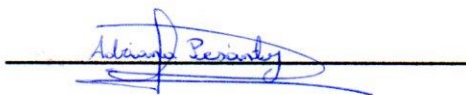
Johanna Marlene Landi Auquilla

CI. 0105220982

PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Adriana Priscila Pesántez Lojano autora de la tesis “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de Febrero del 2016



Adriana Priscila Pesántez Lojano

CI. 0105106918

DEDICATORIA

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y me levanta de mi continuo tropiezo, al creador de mis padres y de las personas que más amo.

A la mujer que guio y me dio la vida mi madre, a ella que creyó en mí siempre, a la que mientras yo caminaba me enseñaba a elegir la dirección correcta aquella que apoyo cada segundo de mis logros, lágrimas y sacrificios con sus consejos, siendo así el pilar fundamental de mi vida.

Hoy solo me queda decirte gracias madre mía porque si algo aprendí en el transcurso de mi camino es que aunque la vida te de mil motivos para renunciar, siempre habrá uno por el cual seguir luchando.

A mis hermanos y demás familia en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

ADRIANA

DEDICATORIA

A Dios por brindarme a mi querida hermana Ashley, enseñándome que las cosas por mas imposibles que parezcan, con fe y perseverancia se logran, siendo mi guía en todo momento de dificultad, permitiéndome sabiduría, salud y terminar mis estudios con éxito.

A mis queridos padres con cariño y gratitud por el enorme sacrificio que realizaron para mi formación profesional.

JOHANNA

DEDICATORIA

Primeramente agradezco a Dios por ser mi guía durante esta etapa de mi vida, a mis padres por su incondicional apoyo y cariño, a mi familia que son el motor de mi vida me han enseñado a luchar por lo que quiero y no rendirme a pesar de las dificultades que se presenten.

A la persona que más quiero a mi sobrino Paul que desde que llego a mi vida la ha llenado de alegría y a pesar de los momentos difíciles él sabe cómo hacerme sonreír y olvidar los problemas.

ADDY

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecemos a Dios por permitirnos llegar a este momento, por los triunfos y los momentos difíciles que nos han enseñado a valorarlo cada día más, por la fortaleza para continuar cuando a punto de caer hemos estado, por ser nuestra guía y enseñarnos que a pesar de todas las dificultades que se ha presentado en el transcurso de nuestra carrera hemos salido victoriosas de cada circunstancia, pues de esta manera hemos aprendido que si nos caemos una vez mil veces nos podremos levantar.

A nuestras familias que día tras día y cada paso que se ha dado durante este arduo camino para convertirnos en unas profesionales, han aportado en nuestras decisiones influyendo de esta manera su fortaleza y su cariño para continuar con nuestra meta.

Agradecemos al Dr. Marcelo Aguilar director de la “Fundación Pablo Jaramillo” y al Dr. Oswaldo Muñoz coordinador de investigación, por la apertura y cordialidad con la que se nos recibió.

A la directora Lcda. Zara Bermeo y Asesora Mgs. Llaquelina Buenaño guías de este trabajo investigativo por su apoyo incondicional, su paciencia y horas de esfuerzo que nos brindaron para llevar acabo nuestro sueño

A todas mis docentes de la facultad de enfermería de las cuales nos llevamos un grato recuerdo y excelente enseñanza satisfactoria y positiva, para formarnos como profesionales de la salud.

**“Un triunfador es aquel que se levanta y busca las circunstancias
Que desea y si no las encuentra las fabrica”**

**George Bernard Show
Addys, Johanna, Addy**

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo es sin duda la complicación más frecuente de cualquier embarazo, estimándose que un 15% de las gestaciones reconocidas terminan en aborto, y aproximadamente el 25% de las mujeres experimentarán un aborto clínico a lo largo de su vida reproductiva. Esta cifra parece subvalorada si consideramos que entre un 30-50% de embarazos se detienen precozmente en su desarrollo. Dichos abortos obedecen principalmente a un desorden cromosómico esporádico de esa gestación en particular y no constituyen un factor de riesgo para embarazos futuros. El riesgo de tener un aborto espontáneo es de aproximadamente 15%, y este riesgo aumenta 26% después de dos pérdidas clínicas de embarazo, 32% después de tres y 40% después de cuatro pérdidas de embarazo espontáneas consecutivas.^{1,2}

La interrupción del embarazo a nivel mundial es del 40% que corresponde a adultas jóvenes, la incidencia en América Latina es de 29% para mujeres de 20 a 24 años. En el 2012, a nivel mundial, se estima que hubo 80 millones de embarazos no deseados, de los cuales 40 millones terminaron en la interrupción del embarazo. En los últimos años en el Ecuador uno de cada nueve embarazos eran interrumpidos, pero esta tasa cada vez aumenta y actualmente uno de seis embarazos se interrumpe y solo el 10% se produce espontáneamente. Con esto podemos ver que el Ecuador tiene un porcentaje elevado y la mayoría son provocados por madres irresponsables que ponen en riesgo su propia salud, esto consecuencia de la escasa información en la mayoría de los casos.³

La interrupción del embarazo en mujeres adultas se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial y cuyas consecuencias alcanzan el orden biopsicosocial que repercuten en la calidad de vida de las

mujeres en edades comprendidas entre los 18 a 35 años de edad, siendo en estas mujeres un fenómeno muy común de acuerdo a cifras obtenidas en el censo de noviembre 2014 – julio 2015, realizado en el Área de Gineco-obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” dándonos un total de abortos de 160 mujeres que interrumpieron su embarazo por múltiples factores. ⁴

El problema a investigar es de gran importancia, porque permitirá constatar de forma directa la realidad en nuestra sociedad, al identificar cómo influyen los aspectos biológicos, ambientales, físicos y psicológicos durante el desarrollo de su embarazo, tomando en cuenta los cambios anatomo-fisiológicos propios de la gestación y su adaptación al medio al que se encuentra expuesta, la cual dependerá de la calidad de vida en la que se encuentre la madre interviniendo así los recursos económicos, la escolaridad y nutrición de la madre antes y durante del embarazo.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De los 210 millones de embarazadas anuales en el mundo, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos (OMS). De los embarazos no planeados, 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal. En América Latina se practican 3700000 abortos inseguros. El riesgo de muerte a causa del aborto inseguro en los países en desarrollo es de 370 por cada 100000 casos según la OMS. ¹⁰

Según el INEC (2013), el aborto es la novena causa de muerte materna en el Ecuador con el 1,94% del total de muertes maternas reportadas y de los abortos reportados ya que hay una gran cantidad de abortos que se realizan de manera privada o ilícita de los cuales no se sabe cifras exactas.

El impacto psico-social que causa el aborto es importante en el desarrollo de las mujeres, ya que las secuelas físicas y psicológicas que deja destruyen familias,

propician a conductas erróneas, incluso hasta el suicidio de mujeres que terminaron o que tuvieron un aborto espontáneo.

Generalmente las causas de la interrupción del embarazo en las mujeres en ocasiones posiblemente se presente por razones naturales que requieran un proceso terapéutico, además no debemos olvidar que también existen mujeres que recurren a diferentes métodos para lograr culminar con un embarazo, entre las de administrarse fármacos, el tomar remedios caseros, el buscar un médico que practique un legrado clandestinamente. Esta interrupción generalmente se da por el temor a la sanción social, a los daños o cambios físicos-anatómicos del cuerpo o al dolor del parto, vivida como una experiencia no-placentera. ¹

1.2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la OMS la interrupción del embarazo es uno de los problemas de salud pública que afecta a las mujeres. Se calcula que por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 en el África subsahariana. ⁷

Las tasas de mortalidad relacionadas con el aborto peligroso afectan desproporcionadamente a las mujeres de África. En ese continente, la proporción de abortos peligrosos es del 29%, pero las defunciones relacionadas con el aborto peligroso ascienden al 62%. ⁷

Por lo tanto, el presente estudio se considera como un aporte para la comunidad ya que se pretende concientizar sobre la influencia del aborto en la morbilidad-mortalidad materno fetal, sobre los diferentes factores que interrumpen el embarazo, además el aspecto psicológico y terapéutico serán de mucha ayuda para recuperar la confianza en sí mismas y tomar la decisión poder desear ser madres nuevamente. Por otra parte como futuras

profesionales de enfermería proponemos aportar con nuestros conocimientos teóricos, científicos educando y concientizando a las madres y familiares sobre los problemas y consecuencias que conlleva la interrupción del embarazo.

Con los resultados obtenidos en esta investigación se puede crear bases firmes para desarrollar métodos de prevención de la interrupción del embarazo, como el control prenatal, la identificación temprana de mujeres embarazadas, una alimentación adecuada en las mujeres de edad fértil, prevención de enfermedades de transmisión sexual, identificar familias disfuncionales y realizar talleres de apoyo a embarazadas para brindar asesoramiento oportuno y adecuado, logrando disminuir la morbilidad-mortalidad materno fetal que actualmente está presente en nuestra sociedad.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La palabra aborto trae consigo una serie de imágenes y controversias. Ante este vocablo, una gran parte del público tiende a reaccionar de una manera emocional y frecuentemente irracional.

El aborto espontaneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos. La mayoría de los abortos son preclínicos (60%) y por lo general el 85% acontecen antes de la duodécima semana de embarazo. Si una gestación llega a la séptima semana con una ecografía normal, la probabilidad de aborto espontaneo es muy baja, inferior al 5% de todos los abortos ⁵

El riesgo de aborto espontaneo aumenta con la edad materna: 11,1% entre 20-24 años, 11,9% de 25-29 años, 15% de 30-34 años, 24,6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93,4% a partir de los 45 años ⁶

Las mujeres que ya han tenido un aborto tiene más posibilidades de abortar en un segundo intento (16%) y las que han tenido dos abortos tienen mayores probabilidades de tener un tercero (25%). A pesar de todo, un paciente que haya tenido tres abortos, aún tiene una posibilidad del 55% de tener un cuarto embarazo con éxito. ^{6,7}

En el año 2012, la OMS estimó que se realizaron cada año 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produjo la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. ⁸

2.2. DEFINICIÓN

Según la Sociedad Española De Ginecología Y Obstetricia (SEGO) “se considera aborto la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500gr de peso (aproximadamente 22 semana completas de embarazo) o de otro producto de fecundación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable, independiente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontaneo o provocado.”⁹

En ocasiones si el recién nacido tiene un peso menor a 500mg, sobrevive y es ingresado a la unidad de neonatología y fallece posteriormente, su caso debería registrarse como mortalidad neonatal con independencia de su peso

El Ministerio de Salud Pública en su componente Materno especifica que “el aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos; siendo la tasa de pérdida clínica del 10% al 15% de las gestaciones. Más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas”; siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población ecuatoriana. ¹⁰

2.2.1. Frecuencia

De los 210 millones de embarazadas anuales en el mundo, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos (OMS). De los embarazos no planeados, 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal. En América latina se practican 3700000 abortos inseguros. El riesgo de muerte a causa del aborto inseguro en los países en desarrollo es de 370 por cada 100000 casos según la OMS. ¹¹

Según el INEC (2013) el aborto es la novena causa de muerte materna en el Ecuador con el 1,94% del total de muertes maternas reportadas y de los abortos

reportados ya que hay una gran cantidad de abortos que se realizan de manera privada o ilícita de los cuales no se sabe cifras exactas. ¹²

Se han citado cifras relativamente amplias en sus límites, pero podemos considerar al 10% como probabilidad promedio de que el embarazo termine en un aborto espontáneo. Estos cálculos serán necesariamente, los abortos clínicamente reconocibles como tales. Las pérdidas gestacionales del primer mes son muy grandes, pero no se conocen datos sobre esta fase preclínica. La frecuencia máxima de abortos se registra durante la semana 8va a 12 va siendo la fecha promedio de expulsión de 10.2 semanas de edad menstrual. ¹³

2.2.2. Síntomas

El diagnóstico clínico empieza con la búsqueda de factores de riesgo, dentro de la anamnesis la amenorrea, el sangrado genital variable y el dolor son signos y síntomas frecuentes, al examen físico se puede encontrar sangrado genital variable y modificaciones o no del cuello de útero. ¹⁴

A continuación se presenta un resumen de la clínica del aborto y su orientación diagnóstica:

Tipo	Sintomatología
Amenaza de aborto	Amenorrea secundaria Prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa) Presencia de vitalidad fetal Sangrado uterino de magnitud variable Dolor tipo cólico en hipogástrico No existe dilatación cervical evidente
Aborto inevitable	Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico Puede haber o no dilatación cervical
Aborto incompleto	Expulsión parcial del producto en

	concepción Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea
Aborto en evolución o aborto inminente	Expulsión inminente del tejido ovular Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino persistente de moderada cantidad Dilatación cervical ostensible
Aborto completo	Expulsión completa del producto de la concepción Disminución del sangrado uterino y del dolor Es frecuente el cierre del orificio cervical
Aborto diferido o huevo muerto retenido	Volumen uterino menor que por amenorrea Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal) No hay modificaciones cervicales
Aborto séptico	Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto Existe secreción hematurpurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de Infección Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y del útero; alteración del estado general.

2.2.3. Etiología

Se ha hecho cada vez más evidente que el ambiente defectuoso puede ser el factor común de todo un espectro de pérdidas fetales, incluyendo la muerte fetal precoz y tardía, el nacimiento prematuro y las malformaciones. Los factores recurrentes desfavorables al bienestar fetal son responsables de

pérdidas perinatales desproporcionadas en ciertos sectores de población. La incidencia del aborto clínico en la población generales es de $\geq 15\%$ (10-30%).¹⁵

Las aberraciones del medio materno pueden producir un desarrollo embrionario defectuoso y la muerte prenatal en cualquier edad temprana del embarazo, según el grado y duración de la agresión. Los factores que afectan al medio intrauterino se conocen sólo en parte pero es indudable que el crecimiento y desarrollo del embrión puedan estar seriamente afectados por estados locales del útero, o por factores alejados del mismo huevo. Además diversos agentes como radiación virus y sustancias químicas pueden afectar el embrión y al medio uterino llevando al aborto o aun desarrollo anómalo del feto. Quizá se ha dado demasiada importancia a los traumas y a los factores sicógenos en la etiología del aborto. Los dos virus conocidos probablemente como causantes de anomalías fetales son el de la rubéola y el de la enfermedad por inclusión citomegálica y muchos otros especialmente los de hepatitis, herpes simple, viruela, varicela y paperas, pueden afectar el embrión o el feto y causar aborto muerte fetal o enfermedad neonatal. Otras infecciones especialmente en los ciertos protozoos, espiroquetas y bacterias que se diseminan por la vía sanguínea pueden provocar infección transplacentaria y peligro fetal.²¹⁻²²

Los siguientes factores interrelacionados parecen tener una particular importancia como contribuyentes a la ineficiencia del embarazo:¹⁶⁻¹⁷

- 1 Edad materna muy joven o avanzada.
- 2 Pérdidas perinatales previas.
- 3 Mal estado socioeconómico.
- 4 Deterioro de la salud materna (hipertensión, diabetes, infecciones, sífilis, debilitamiento crónico).
- 5 Patología anexial y pelviana (tumor o infección).
- 6 Incompatibilidades sanguíneas entre la madre y el feto.
- 7 Factores psicológicos.



- 8 Desequilibrio endocrino.
- 9 Edad

2.2.3.1. Causas biológicas

La probabilidad de aborto aumenta con la edad de la mujer. Así, en las mujeres mayores de 40 años, más de la tercera parte de sus embarazos terminan en aborto espontáneo y la mayoría de estos embriones tienen un número anormal de cromosomas ¹⁸

El peligro de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna, así que se estima que el riesgo de aborto para mujeres de entre 12 y 19 años es del 13,3% frente al 51% en mujeres de entre 40 y 44 años. ¹⁹

“Las principales causas para que se produzca un aborto son fetales; ya sea por desarrollo anormal del huevo o cigoto, o por anomalías congénitas incompatibles con la vida 50% a 60%; o maternas; debido a infecciones (pielonefritis, toxoplasmosis, *Listeria monocytogenes*) 3% a 5%, alteraciones endócrinas (insuficiencia del cuerpo lúteo, hipotiroidismo o hipertiroidismo) 10% a 15%, anomalías anatómicas (útero doble, incompetencia cervical, sinequias uterinas) 14% a 18%, inmunológicas (anticuerpos fosfolipídicos) 3% a 5%.” ²⁰

Infecciones: Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (2011), las infecciones constituyen una causa rara de aborto del primer trimestre, incluso en su estudio realizado en mujeres con diabetes insulino dependientes tienen una mayor predisposición a padecer infecciones.

Entre los microorganismos asociados al aborto recurrente, se incluyen las bacterias (*listeria*, *campylobacter*, *salmonella*, *brucella*, *clamidia*, *treponema*), virus (*citomegalovirus*, *rubeola*, *herpes*, virus de inmunodeficiencia humana,

varicela y viruela), micoplasmas (urealiticum, hominis), parásitos (toxoplasma, plasmodium).¹⁸

Se han estudiado numerosas infecciones específicas. por ejemplo brucella abortus y campylobacter fetus no provocan abortos en el ser humano, tampoco se ha demostrado que Listeria monocytogenes o Chlamydia trachomatis estimulen el aborto en el ser humano, estos datos obtenidos todavía no son concluyentes, pero por otro lado si observaron que la interrupción de un embarazo guarda relación con los datos serológicos de la sífilis y VIH-1 y con la colonización vaginal con estreptococo del grupo B. por otro lado, van Benthem, publicaron que las mujeres tienen el mismo riesgo de padecer un aborto espontaneo antes y después de adquirir el VIH. Oakeshott et observaron una asociación entre el aborto del segundo trimestre, mas no del primero y la vaginosis bacteriana.²³

Anomalías endocrinas: Los factores endocrinológicos pueden originarse en los componentes del eje sistema nervioso central-hipotálamohipófisis-ovario, tal como la controvertida deficiencia de la fase lútea; pero también pueden deberse a alteraciones en la tiroides, glándulas suprarrenales, prolactina, insulina, entre otros. Son ejemplos de alteraciones hormonales la hipersecreción de hormona luteinizante (LH), el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, el hiperandrogenismo, la hiperprolactinemia, el síndrome metabólico, la resistencia a la insulina, el síndrome de ovario poliquístico. Si se encuentra una alteración endocrina, esta debe ser tratada, antes de que la mujer se someta a un nuevo embarazo.¹⁸

Hipotiroidismo: La deficiencia pronunciada de yodo se acompaña de abortos. La diferencia de hormona tiroidea es frecuente en la mujer y suele ser secundaria a algún trastorno autoinmunitario; sin embargo, no se ha estudiado en forma concienzuda la repercusión del hipotiroidismo en el aborto del primer trimestre. Los autoanticuerpos antitiroideos se han asociado a una mayor frecuencia de abortos.²⁴

Diabetes mellitus: La frecuencia tanto de aborto espontaneo como de malformaciones congénitas mayores aumentan en las mujeres con diabetes insulino dependiente. Al parecer este riesgo depende de la regulación metabólica al principio del embarazo. En un estudio prospectivo, observaron que la regulación excelente de la glucosa en los primeros 21 días después de la concepción genero un índice de abortos similar al de las testigos no diabéticas. Sin embargo, la mala regulación de la glucemia aumento de manera considerable el índice de abortos. ²⁵

Incompatibilidad Rh: Sucede cuando el feto es el resultado de la fecundación de un óvulo de una madre con Rh - y el padre biológico Rh +. En estos casos, si el feto es Rh+ puede producirse la enfermedad si hay contacto entre la sangre de la madre y la del feto, ya que se producen anticuerpos anti-Rh por parte de la madre que atravesarán la placenta y atacarán los glóbulos rojos presentes en la sangre del feto, los anticuerpos llegan por medio de la placenta, empiezan a causar destrucción de los eritrocitos fetales (los que transportan oxígeno y nutrientes al cuerpo). Si la destrucción de los eritrocitos es muy grave, el feto puede morir. La incompatibilidad Rh puede ocurrir por dos mecanismos principales. El tipo más común se produce cuando una mujer embarazada con el grupo sanguíneo Rh negativo se expone a los glóbulos rojos Rh positivo de la sangre fetal secundaria a una hemorragia materno fetal en el curso de un aborto espontáneo o inducido, ciertos traumas y procedimientos obstétricos invasivos o un parto normal.³ La incompatibilidad Rh puede ocurrir también cuando una mujer Rh negativo recibe una transfusión de sangre de un donante Rh positivo. ²⁶

Trombofilias hereditarias: aumentan el riesgo de padecer trombosis tanto arterial como venosa, las mejores estudiadas son secundarias a mutaciones de los genes del factor V de Leiden, puesto que estas se acompañan con más frecuencia de abortos recurrentes. ²⁴

Cirugía Materna: la cirugía abdominal y pélvica sin complicaciones que se realiza durante el primer trimestre del embarazo al parecer no aumenta el riesgo de abortar. Una excepción importante la extirpación precoz del cuerpo lúteo o del ovario en el que reside el cuerpo lúteo.

Traumatismo: existe la posibilidad de que los traumatismos abdominales precipiten un aborto, pero esto es raro por lo general los traumatismos contribuyen muy poco a la frecuencia de abortos.

Defectos Uterinos: La prevalencia de anomalías uterinas congénitas es 6,7% a 7,3% en mujeres infértiles y 16,7% en el aborto recurrente, lo que señala su importancia relativa en el estudio del trastorno. El útero arcuato es el hallazgo más frecuente. ¹⁸

- **Adquiridos:** los leiomiomas uterinos grandes y múltiples son bastante frecuentes y en ocasiones provocan abortos. En su mayoría la ubicación es más importante que su tamaño.
- **Embrionarios:** la formación anormal de los conductos de Muller o los defectos de fusión pueden surgir de manera espontánea o después de la exposición intrauterina al dietilestilbestrol, mismos que provocan abortos del segundo trimestre, parto prematuro y otras complicaciones del embarazo, no se saben si estos defectos uterinos provocan abortos del primer trimestre.
- **Insuficiencia cervicouterina:** La existencia de la incompetencia cervical es controvertida, considerándose que más bien se trate de hallazgos de un cérvix que se encuentra en fase de acortamiento como parte de la fisiopatología del aborto y no como un problema congénito o adquirido (traumatismos previos). ¹⁸

Se caracteriza por dilatación del cuello uterino indolora durante el segundo trimestre. Provoca prolapso y abombamiento de las membranas en el interior de la vagina y finalmente expulsión del feto inmaduro. **(16)**

Genéticas: Se ha demostrado la existencia de huevos defectuosos en todas las especies de animales el desarrollo embrionario incompatibles con la vida se encuentra en el ser humano más o menos de la mitad de todos los abortos precoces. La frecuencia conocida de los defectos cromosómicos macroscópicos en los abortos es muy alta y va del 22 al 60 % en las diversas series.

La frecuencia el desarrollo defectuoso del huevo en la interrupción espontánea disminuye progresivamente después de las primeras 4 a 6 semanas de gestación. ²⁰

Se han acumulado pruebas que indican qué factores intrínsecos y ambientales son responsables de la interrupción. Se acostumbra a clasificar a los abortos en dos grupos principales: los que se consideran debido a factores ovulares o fetales y los factores maternos. El medio fetal que es el útero materno está determinado por otro complejo heredoambiental, que es la interacción del patrimonio genético de la madre con su medio. El desarrollo anormal del feto puede deberse a un defecto en cualquiera de los componentes de este sistema. Boué y col, encontraron anomalías cromosómicas consisten en poliploidia (30%) trisomía autosomal (50%) y monosomía (20%) en casi 60% de casos de aborto espontáneo. ²¹

Estudios epidemiológicos y genéticos que indican agregación familiar de aborto recurrente sugieren que muchas de las causas maternas son multifactoriales, determinadas por la interacción de múltiples variantes genéticas o polimorfismos (alelos de riesgo) y factores ambientales, no siempre identificados.

Ha sido ampliamente demostrado que las anomalías cromosómicas son una de las principales causas de aborto recurrente. Alrededor del 60 % de los abortos espontáneos del primer trimestre son cromosómicos anormales y un 3 a 5 % de los abortos recurrentes se deben a esta falla.

Las anomalías cromosómicas más frecuentemente halladas sobre material de aborto espontáneo son: Trisomías 52 %, Monosomía X (45, X) 18 %, Triploidías 17 %, Tetraploidías 6 %, Otros (Traslocaciones, etc.) 7 %. ²⁵

Una proporción considerable de abortos espontáneos es causada por anomalía cromosómica del producto de la concepción, y lo mismo se aplica en caso del aborto recurrente. El porcentaje en que se encuentra anomalía cromosómica en uno y otro caso varía ligeramente en los diferentes estudios, dependiendo de los métodos empleados, la población estudiada y, sobre todo, la inclusión o no de abortos tardíos y óbitos fetales en la muestra. Pero, en todos ellos, la anomalía de cromosomas constituye la primera.

Alteraciones no heredadas: Las trisomías de cromosomas autosómicos son causa de más de 70% de las pérdidas gestacionales en mujeres mayores de 36 años, en quienes la disminución de reserva ovárica y otros factores propician la falta de separación de las cromátides durante la meiosis, especialmente en la meiosis 1. ¹⁸

2.2.3.2. Causas ambientales

Tabaco: se ha vinculado con un mayor riesgo de padecer abortos euploides dos estudios sugieren que el riesgo de padecer un aborto aumenta de manera lineal según el número de cigarrillos que la mujer fuma por día

Alcohol: Existen indicios en estudios realizados sobre un número amplio de gestantes con embarazo único (24.679 mujeres) acerca de que el alcohol puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo. El consumo de alcohol se asocia con aborto espontáneo y con teratogenicidad (retraso mental, microcefalia, hipoplasia de la región facial media, defectos renales y cardíacos). El consumo de alcohol provoca tanto abortos espontáneos como anomalías fetales. ¹⁹

Cafeína: Armstrong et al. Informaron que las mujeres que consumen cuando menos 5 tazas de café al día, tienen un riesgo un poco más alto de padecer

abortos y que por arriba de este umbral, el riesgo es directamente proporcional. Las mujeres con concentraciones muy altas del metabolito de la cafeína, paraxantina, tienen un riesgo dos veces mayor de padecer un aborto. Concluyeron que el consumo moderado no provoca abortos.

Radiaciones: en las dosis terapéuticas utilizadas para el tratamiento del cáncer, la radioterapia sin duda es abortiva, aunque las dosis menores son menos nocivas, se desconoce la dosis necesaria para provocar un aborto en el ser humano.

Toxinas ambientales: La valoración exacta de la relación entre exposición ambiental y aborto constituye una tarea difícil, uno de los estudios es el realizado por Barlow y Sullivan, quienes observaron que el arsénico, el plomo, el formaldehído, el benceno y el óxido de etileno causen abortos ²⁷⁻²⁸

2.2.3.3. Causas Socio-económicas

Unos de los aspectos sociales con los que se tiene que lidiar serían por ejemplo la opinión pública, la carga que la sociedad va a tener con ese hijo no deseado que después la misma sociedad lo convertirá en un delincuente o mala persona, el aspecto demográfico será un problema subsiguiente que trae la prohibición de una interrupción del embarazo. Sin embargo los aspectos económicos están íntimamente relacionados con los sociales, pues el aborto es justificable argumentando que la madre no tendrá los suficientes recursos económicos para llevar una vida digna al lado de su hijo, o cuando es un adolescente y los prejuicios sociales critican a la madre soltera además de que no tiene la suficiente madurez para educar a su hijo como se debiera. La miseria, la ignorancia son problemas sociales que la sociedad sigue engendrando, y con la penalización de la interrupción del embarazo, se protege

una sobrepoblación que causará falta de viviendas, más miseria, delincuencia, en fin.²⁸

2.2.3.4. Causas psicológica

El miedo a la falta de capacidades económicas para alimentar a su hijo, este temor se debe a la sociedad de consumo y de falsos valores en que vivimos que a desvalorizado a el niño que debe venir a este mundo y con su racionalismo ha creado un falso temor a lo que digan sus padres o las demás personas, cuando una joven es embarazada durante el noviazgo, realmente los conceptos y los racionamientos humanos de los padres ante la ley de Dios no deben impedir que venga una criatura a este mundo.

Temor a los 9 meses de embarazo y al dolor de parto: La misión más grande de toda mujer es ser madre, si los animales que son irracionales no se niegan a este derecho porque la mujer va a tener miedo si es una función natural que corresponde a su naturaleza femenina.

La violación tiene efectos traumáticos para muchas de sus víctimas, para una mujer que lleva en sus entrañas una criatura fruto de una violación no es del todo agradable, pero es consciente de que es un ser humano que merece vivir.

29

2.2.3.5. Causas Físicas

Durante la gestación una mujer es más proclive a caerse. El peso del feto dentro de la cavidad uterina, los cambios anatómicos, los mareos, la flexibilidad de los ligamentos, etc., son factores que favorecen la pérdida de equilibrio y el riesgo de caídas y golpes. La mayoría de mujeres sufre accidentes de este tipo en el transcurso de su embarazo y todas, lógicamente llegan a temer por la vida o el bienestar del feto. Durante los primeros cuatro meses, su tamaño aún es muy pequeño y le permite protegerse entre los huesos de la pelvis. A medida que el útero y el feto se desarrollan y aumentan su tamaño, están más

expuestos a los efectos de una posible lesión y los riesgos suelen ser mayores (desprendimiento de placenta, parto prematuro, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas, muerte fetal).

Poco a poco la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema. Se define la violencia durante el embarazo como “Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada”. Existe una probabilidad que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.¹⁶

2.2.4. Diagnóstico

Para la realización del diagnóstico se basa en los signos y síntomas y si es necesario el medico junto con los exámenes complementarios van a confirmar el diagnóstico clínico para proceder a un tratamiento adecuado.

Durante un examen pélvico, el médico puede observar que el cuello uterino se ha abierto (dilatado) o adelgazado (borramiento del cuello uterino).

Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos.¹⁴

2.2.5. Tratamiento

Las opciones de tratamiento del aborto van desde el manejo expectante, que permite la evacuación uterina espontánea, y el manejo activo con métodos quirúrgicos o con medicamentos. El manejo expectante no constituye la opción preferida por su relativa baja eficacia y por no poder predecir el tiempo que

tomará la expulsión espontánea. El protocolo de atención para el manejo activo varía de un escenario a otro pero usualmente consiste en evacuación del saco gestacional o de restos ovulares de la cavidad endometrial con anestesia general o local.

La efectividad de los métodos quirúrgicos para el tratamiento del aborto incompleto es muy elevada pero los mismos demandan proveedores calificados, equipo especial estéril y a menudo el uso de anestesia, requerimientos de disponibilidad limitada en gran número de escenarios.³⁰⁻³¹

El tratamiento del aborto incompleto con medicamentos exige pocos recursos y lo pueden administrar proveedores de nivel bajo y medio. El misoprostol es el medicamento que se utiliza comúnmente para ese tipo de manejo y el que más se ha estudiado; constituye una alternativa terapéutica muy eficaz para mujeres que desean evitar los invasivos métodos quirúrgicos y el uso de anestesia.

El misoprostol produce contracciones uterinas efectivas que vacían el útero. Asimismo, el misoprostol es seguro, eficaz y no invasivo, su administración es sencilla, es estable a temperatura ambiente, accesible y de bajo costo en la mayoría de los países. En escenarios donde se han introducido servicios integrales de atención postaborto para manejar la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto, se puede integrar el misoprostol fácilmente a los servicios existentes.³²

El manejo integral del aborto implica la asesoría acerca de métodos anticonceptivo según las necesidades de la mujer garantizando así el derecho a decidir sobre su vida sexual y reproductiva futura, la disminución de la brecha entre fecundidad deseada y observada, la reducción de riesgos y daños de abortos inseguros, de morbilidad y mortalidad materna.

2.2.6. Prevención

Naturalmente, la prevención se corresponde con la exposición anterior sobre las causas y factores de riesgo, por lo tanto, se podría decir que al detectar y tratar tempranamente las enfermedades maternas; realizar un cuidado prenatal temprano completo, y evitar la exposición a las amenazas ambientales y otras ya señaladas; se abre la posibilidad de disminuir en importante medida la incidencia de abortos espontáneos, a través del mecanismo preventivo.¹⁴

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- ❖ Determinar los factores que interrumpen el embarazo en mujeres de 18-35 años de edad tratadas en el Área Gineco – obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” Cuenca, 2015.

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar los factores biológicos que interrumpen el embarazo.
- ✓ Identificar causas psicológicas que llevan a la interrupción de un embarazo.
- ✓ Determinar factores ambientales por las cuales se produce la interrupción de un embarazo.
- ✓ Identificar las condiciones físicas que interrumpen un embarazo.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo transversal realizado para determinar los factores que interrumpen el embarazo en la mujeres de 18 a 35 años tratadas en el área de Gineco-obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo”.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se llevó a cabo en el área de Gineco – Obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” del cantón Cuenca, provincia del Azuay, participaron las mujeres de 18 a 35 años de edad que interrumpen su embarazo.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Comprende 85 mujeres entre 18 a 35 años de edad, datos estadísticos que fueron obtenidos en relación a los últimos meses comprendidos entre noviembre 2014 a junio 2015 en el área de Gineco – obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” Cuenca.

Muestra: La obtuvimos con la utilización del muestreo no probabilístico o aleatorio simple y se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \partial^2 N}{E^2(N-1) + z^2 \partial^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)^2 (85)}{(0,05)^2 (85-1) + (1,96)^2 (0,5)^2}$$

$$n = \frac{(3,8416) (0,25) (85)}{}$$

$$(0,0025)(84) + (3,8416) (0,25)$$

$$n = \frac{81,634}{0,21 + 0,9604}$$

$$n = \frac{81,634}{1,1704}$$

$$n = 70 \text{ Mujeres}$$

Se trabajó con 70 mujeres entre 18 y 35 años que acuden al área de gineco-obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo”, parroquia El Batán, Cuenca 2015 durante junio-septiembre 2015.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

Mujeres en edades comprendidas entre 18 a 35 años de edad que asistieron al servicio por la interrupción de su embarazo, que aceptaron participar en la investigación, que firmaron del consentimiento informado.

Criterio de exclusión

A las mujeres que no se encuentren en las edades de 18 a 35 años, y las mujeres de la edad establecida que se niegan a participar en la investigación.

4.5. VARIABLES

Para el análisis de la interrupción de un embarazo en las mujeres entre la edad de 18 a 35 años, se tomó en consideración las siguientes variables como:

1. Edad.
2. Ocupación.
3. Factores Ambientales.
4. Factores biológicos.
5. Factores Físicos

6. Factores Psicológicos

4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver Anexo 1)

4.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO:

Se utilizó el método inductivo-deductivo con el cual a partir de los datos recolectados de cada uno de los participantes del estudio con el instrumento descrito, posteriormente se realizó análisis estadísticos deduciendo y generalizando las conclusiones.

TÉCNICAS:

La técnica que se utilizó es la entrevista directa estructurada con las mujeres comprendidas entre los 18 a 35 años de edad que interrumpieron su embarazo.

INSTRUMENTO:

Se utilizó un formulario previa validación por las autoras, el cual fue aplicado en dos fases, la primera como un plan piloto (Ver Anexo 2) y como segunda fase directamente a la paciente involucrada en la Fundación “Pablo Jaramillo” (Ver Anexo 3).

4.8. PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN: Se solicitó el permiso al Doctor Marcelo Aguilar Director de la Fundación “Pablo Jaramillo”, y al Doctor Oswaldo Muñoz Coordinador de Investigación de la fundación. (Ver Anexo 4)

CAPACITACIÓN: se realizó mediante la revisión bibliográfica actualizada de libros, páginas web, artículos sobre el tema en estudio.

SUPERVISIÓN: Se realizó por la Directora de Tesis Lcda. Zara Bermeo; y la Asesora Mgs. Llaquelina Buenaño B.

4.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

RECOLECCION DE DATOS: Una vez que se obtuvo la autorización de las directoras de la institución para realizar el estudio, se aplicó la prueba piloto en forma aleatoria al 20% de la población, lo que permitió estructurar con mayor claridad y precisión.

La presente investigación es de tipo descriptiva, se aplicó la fórmula desarrolladora de Pita Fernández para una población finita de 70 mujeres. Los datos que se obtuvieron fueron analizados en los programas SPSS versión 15, Microsoft Excel, Microsoft Word, y la presentación es en tablas con sus respectivos análisis descriptivos, que nos permitió analizar y visualizar de mejor manera los respectivos factores que interrumpen el embarazo en mujeres de 18 a 35 años de edad.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

- ✓ Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación del comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- ✓ Se solicitó la autorización necesaria a las autoridades la Fundación “Pablo Jaramillo”.
- ✓ Para la realización de esta investigación se contó con el consentimiento informado de las mujeres que participaron. (Ver Anexo 5)
- ✓ La entrevista y formulario se aplicó de carácter voluntario e individual las mujeres de 18 a 35 años de edad.
- ✓ Se guardó absoluta discreción de los resultados, garantizando la confidencialidad de la información que se obtuvo, misma que utilizó discretamente para los fines de la investigación.

CAPITULO V

5. RECURSOS

5.1. RECURSOS HUMANOS

Directos: Autoras: Norma Adriana Jimbo Buele, Johanna Marlene Landi Auquilla, Adriana Priscila Pesántez Lojano.

Directora: Lcda. Zara Bermeo.

Asesora: Mgs. Llaquelina Buenaño B.

Indirectos: al Doctor Marcelo Aguilar Director de la Fundación “Pablo Jaramillo”, y al Doctor Oswaldo Muñoz Coordinador de Investigación de la fundación.

5.2. RECURSOS MATERIALES

RUBRO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Material de escritorio	\$ 0.50	\$ 40.00
Impresiones	\$ 0.10	\$ 90.00
Transporte	\$ 2.50	\$ 100.00
Revisión bibliográfica (internet)	\$ 0.70	\$ 100.00
Carpetas	\$ 0.70	\$ 20.00
CD	\$ 1.00	\$ 15.00
Copias	\$ 0.02	\$ 25.00
Anillados	\$ 1.00	\$ 50.00
Alimentación	\$ 2.00	\$ 70.00
Impresión del informe final	\$ 0.10	\$ 80.00
TOTAL		\$590.00



5.3. CRONOGRAMA

Semana	1	2	3	4	5	6	Responsables
Presentación del protocolo en el área de estudio de la Fundación “Pablo Jaramillo”	X						Norma Adriana Jimbo Buele Johanna Marlene Landi Auquilla Adriana Priscila Pesantez Lozano
Recolección de Datos	X	X	X	X			
Procesamiento y Análisis de Datos (tabulación)					X		
Elaboración y presentación de la información					X		
Conclusiones y recomendaciones						X	
Elaboración del informe final						X	

CAPITULO VI

6. RESULTADOS

6.1. Exposición de resultados generales

Tabla 1. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por edad. Cuenca 2015.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-24	27	38,6%
25-30	18	25,7%
31-35	25	35,7%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas el grupo comprendido entre 18 a 24 años representa el 38,6% seguida por las de 31-35 años con un 35,7% y de 25 a 30 años con un 25.7% siendo una población homogénea en su edad.

Tabla 2. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por ocupación. Cuenca 2015.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada Domestica	14	20,0%
Ama De Casa	20	28,6%
Estudiante	11	15,7%
Profesional	16	22,9%
Ninguno	1	1,4%
Otro	8	11,4%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas según lo obtenido se encontró que el 28,6% de la población tiene como ocupación ser amas de casa, seguidas por las mujeres profesionales y las empleadas domésticas con un 22,9% y 20% respectivamente, y en menor proporción estudiantes con un porcentaje de 15.7%.

Tabla 3. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por número de gestas. Cuenca 2015.

Numero de gestas	Frecuencia	Porcentaje
1	19	27,1%
2	19	27,1%
3	20	28,6%
4	8	11,4%
5	4	5,7%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas en su mayoría presentaban una historia de 3 gestas con un 28,6% seguido de 1 y 2 gestas con el 27.1% cada una, él 11.4% corresponde a las mujeres que han presentado 4 gestas y en menor proporción tenemos aquellas que han presentado 5 gestas con el 5.7%.

Tabla 4. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por número de partos. Cuenca 2015.

Partos	Frecuencia	Porcentaje
0	24	34,3%
1	24	34,3%
2	21	30,0%
3	1	1,4%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se observa que el 34,3% no tuvieron partos indicándonos que la interrupción del embarazo se produce mayormente en primigestas, seguidas por el 34,3% tuvieron 1 parto y en menor proporción han presentado 2 gestas correspondiendo al 30.1%.

Tabla 5. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por número de abortos. Cuenca 2015.

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
1	45	64,3%
2	20	28,6%
3	5	7,1%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se encontró que el 64% tuvieron 1 aborto, seguido del 28,6% con 2 abortos y con un menor porcentaje de 7,1% con 3 abortos.

Tabla 6. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por exposición a sustancias durante el embarazo. Cuenca 2015.

Exposición a sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Pesticidas/Fungicidas	3	4,3%
Exposición de Humo	3	4,3%
Consumo De Sustancias Psicoactivas	4	5,7%
Químicos	2	2,9%
Consumo De Fármacos	11	15,7%
Radiaciones	1	1,4%
Ninguno	46	65,7%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se obtuvo que el 65,7% no se expusieron a ninguna sustancia toxica, por otro lado el 15,7% se expusieron a fármacos, seguidos por el consumo de sustancias psicoactivas con el 5,7%, seguidas por el 4,3% se expusieron a los pesticidas/fungicidas y a la exposición de humo, con 2,9% se expusieron a químicos, y con un mínimo porcentaje de 1,4% se expusieron a radiaciones siendo estas exposiciones posibles causas de la perdida de la gestación

Tabla 7. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por síntomas de pérdida del embarazo, Cuenca, 2015

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado transvaginal abundante	46	65,7%
Salida de liquido	5	7,1%
Dolor pélvico tipo contracción	14	20,0%
Ninguno	4	5,7%
Salida del feto	1	1,4%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres según la experiencia se evidencia que el síntoma clave de pérdida de la gesta es el sangrado transvaginal de moderado a abundante con el 65,7%, seguido del dolor pélvico tipo contracción uterina con el 20%, el 7,1% corresponde a la salida de líquido y con un mínimo porcentaje 5,7% que ninguno síntoma se presentó en las mujeres encuestadas.

Tabla 8. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por edad gestacional de interrupción del embarazo, Cuenca, 2015

Edad gestacional de interrupción	Frecuencia	Porcentaje
1 A 13 SG	59	84,3%
14 A 27 SG	11	15,7%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encontramos que el 84% perdieron su gestación durante la 1 a la 13 semanas de gestación seguidas del 15.7% que perdieron su gestación durante la semana 14 a 27 de gestación es decir que en su mayoría se interrumpió su embarazo durante el primer trimestre.

Tabla 9. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por Enfermedades durante la gestación, Cuenca, 2015

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Infección de Vías Urinarias	12	17,1%
Diabetes Gestacional	2	2,9%
Malformaciones Congénitas	14	20,0%
Incompatibilidad Sanguínea	5	7,1%
Enfermedades De Transmisión Sexual	4	5,7%
Hipertensión Arterial Gestacional	1	1,4%
Placenta Previa	2	2,9%
Ninguno	30	42,9%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se encontró que el 42,9% no presentaron ninguna enfermedad durante su embarazo, seguidos por el 20% de mujeres que presento malformaciones congénitas, el 17.1% presento infección de vías urinarias, el 7,1 % corresponde a la incompatibilidad sanguínea, el 5,7 % se da por enfermedades de transmisión sexual, el 2,9 % presentaron diabetes gestacional y placenta previa y el 1.4 % corresponde a la hipertensión arterial gestacional.

Tabla 10. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por causa de interrupción del embarazo, Cuenca, 2015.

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Caídas	7	10,0%
Agresión Física	2	2,9%
Actividad Física Excesiva	16	22,9%
Uso De Baños De Asiento	2	2,9%
Ninguno	43	61,4%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se encontró que el 61,4% no sabía la causa de la interrupción del embarazo, el 22,9% asegura que la causa principal fue la actividad física excesiva, el 10% presento caídas en antesala de la pérdida de su embarazo y el 2,9 % presento agresión físico siendo parte de los problemas que propician la pérdida del embarazo. Por otra parte se encontró que el 2.9% de las mujeres tienen la creencia que el uso de baños de asiento propicia el aborto.

Tabla 11. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo con apoyo durante el embarazo, Cuenca, 2015.

Apoyo durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Padres	9	12,9%
Pareja	43	61,4%
Ninguno	18	25,7%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se encontró que el 25,7% no tuvieron ningún apoyo familiar ni de su pareja, siendo un problema psico-social para las mujeres embarazadas, factor que puede propiciar un aborto o la inducción del mismo, sin embargo se encontró que el 61,4% de las mujeres reciben apoyo de su pareja y el 12,9% recibieron apoyo de sus padres

Tabla 12. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por causas que influyen en la interrupción del embarazo, Cuenca, 2015.

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo Tras Abuso Sexual	1	1,4%
Agresión Verbal	1	1,4%
Temor Al Afrontamiento Del Embarazo	1	1,4%
Embarazo No Deseado	6	8,6%
Ninguno	61	87,1%
Total	70	100,0%
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.		
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.		

Análisis: Los resultados indican que de las 70 mujeres encuestadas se evidencia que el 8,6% enuncian que una de las causas que influye en la interrupción del embarazo es que este no fue deseado, seguido por el 1,4 % corresponde al embarazo tras abuso sexual, la agresión verbal y el temor al afrontar el embarazo.

El 87,1% de las mujeres no indicaron ninguna causa como influencia para la interrupción del embarazo.

6.2. Cruce de variables

Tabla 13. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por edad y número de abortos, Cuenca, 2015.

Edad	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
18-24	20	28,6	5	7,14	2	2,8	27	38,6
25-30	13	18,6	5	7,14	0	0	18	25,7
31-35	12	17,14	10	14,3	3	4,28	25	35,7
Total	45	64,3	20	28,6	5	7,14	70	100
Chi-cuadrado de Pearson: 5,826					Gl: 4		P: 0,213	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que el 28,6% de mujeres ente 18 y 24 años presentaron 1 aborto, el 14,3% de mujeres con una edad de 31 a 35 presentaron 2 abortos y así mismo las mujeres de 31 a 35 años presento 3 abortos.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad y el número de abortos encontrando un chi cuadrado de 5,82 en comparación con el chi teórico de 9.5 y un valor de p mayor a 0,05.

Tabla 14. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por ocupación y número de abortos, Cuenca, 2015.

Ocupación	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
Empleada domestica	10	14.3	3	4.3	1	1.42	14	20
Ama de casa	15	21.4	4	5.7	1	1.42	20	28.5
Estudiante	6	8.5	4	5.7	1	1.42	11	15.7
Profesional	9	12.8	7	10	0	0	16	22.8
Ninguno	0	0	0	0	1	1.42	1	1.42
Otro	5	7.14	2	2.8	1	4.2	8	11.4
Total	45	64.3	20	28.5	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 17,771					Gl: 10		p: 0,059	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que el 21,4% de las mujeres son amas de casa y han presentado al menos 1 aborto, seguidas de las empleadas domésticas.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el número de abortos con un Chi cuadrado de 17,77 en comparación con el teórico de 18,3 y un valor de p mayor a 0,05

Tabla 15. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por número de gestas y número de abortos, Cuenca, 2015.

Gestas	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
1	19	27.14	0	0	0	0	19	27.14
2	16	22.8	3	4.28	0	0	19	27.14
3	10	14.28	8	11.42	2	2.85	20	28.6
4	0	0	8	11.42	0	0	8	11.4
5	0	0	1	1.42	3	4.28	4	5.7
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 64,325					Gl: 8		p: 0.0001	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que el 27,6% de mujeres presento 1 embarazo y un aborto además se encontró que a mayor número de gestas se tiene un mayor riesgo de aborto.

Se encontró relación directa entre el número de gestas y el número de abortos con un chi cuadrado de 64.32 en comparación con el teórico de 15,5, y un valor de p: 0.0001 menor al 0,05 estadísticamente significativo.

Tabla 16. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por número de partos y número de abortos, Cuenca, 2015.

Partos	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
0	19	27.1	3	4.28	2	2.85	24	34.3
1	16	22.8	8	11.43	0	0	24	34.3
2	10	14.3	8	11.43	3	4.28	21	30
3	0	0	1	1.43	0	0	1	1.42
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 10,544					Gl: 6		p: 0,104	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que el 27,1 % de las mujeres no ha tenido ningún parto pero ya ha tenido 1 aborto y 4,28% ya ha tenido 2 abortos y el 2,85% ya ha tenido 3 abortos es decir que de estas mujeres encuestadas no han podido completar una sola gesta. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el número de partos y el número de abortos, con un chi cuadrado de: 10,54 en comparación con un chi teórico de 12,6 y un valor de p mayor a 0,05.

Tabla 17. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por número de edad gestacional y número de abortos, Cuenca, 2015.

Edad gestacional	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
1 A 13 SG	35	50	20	28.6	4	5.71	59	84.3
14 A 27 SG	10	14.3	0	0	1	1.42	11	15.7
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 5,237					Gl. 2		P:0,073	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras. Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se observa que el 50% de la mujeres que tuvieron 1 aborto se dio durante el las semana 1 a la 13 de gestación.

No se encontró relación estadísticamente significativa con un chi cuadrado de 5,23 menor al chi teórico de 6, y un p mayor a 0.073.

Tabla 18. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por síntomas de pérdida del embarazo y número de abortos, Cuenca, 2015.

Síntomas	Abortos						Total	
	1	%	2	%	3	%		%
Sangrado transvaginal abundante	31	44.3	12	17.14	3	4.28	46	65.7
Salida de liquido	4	5.7	1	1.42	0	0	5	7.14
Dolor pélvico tipo contracción	9	12.8	4	5.71	1	1.43	14	20
Salida del feto	0	0	0	0	1	1.43	1	1.42
Ninguno	1	1.43	3	4.28	0	0	4	5.7
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 18,135					Gl: 8		p: 0,020	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que el 44,3% de mujeres que tuvieron al menos 1 aborto presento sangrado transvaginal como antesala al aborto, siendo un síntoma clave y que se utiliza como síntoma de emergencia para evitar un aborto. Por otra parte el dolor pélvico tipo contracción es el segundo síntoma clave de la interrupción del embarazo.

En lo referente a los síntomas de pérdida del embarazo y el número de abortos se encontró una relación estadísticamente significativo con un chi cuadrado de 18,13 mayor al chi teórico de 15,5 y un valor de p de 0.02

Tabla 19. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por enfermedad durante el embarazo y número de abortos, Cuenca, 2015.

Enfermedades	Abortos						Total	%
	1		2		3			
Infección de vías urinarias	9	12.9	2	2.85	1	1.42	12	17.1
Diabetes gestacional	0	0	2	2.85	0	0	2	2.85
Malformaciones congénitas	5	7.14	8	11.4	1	1.42	14	20
Incompatibilidad sanguínea	0	0	4	5.71	1	1.42	5	7.14
Enfermedades de transmisión sexual	4	5.71	0	0	0	0	4	5.71
Ninguno	25	35.7	4	5.71	1	1.42	30	42.8
HTA gestacional	0	0	0	0	1	1.42	1	1.42
Placenta previa	2	2.85	0	0	0	0	2	2.85
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 41,685					Gl: 14		p: 0,0001	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que el 12.9% de las mujeres que tuvieron un aborto presentaron infección de vías urinarias durante el embarazo y el 7,14 una enfermedad congénita y un 5,7% una enfermedad de transmisión sexual.

Se encontró que las enfermedades durante el embarazo y el número de abortos están directamente relacionados con un chi cuadrado de 41.68 mayor al chi teórico de 23,7 y un valor de p de 0.0001

Tabla 20. . Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por exposición a sustancias durante el embarazo y número de abortos, Cuenca, 2015.

Exposición a sustancias	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
Pesticida/fungicidas	2	2.85	0	0	1	1.42	3	4.28
Exposición de humo	2	2.85	1	1.42	0	0	3	4.28
Consumo de sustancias psicoactivas	0	0	3	4.28	1	1.42	4	5.71
Químicos	0	0	2	2.85	0	0	2	2.85
Consumo de fármacos	6	8.57	4	5.7	1	1.42	11	15.7
Radiaciones	1	1.42	0	0	0	0	1	1.42
Ninguno	34	48.6	10	14.3	2	2.85	46	65.71
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 19,284					Gl: 12		p:0,082	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

La mayoría de mujeres no se expuso durante el embarazo a sustancias nocivas para el mismo por lo cual es difícil encontrar una relación del aborto con la exposición. No se encontró relación directa entre la exposición a sustancias durante el embarazo y el número de abortos con un chi cuadrado de 19,28 menor al chi teórico de 21, con un valor de p de 0.082 mayor a 0.05 por lo cual no es estadísticamente significativo

Tabla 21. Distribución de 70 mujeres atendidas en Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por causa física de interrupción del embarazo y número de abortos, Cuenca, 2015.

Causas Físicas	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
Caídas	7	10	0	0	0	0	7	10
Agresión física	2	2.85	0	0	0	.0	2	2.85
Actividad física excesiva	12	17.1	3	4.28	1	1.42	16	22.85
Uso de baños de asiento	2	2.85	0	0	0	0	2	2.85
Ninguno	22	31.4	17	24.28	4	5.71	43	61.42
Total	45	64.2	20	28.57	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 10,196					Gl: 8		p: 0,252	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

No se encontró relación directa entre el número de abortos y la causa de interrupción del embarazo, con un chi cuadrado de 10.196 menor al chi teórico obtenido 15,5, con un valor de p de 0.252 mayor a 0,05 por lo cual no es estadísticamente significativo.

Tabla 22. Distribución numérica y porcentual de 70 mujeres que fueron tratadas en el área de Gineco-Obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo por causa psicológica de interrupción del embarazo y número de abortos, Cuenca, 2015.

Causas psicológica	Abortos						Total	%
	1	%	2	%	3	%		
Embarazo tras abuso sexual	0	0	1	1.42	0	0	1	1.42
Agresión verbal	1	1.42	0	0	0	0	1	1.42
Temor al afrontamiento del embarazo	0	0	0	0	1	1.42	1	1.42
Embarazo no deseado	5	7.14	1	1.42	0	0	6	8.6
Ninguno	39	55.7	18	25.7	4	5.7	61	87.14
Total	45	64.3	20	28.6	5	7.14	70	100
Chi-cuadrado: 17,17					Gl: 8		p:0.028	
Fuente: Encuesta realiza por las autoras.								
Autoras: A. Jimbo, J. Landi, y A. Pesántez.								

Se encontró que en su mayoría se dio 1 aborto por que el embarazo no fue deseado en un 7,14%, sin embargo en la mayoría de las mujeres estudiadas no tuvieron ninguna causa psicológica de las aquí expuestas que propicie el aborto.

Hay una relación directa entre las causas psicológicas y el número de abortos con un chi cuadrado de 17.17 mayor al chi teórico de 15,5 con un valor de p de 0.028 el cual es estadísticamente significativo.

CAPITULO VII

7. DISCUSIÓN

Se cumplió a cabalidad con el estudio y lo propuesto en la metodología del mismo, la investigación permitió obtener resultados relevantes para describir la población y encontrar los factores determinantes de la interrupción del embarazo.^{3, 19}

La población estudiada tenemos en su mayoría mujeres de 18 a 24 años, seguidas por mujeres de 31-35 años. Según lo obtenido en la encuesta se encontró que el 28,6% de la población tiene como ocupación ama de casa, seguidas por las mujeres profesionales y las empleadas domésticas.

La mayoría de las mujeres estudiadas presentaban una historia de 3 gestas seguido de 1 y 2 gestas, el 34,3% de las mujeres encuestadas no tuvieron partos y el 34,3% tuvieron 1 parto, el 64% tuvieron 1 aborto, seguido del 28,6% con 2 abortos, todas las mujeres tuvieron al menos un aborto, siendo esto una parte importante del estudio, ya que ellas pasaron por este proceso, conociendo la sintomatología, causas y situaciones que propiciaron el mismo.

Según la SEGO se observó que el riesgo de que se produzca un aborto después de uno, dos, tres y cuatro abortos consecutivos es del 20, el 26, el 38 y el 43 % respectivamente, por lo cual este dato es importante al momento de atender a una madre gestante para explicarle el riesgo que tiene de perder la presente gestación.

El 65,7% de las mujeres estudiadas no se expusieron a ninguna sustancia toxica durante su embarazo, por otro lado el 15,7% se expusieron a fármacos, seguidos por el consumo de sustancias psicoactivas con el 5,7%, siendo estas exposiciones posibles causas de la perdida de la gestación.

El sangrado transvaginal de moderado a abundante, seguido del dolor pélvico tipo contracción uterina es la sintomatología clave que podemos utilizar para alertar a las mujeres que se encuentran en estado de gestación, para acudir al ginecólogo en caso de que se presenten.

Según Lupión más del 80% de los abortos espontáneos se producen en las primeras 12 semanas y el 50% de estas se deben a anomalías cromosómicas del embrión, pasado el primer trimestre el índice de abortos disminuye.¹⁹ En nuestro estudio se encontró que el 84% de las mujeres encuestadas perdieron su gestación durante la 1 a la 13 semanas de gestación es decir en su mayoría perdieron el embrión durante el primer trimestre, siendo este el periodo de mayor riesgo de pérdida y donde se debería identificar a las mujeres gestantes para prevenir más eficazmente la interrupción del embarazo y continuar con una gestación disminuyendo al máximo el riesgo y los factores que intervienen en la interrupción del embarazo.

El 61,4% de las mujeres encuestadas no sabe la causa de la interrupción del embarazo, el 22,9% asegura que la causa principal fue la actividad física excesiva, el 10% presento caídas en antesala de la pérdida de su embarazo y el 2,9 % presento agresión física siendo parte de los problemas que propician la pérdida del embarazo.

El embarazo no deseado ha sido una de las principales causas de psicológicas de interrupción del embarazo, seguido por el embarazo tras agresión sexual, agresión verbal y el temor al afrontar el embarazo, situaciones que propician que las madres induzcan muchas de las veces un aborto o no presten nada de atención a su embarazo por el desinterés hacia su hijo.

Según Távara el 60% de los embarazos que anualmente ocurren en el Perú son no deseados, de los cuales el 30% terminan en abortos inducidos. Siendo esta una cifra alarmante ya que muchas vidas de madres y fetos corren peligro al realizarse estos abortos inducidos en situaciones en muchos de los casos insalubres y en clínicas clandestinas.³⁵

Según Pacheco et al. La probabilidad de aborto aumenta con la edad de la mujer. Así, en las mujeres mayores de 40 años, más de un tercio de los embarazos terminan en aborto espontáneo.¹⁸ En nuestro estudio se encontró que a mayor edad de la mujer embarazada es mayor el riesgo de que se interrumpa el embarazo, sin embargo no hay relación estadísticamente significativa entre la edad y el número de abortos. Según Lupin el peligro de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna así en una mujer entre 12 y 19 años presenta un riesgo del 13,3% mientras que una que pasa los 40 hasta los 44 años presenta un riesgo del 51% de aborto espontáneo.¹⁹

Según Quiroga en el análisis de los cariotipos por edad materna dividida en grupos, de 30 años o menos, 31 a 35 años, 36 a 40 años y 41 años o más, mostró que el porcentaje de anormalidad se incrementa conforme avanza la edad, debido al aumento de las trisomías, siendo este uno de los motivos por el cual al aumentar la edad aumenta el riesgo de aborto espontáneo.³⁶

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el número de abortos.

De acuerdo al estudio se encontró una relación directa entre el número de gestas y el número de abortos, es decir son directamente proporcional, mientras mayor el número de gestas hay más posibilidades de que se presente 1 aborto como nos indica la bibliografía hay hasta un 25% más de riesgo de que se produzca un aborto de acuerdo al número de gesta de la mujer.³

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el número de partos y el número de abortos.

Según la SEGO la sintomatología general se caracteriza por amenorrea, dolor pélvico y/o sangrado transvaginal ya sea este rojo rutilante o secreción achocolatada.^{3, 9,25} En nuestro estudio se encontró que el 44,3% de mujeres que tuvieron al menos 1 aborto presento sangrado transvaginal como antesala al aborto, siendo un síntoma clave y que se utiliza como síntoma de emergencia para evitar un aborto. Por otra parte el dolor pélvico tipo contracción es el segundo síntoma clave de la interrupción del embarazo. Se puede decir que una mujer gestante que experimente estos síntomas tiene un gran riesgo de presentar un aborto o al menos una amenaza de este según lo citado.

Se encontró una relación directa entre la presencia de los síntomas de aborto y el número de abortos, ya que en su mayoría las mujeres que se encuentran con esta sintomatología terminan abortando. Siendo un valor estadísticamente significativo se le da la relevancia del caso en la prevención de pérdida del embarazo.

Según B. Romero entre el 7-8% de las mujeres presentan anomalías uterinas müllerianas de origen congénito. Además enuncia que la vaginosis bacteriana, las infecciones del tracto urinario y de transmisión sexual en el primer trimestre de gestación parecen tener relación con un incremento del riesgo de aborto.²⁸ datos que se asemejan a los encontrados en nuestra investigación, donde se encontró que el 12.9% de las mujeres que tuvieron un aborto y presentaron infección de vías urinarias durante el embarazo y el 7,14 una enfermedad congénita y un 5,7% una enfermedad de transmisión sexual. Además se evidencia una relación estadísticamente significativa entre el número de abortos y la presencia de una enfermedad durante el embarazo, con esto se puede decir que al prevenir o manejar a tiempo las enfermedades crónicas o infecciosas durante el embarazo, se puede evitar gran parte de las pérdidas de gestación.

Norma Adriana Jimbo Buele
Johanna Marlene Landi Auquilla
Adriana Priscila Pesántez Lozano

La mayoría de mujeres no se expuso durante el embarazo a sustancias nocivas para el mismo por lo cual es difícil encontrar una relación del aborto con la exposición para lo cual sería necesario realizar un estudio con una muestra más amplia y con mayor exposición. Según Dranitsaris se ha observado que diversas sustancias aumentan la frecuencia de aborto.^{19, 9}

Según J. Nazer el estilo de vida de una mujer gestante, juega un papel importante en el desarrollo de su embarazo ya que existen hábitos que deben eliminarse, como consumir alcohol, fumar cigarrillo, consumo de drogas que pueden tener efectos teratógenos en el feto y conllevan al aborto, además de sus efectos en la madre, sin embargo, hay otros que se deben incentivar en su práctica como el consumo una dieta rica en vitaminas y minerales como: ácido fólico y hierro a diario por ser beneficiosos para la madre y el futuro hijo.³⁴

No se encontró relación directa entre la exposición a sustancias durante el Embarazo y el número de abortos sin embargo según la bibliografía se encontró que al exponerse a químicos como pesticida, fármacos teratógenos, radiaciones, entre otros, el aborto espontaneo es inminente por las malformaciones y alteraciones genotípicas que producen estas sustancia o radiaciones, sin embargo si se llega a desarrollar el embrión, se puede obtener como resultado un recién nacido poli malformado. De aquí la importancia de enseñar a las mujeres embarazadas a cuidarse del uso de sustancias o exposición a estas o radiaciones durante el embarazo y en caso de ser necesarias se debería ajustar dosis de fármacos.

Encontramos una relación directa estadísticamente significativa entre el número de abortos y las causas psicológicas, siendo estas causas las que propician en su mayoría la inducción legal o ilegal de un aborto, poniendo en riesgo incluso su propia vida, en este tipo de situación se debería realizar una prevención a partir del hogar donde se les enseña a las personas el valor de la vida y el significado de esta, ya que inducir un aborto es acabar con una nueva vida.

8. CAPITULO VIII

8.1 CONCLUSIONES

Luego del análisis de datos y discusión se puede concluir que:

- La interrupción del embarazo es de origen multifactorial con causas como la edad, enfermedades durante el embarazo, factores físicos, exposición a químicos, factores psicológicos y sociales que propician el aborto. Además se encontró que a mayor número de abortos mayor es el riesgo de recurrencia.
- La edad está asociada a los abortos espontáneos mientras más temprano o más tardío es el embarazo el riesgo de tener un aborto es mayor
- La sintomatología predominante en la mujeres estudiadas fue el sangrado transvaginal y el dolor pélvico y abdominal tipo contracción uterina
- Hay una relación directa entre las enfermedades durante el embarazo y el número de abortos
- La exposición a sustancias no estuvo directamente relacionado con el número de abortos, sin embargo según la teoría se encontró que la exposición ambiental a sustancias, puede propiciar un aborto espontáneo
- Las causas psicológicas forman un rol muy importante al momento de la pérdida del embarazo ya que estas propician incluso a la inducción del aborto.

8.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar el estudio de la interrupción del embarazo con un estudio de mayor envergadura y con una muestra más amplia, para dilucidar algunas de las causas del aborto espontáneo.

Es importante que los equipos de atención integral busquen las mejores estrategias para una atención más eficaz y oportuna, de esta manera se estaría promocionando y previniendo en este grupo de alto riesgo y de mayor vulnerabilidad sin que influya directamente el factor por el cual se dio la interrupción de su embarazo brindando así atención de calidad y apoyo emocional a través de la formación de brigadas de salud que realicen visitas domiciliarias que proporcionen educación individual, familiar y comunitaria. Que nos permita cuidar y salvaguardar de los embarazos de las nuevas madres.

Los medios de comunicación juegan un papel muy importante pues a través de ellos se puede concientizar a las futuras madres para que asistan a los controles médicos respectivos de esta manera estaríamos previniendo futuras complicaciones que puedan presentarse durante su etapa de gestación

8.3 BIBLIOGRAFÍA

1. S.E.G.O, F. 2012, Protocolos asistenciales en obstetricia sociedad española de ginecología y obstetricia actualizado 2012.
2. Guevara- Ríos, E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 56, núm. 1, 2010, pp. 10-17, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, San Isidro, Perú Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195003>
3. Report, 2012. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (Unfpa) en su publicación “Sí a la opción, no al azar” (<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/SP-SWP2012-Report.pdf>).
4. CENSO, F. 2014 Abortos en el Área de Gineco-Obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” Sistemas
5. J. Hijona, Factores Asociados al Aborto Espontaneo, Granada, 2009, editorial de la Universidad de Granada, ISBN: 9788469313053 pag 8-10.
6. Prine LW, MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. Am Fam Physician. 2011 Jul 1;84(1):75-82.
7. Barceló F, De Paco C, López-Espín JJ, Silva Y, Abad L, Parrilla JJ. The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2012 Feb; 52(1):39-43.
8. Tang J, Kapp N, Dragoman M, de Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. Int J Gynaecol Obstet. 2013 May;121(2):186-9
9. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (SEGO), ABORTO ESPONTANEO, ELSIEVER, ESPAÑA, PROTOCOLO ACTUALIZADO EN JULIO 2010, DISPONIBLE EN: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90003117&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=3&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n04a90003117pdf001.pdf
10. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Componente Normativo Materno. 2008. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conasa.gob.ec%2Findex.php%3Fopcion%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D87%3Acomponente-normativo-materno-

2008%26id%3D13%3Aprestaciones%26Itemid%3D95&ei=TRGgVPyHLc
ufgwSx-
YKYCg&usg=AFQjCNFxm5LuEXLakjtU6luOuYZRy0mCg&bvm=bv.820
01339,d.eXY

11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4 a Edición, Ginebra, 2004, disponible en: www.who.int/reproductivehealth.
12. INEC, Datos esenciales de salud: Una mirada a la década, 2000 - 2010, 15 ABRIL DEL 2013, DISPONIBLE EN: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
13. Cadena H, Ortega G, Touriz M. Prevalencia del aborto y factores epidemiológicos. Hospital Materno Infantil "Mariana de Jesus" 2004-2008. Documento online, 2009. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/579/1/T-UCSG-PRE-MED-24.pdf>
14. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Componente Normativo Materno. 2008. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>
15. M. Empson, M. Lassere, J. Craig, J. Scott, Prevención del aborto espontáneo recurrente en mujeres con anticuerpos antifosfolípidos o anticoagulante lúpico (Revisión), revisión Cochrane, publicada en The Cochrane Library Número 4, 2007
16. Silva S.; Aborto; En: Alfredo Pérez Sánchez Ginecología; Cuarta edición; Santiago de Chile, Chile; Editorial Mediterráneo; 2011. Pág. 530-554.
17. Regueiro P, Bajo M, Grima M. Analgoanestesia obstétrica. Capítulo 48. Disponible en: <http://issuu.com/rosidelvalen/docs/sego06>
18. J. Pacheco, M. de Michelena, P Orihuela, Enfoque actual del aborto recurrente, REVISIÓN, An Fac med. 2009;70(2):123-34
19. E. Lupión, EL ABORTO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES. ABORTO ESPONTÁNEO E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. Universidad de Almería 08/05/2014, disponible en: <http://www.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Ab.pdf>
20. M. Alarcon, C. Parra, Semiología clínica en Ginecología y Obstetricia, página 286-293, editorial Universidad de Santander, Bucaramanga,

- Colombia, 2009, disponible en:
repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/10133/2/129373.pdf
21. D. Álvarez, Aplicación de nuevas técnicas moleculares al estudio de alteraciones cromosómicas en abortos espontáneos, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2007, disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/1977/5060_diego_alvarez_dan.pdf?sequence=1
 22. BRDGES, C: B.:F.2010 Non-disjunction of the sex chromosomes of drosophila. J. exp. Zool., 15:587, 1990-2010.
 23. American College of Obstetricians and Gynecologists, Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo, 14 de septiembre de 2015, disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/embarazo/stdfact-pregnancy-s.htm>
 24. V. Piazza, Aborto recurrente, trombofilia y tiroiditis de Hashimoto, Centro di Ecografia Tiroidea e Dietosystem, Palermo, 2012, disponible en: http://www.vincenzopiazza.it/file_pdf/Aborto_Ricorrente_Trombofilia_Tiroidite_Hashimoto.pdf
 25. A. Ruiz, capítulo 10 Aborto, guía de urgencias, Universidad Nacional de Colombia, 30/07/2003, disponible en: <http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>
 26. Ladewing, P.; London, M.; Moberly, S. y Olds, S. Enfermería Maternal y del Recién Nacido.: Endocrinology, (2011).
 27. Sanitas.es, Grupos Sanguíneos y problemas de incompatibilidad materno-fetal, 2014, disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/sin012226wr.html>
 28. Romero B, Martínez L, Fontes J. Etiología del aborto a repetición. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_reprod_01_etiologiaaborto.dra_romero.pdf
 29. Gobierno Federal Mexicano. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de abortos recurrentes. México. 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf



30. N. Cajilima, M Gualpa, FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO. CUENCA 2011. disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3642/1/ENF65pdf>
31. Prine LW, MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. Am Fam Physician. 2011 Jul 1;84(1):75-82
32. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. Expert Review of Obstetrics & Gynecology 2007; 2(1): 67-108.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. Obstetrics & Gynecology 2009; 113 (2 Pt 1): 465-8.
34. J. Nazer, Prevención primaria de los defectos congénitos, Rev Méd Chile 2004; 132: 501-508
35. L. Távara, El aborto como problema de salud publica en el Perú, PERÚ, 2019, DISPONIBLE EN: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol.../pdf/A07V47N4.pdf
36. M. Quiroga de Michelena, et al. ESTUDIO CROMOSÓMICO EN EL ABORTO ESPONTÁNEO Y SU APLICACIÓN CLÍNICA, Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):124-129

8.4 BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

- Azziz R. 2011. "Ginecología y Obstetricia". México D.F. Editorial McGraw-Hill Pág. 189-197
- Bareck, Jonathan S. et al 2010 "Ginecología de Novak" 13ava Edición, Editorial Mc. Graw Hill
- Barrera Quiala M, Soler Lahite M, JarrosaySpek C, Montoya Infante M. Caracterización de las relaciones de pareja en estudiantes de 9no grado de la secundaria básica Francisco Maceo Osorio. Rev Cubana Enferm 2013;15(2):129-32.
- Bonilla, F.2010, "CirugiaGinecológica"Básica Bogotá-Colombia, editorial Panamericana
- Burtrago León LH. Vivencia de adolescencia. [Sitio en Internet] Educar.Org. Disponible En: [http:// www.educar.org/articulo.htm](http://www.educar.org/articulo.htm) Acceso el 18 Abril 2012.
- Cabero, L 2012- "Tratado de Ginecología y Medicina de La Reproducción". Barcelona-España, Editorial Panamericana Pág. 1763-1780.
- Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Sexología y sociedad 2012;2(4):26.
- Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Disponible en <http://www.un.org/spanish/2010>
- Cortes Alfaro A, García Roche R, Monterrey Gutiérrez P, Puente Abreu J, Pérez Sosa D. SIDA, Adolescencia y riesgos. Rev Cubana Med Gen integr 2013;16(3): 243-50.
- Díaz Bravo C. Adolescencia y Sexualidad. Rev Cubana Sexología 2014;38:9-17
- <http://www.maternofetal.net/4violencia.htm>
- Grupos Sanguíneos y problemas de incompatibilidad materno-fetal
- http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/22/actualidad/1342948376_467327.html Ruiz-Gallardón 22 JUL 2012



- ORELLANA Sáenz, F.2010, Clemente, Dr. ENTERATEECUADOR.COM, publicado (Mayo/19/2010), [Versión Electrónica]
- Van Den EedenSK,Sha J, Bruce C, et al: Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization. *ObstetGynecol* 105: 1052,2012
- Buster JE, Krotz, S: Reproductive performance after ectopic pregnancy. *SemReprod Med* 25:131,2010.
- Naim NM, Ahmad S, Siraj HH, et al: Advanced abdominal pregnancy resulting from late uterine rupture. *ObstetGynecol* 111:502, 2011.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 462: Moderate caffeine consumption during pregnancy. *ObstetGynecol.* 2010;116(2 Pt 1):467-8.
- Katz VL. Spontaneous and recurrent abortion: etiology, diagnosis, treatment. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2012:chap 16.
- Laurino MY, Bennett RL, Saraiya DS, et al. Genetic evaluation and counseling of couples with recurrent miscarriage: Recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *J Genet Couns.* June 2005;14(3). Reaffirmed April 2010.
- Simpson JL, Jauniaux ERM. Pregnancy loss. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012:chap 26.

8.5 ANEXOS

Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Biológico	Años cumplidos.	18-24años 25-30 años 31-35 años
Ocupación	Es decir trabajo asalariado al servicio de un empleador.	Social	Tipo de trabajo.	Empleada Ama de casa Estudiante Profesional Ninguno Otros: Especifique_____
Antecedentes Obstétricos	Rama de la medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral y el periodo fértil de la mujer a lo largo de su vida.	Biológico	Historia obstétrica Edad gestacional	Nº de gestas Nº de partos Nº de abortos 1 a 13 SDG 14 a 27 SDG 28 a 40 SDG
Factores Ambientales	Son aquellos elementos que influyen constantemente sobre los seres vivos.	Ambiental/ Biológico	Exposición o consumo de sustancias.	Pesticidas/fungicidas Exposición a Humo (tabaco, alcohol, etc.) Consumo de Sustancias Psicoactivas(tabaco, alcohol, cafeína) Químicos (pinturas, tintes, esmaltes). Consumos de fármacos (anticonceptivos). Radiaciones Ninguno Otros: Especifique_____

Norma Adriana Jimbo Buele
Johanna Marlene Landi Auquilla
Adriana Priscila Pesántez Lojano

Factores Físicos	Causas o situaciones físicas que puede padecer la madre en su estado de gestación.	Físico	Formas que causo la interrupción se su embarazo.	Caídas (abdominales-pélvicas) Agresión física (golpes en abdomen) Actividad Física excesiva(trabajo, ejercicios) Uso de baños de asientos Ninguno Otros: Especifique_____
Factores biológicos	Trastornos o alteraciones que sufre la paciente durante la gestación.	Biológicas	Enfermedad que presento durante la gestación. Signos de peligro	Infecciones de las vías urinarias Diabetes gestacional Malformaciones congénitas Incompatibilidad sanguínea Enfermedades de Transmisión sexual Ninguno Otros: Especifique_____ Sangrado transvaginal abundante Salida de líquido Dolor pélvico tipo contracción Ninguno Otros: Especifique_____
Factores psicológicos	Producto de una acción que afecta la conducta o comportamiento humano y los procesos mentales del ser humano.	Psicológico	Apoyo durante el embarazo. Trastornos psicológicos que interrumpen el embarazo.	Padres Pareja Ninguno Otros: Especifique_____ Embarazo tras Abuso Sexual Bajo autoestima de la madre. Falta de apoyo emocional Temor al afrontamiento de su embarazo. Embarazo no deseado Ninguno Otros: Especifique_____

Anexo 2: PLAN PILOTO



Ilustración Aplicación de plan piloto en el Centro de Salud Carlos Elizalde



Ilustración 1 Aplicación de plan piloto en el Centro de Salud Carlos Elizalde

Norma Adriana Jimbo Buele
Johanna Marlene Landi Auquilla
Adriana Priscila Pesántez Lojano



Anexo 3: FORMULARIO

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería



Formulario que nos permita determinar los factores que interrumpen el embarazo en mujeres de 18 a 35 años que asisten al área de Gineco-Obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo”

Instructivo: marque con una x la respuesta que usted considere

Fecha: día Mes año

1. ¿Cuántos años tiene usted?

- 18-24 años
- 25-30 años
- 31-35 años

2. ¿En que trabaja Ud.?

- Empleada
- Ama de casa
- Estudiante
- Profesional
- Ninguno
- Otros

Especifique _____

3. . Antecedentes Obstétricos

- N° de gestas
- N° de partos
- N° de abortos

4. ¿Edad gestacional en la que se interrumpió su embarazo?

- 1 a 13 SDG
- 14 a 27 SDG
- 28 a 40 SDG

5. Durante su embarazo presentó alguno de los siguientes síntomas:

- Sangrado transvaginal abundante
- Salida de líquido
- Dolor pélvico tipo contracción
- Ninguno
- Otros

Especifique_____

6. Le ha mencionado su médico que la interrupción de su embarazo se produjo por alguna de estas siguientes enfermedades:

- Infecciones de las vías urinarias
- Diabetes gestacional
- Malformaciones congénitas
- Incompatibilidad sanguínea
- Enfermedades de Transmisión sexual
- Ninguno
- Otros

Especifique_____

7. Indique si Ud. se ha encontrado expuesto o ha consumido algún tipo de sustancias durante su embarazo.

- Pesticidas/fungicidas
- Exposición a humo (tabaco, fábrica, etc.)
- Consumo de sustancias Psicoactivas (tabaco, alcohol, cafeína)
- Químicos (pinturas, tintes, esmaltes).
- Consumos de fármacos (anticonceptivos, automedicación).
- Radiaciones
- Ninguno
- Otros

Especifique_____

8. Ha considerado Ud. que uno de las siguientes causas interrumpieron su embarazo.

- Caídas (abdominales-pélvicas) ☐
- Agresión física (golpes en abdomen) ☐
- Actividad Física excesiva(trabajo, ejercicio) ☐
- Uso de baños de asientos ☐
- Ninguno ☐
- Otros ☐

Especifique_____

9. Durante su embarazo tuvo apoyo ¿De quién?

- Padres ☐
- Pareja ☐
- Ninguno ☐
- Otros ☐
- Especifique_____

10. De las siguientes causas indique si alguna de estas influyeron en la interrupción de su embarazo

- Embarazo tras Abuso Sexual ☐
- Bajo autoestima de la madre. ☐
- Falta de apoyo emocional ☐
- Agresión verbal(psíquico) ☐
- Temor al afrontamiento de su embarazo ☐
- Embarazo no deseado ☐
- Ninguno ☐
- Otros ☐

Especifique_____

Anexo 4: OFICIOS DE AUTORIZACIÓN

Cuenca, 12 de octubre del 2015

Doctor Marcelo Aguilar

DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN “PABLO JARAMILLO”

Presente

De nuestras consideraciones

Nosotras, Norma Adriana Jimbo Buele, Johanna Marlene Landi Auquilla, Adriana Priscila Pesántez Lojano egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos para solicitarle de la manera más comedida nos permita realizar la presente investigación “FACTORES QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN MUJERES DE 18-35 AÑOS DE EDAD TRATADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACION PABLO JARAMILLO CUENCA 2015”, previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

En esperas de su atención favorable a la presente, a tan señalado favor anticipamos en agradecerle muy cordialmente.

Atentamente

Norma Adriana Jimbo Buele 0980879059

Johanna Marlene Landi Auquilla 0979511186

Adriana Priscila Pesántez 0993099812

Norma Adriana Jimbo Buele
Johanna Marlene Landi Auquilla
Adriana Priscila Pesántez Lojano



Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sra. Usuaria:

Nosotras Adriana Jimbo, Johanna Landi, Adriana Pesántez egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando el proyecto de investigación “Factores que Interrumpen el embarazo en mujeres de 18 a 35 años tratadas en el área de Gineco-Obstetricia de la Fundación “Pablo Jaramillo” Cuenca 2015, misma que se aplicara a través de un formulario de 10 preguntas.

Solicitamos participar voluntariamente en una investigación, estimando que esta encuesta no implica riesgo alguno para su integridad personal y puede negarse a contestar algunas preguntas. Podrá hacer preguntas acerca del proyecto y puede retirarse en cualquier momento

Yo _____ he leído o me han leído la información; entiendo:

A: Qué la encuesta es anónima y confidencial.

B: La encuesta no tendrá ningún costo alguno, ni recibirá pago por ella.

C: Si Ud. no acepta la encuesta la atención en esta casa de salud no se verá afectada por ningún motivo.

D: Qué la información obtenida serán analizados y discutidos dentro de la institución en beneficencia de todas las usuarias.

Firma de la Usuaria

CI

Cuenca _____

Norma Adriana Jimbo Buele
Johanna Marlene Landi Auquilla
Adriana Priscila Pesántez Lojano

Anexo 6: ENCUESTAS



Ilustración 3 Encuestas en gineco-obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo



Ilustración 4 - 5 Encuestas en gineco-obstetricia de la Fundación Pablo Jaramillo

Anexo 7: TABULACIÓN DE DATOS



Ilustración



Ilustración 7 Tabulación de datos