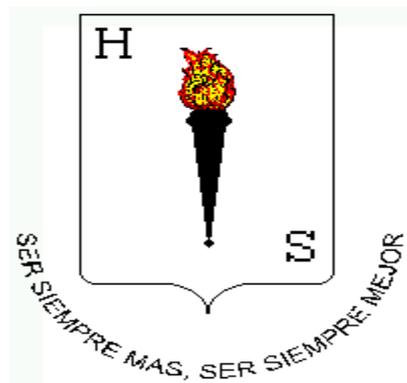


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE
LA SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
CLAVE 8722**



**TESIS
ABORTO ESPONTÁNEO INCOMPLETO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA:
YAHUGER CASTILLO JANICETH**

**ASESORA:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA; MICHOACÁN.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice.

Introducción.....	II
Planteamiento del problema.....	III
Variables	IV
Objetivos	V
Justificación.....	VI
Hipótesis.....	VII

CAPITULO I MARCO TEORICO: EMBARAZO

Embarazo.

1. Definición.....	02
1.1. Diagnostico	02
1.2. Etapas del embarazo	03
1.2.1. Fecundación	03
1.2.2 Implantación	03
1.3. Complicaciones del embarazo	05
1.3.1. Embarazo de alto riesgo.....	05
1.3.2. Amenaza de aborto	05
1.3.3. Aborto.....	06
1.3.3.1. Las características clínicas de un aborto.....	07
1.3.3.2. Tipos de aborto.....	08

CAPITULO II MARCO TEÓRICO: ABORTO ESPONTANEO INCOMPLETO.

2. Definición.....	10
2.1. Incidencia.....	10
2.2. Etapas de evolución del aborto espontaneo incompleto	11
2.3. Signos y síntomas.....	11

2.4. Etiología	12
2.5. Diagnostico	16
2.5.1. Historia clínica obstétrica.....	16
2.5.2. Examen de laboratorio	17
2.5.3. Ultrasonografía y ecografía abdominal y vaginal.....	17
2.6. Tratamiento	18
2.6.1. Medidas generales	19
2.6.2. Legrado uterino instrumentado.....	19
2.6.3. Aspiración Manual Endouterina.....	20
2.7. Cuidados de Enfermería	20
2.7.1. Cuidados Pre- quirúrgicos	21
2.7.2. Cuidados Post- quirúrgicos.....	22
2.7.3. Intervención del personal durante el duelo.....	22
 CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO	
3.1. Metodología	25
3.2. Tipo de estudio.....	25
3.3. Sujetos a estudiar	25
3.3.1 Universo	25
3.3.2. Muestra.....	25
3.4. Confiabilidad y validez.....	26
3.5. Técnicas utilizadas	26
 CAPÍTULO IV: DECRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	
4.1. Resultados de encuestas.....	29
 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.	
5.1. Conclusión	56

BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS.	
7.1. Anexo 1	60

INTRODUCCIÓN.

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que inicia desde la unión de dos células que son el espermatozoide del hombre y el ovulo de la mujer, desgraciadamente dicho estado fisiológico llega presenta complicaciones tales como amenaza de aborto, aborto, etc.

El aborto es la interrupción de embarazo esto se debe a diversos factores condicionantes que pueden desencadenar un aborto, tal es el caso del aborto espontaneo incompleto que es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.

El aborto espontaneo incompleto es uno de los mas frecuentes en mujeres jóvenes entre 15. 20 años, esto se debe a diferentes factores tales como la edad materna, la mala higiene y un mal control prenatal: Se observa que se llegan a presentar con más frecuencia en mujeres jóvenes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se ha observado durante la práctica clínica diaria que se lleva que dicho acontecimiento ha aumenta en gran cantidad.

Es por eso que en este estudio de valorara si la edad materna es un factor condicionante para desencadenar un aborto espontaneo incompleto.

ANTECEDENTE DE PROBLEMAS

Considerando la incidencia de la proceso en la actualidad, se recurre a esta investigación debido a que se observa que se presenta en mujeres jóvenes, es por ello que se decide abordar el tema para visualizar si la edad materna es uno de los factores que lo desencadene en paciente jóvenes.

Hablaremos principalmente de lo que es el embarazo para así mismo adentrarnos a una de las complicaciones de éste que es el aborto espontaneo incompleto que es uno de los problemas gineco- obstétricos de la actualidad atañe a nuestra sociedad.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

El surgimiento de la duda nace durante la práctica clínica que diariamente llevamos ya que se observó el aumento de abortos espontáneos incompletos en mujeres de edad joven entre 15 - 20 años, las cuales inclusive llegan a ignorar estar embarazadas acudiendo a consulta por anormalidad en su menstruación (hipermenorrea, dismenorrea, etc.), donde se le comunica que lleva un proceso de aborto espontaneo incompleto por lo cual se debe de llevar procedimientos quirúrgicos acompañado con administración de fármacos.

En el caso de que la paciente se sabe que está embarazada llegan a la consulta con dolor abdominal, sangrado transvaginal agregándole la angustia por el temor a la pérdida del producto o al mismo tiempo al procedimiento que se le tendrá que realizar; por lo que, en la mayoría de las consultas la evolución de dicho suceso ya es alargado y se tiene que actuar lo más pronto posible, para vitar una complicación mayor con la madre.

El problema ha surgido desde la observación en el caso de que las mujeres jóvenes entre 15 a 20 años de edad están embarazadas, y que en la mayoría de las

ocasiones ya cuando presentan el aborto llegan a ser atendidas al servicio presentado una urgencia que es inexplicable inclusive para ellas mismas.

De acuerdo a lo anterior se cuestiona:

¿Es la edad joven entre 15-20 años de la madre una condicionante para desencadenar un aborto espontaneo incompleto en el primer trimestre del embarazo?

Hablaremos principalmente de lo que es el embarazo para así mismo adentrarnos a una de las complicaciones de éste que es el aborto espontaneo incompleto que es uno de los problemas gineco- obstétricos de la actualidad atañe a nuestra sociedad.

1.-EMBARAZO.

De acuerdo con F. Gary Cunnigham (2002): La definición de embarazo es el estado fisiológico de la mujer que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con la concepción de un nuevo ser. Éste consta de 40- 42 semanas de gestación, 9 mese lunares, dos mitades, tres trimestres.

1.1. Diagnóstico.

SÍNTOMAS TEMPRANOS. Amenorrea, nauseas, y tal vez vómito (Especialmente durante la mañana), ingurgitación y dolor mamario (Más notable es las primigrávidos), poliaquiuria, fatiga, estreñimiento e incluso el apetito caprichoso (antojitos).

SIGNOS TEMPRANOS. Los signos más característicos se reducen a los órganos reproductores de la mujer como son: dilatación de las venas superficiales de la mama, ingurgitación de la mama, aumento en la pigmentación y prominencia de los folículos de Montgomery, que con glándulas sebáceas agrandadas.

Internamente la vagina y el cuello son de color rosa de la azulado a diferencia del color rosa de la mujer que no está embarazada. Esto ocasionado por la dilatación venosa que ocasiona la progesterona.

ESTUDIOS DE LABORATORIO. Determinación de la Hormona Gonadotropina Corionica (HGC), sangre, orina, Fracción beta de la HGC cuantitativa o/y cualitativa.

ESTUDIOS DE GABINETE. Rx Toraco-Abdominal, ultrasonido obstétrico.

1.2. Etapas del embarazo.

El embarazo se divide en diferentes fases la cuales se mencionan a continuación:

1.2.1 Fecundación.

Fase en la cual se basa en la unión del óvulo con el espermatozoide en la cual se efectúa el intercambio genético.

Se lleva a cabo en el tercio externo de las Trompas de Falopio en la región de la ámpula durante la eyaculación el hombre deposita el semen en el fondo de la vagina y pasado un tiempo sufre la licuefacción, es decir, se hace líquido y se liberan los espermatozoides.

Los espermatozoides pasan por el canal endocervical en donde se encuentra el moco cervical filante que favorece la entrada de los espermatozoides. La mayoría de éstos pasa por el canal endocervical, pero algunos se quedan en las glándulas endocervicales en donde pueden llegar a vivir hasta una semana, ya que ahí tienen todo lo necesario para vivir: Humedad, PH, Temperatura, nutrientes, etc.

Los espermias siguen avanzando mediante los movimientos peristálticos y se introducen en la Trompa de Falopio y llegan al tercio externo de ésta y rodean al óvulo y el aparentemente más capacitado es el que logra penetrar únicamente la cabeza en ese momento inicia el intercambio genético y la unión del óvulo con el espermatozoide y recibe el nombre de huevo o cigoto.

1.2.2. Implantación.

Esta fase inicia al séptimo día de la fecundación el cigoto ya es convertido en blastocisto, el cual se implanta en la decidua en busca de sustrato alimenticio y

oxígeno. Esta erosión causa pequeñas hemorragias pero esto no significa que sea una amenaza de aborto.

En este momento inicia la circulación materno- fetal, este hecho marca el inicio del desarrollo del disco embrionario para después de una semana se inicia el desarrollo de las capas embrionarias:

ECTODERMO: Da origen a todo el Sistema Nervioso Central (SNC) Y Sistema Nervioso Periférico (SNP), La piel y sus anexos (Cabello, pestañas, uñas), Las glándulas mamarias, ojos y oídos.

MESODERMO: Da origen a todo el sistema musculo- esquelético, es decir músculos, huesos, cartílagos, ligamentos, tendones, líquido sinovial, también venas, arterias, vasos linfáticos, ganglios: el aparato urogenital.

ENDODERMO: Da origen al sistema digestivo incluyendo glándulas salivales, lengua, glándula tiroides, paratiroides, sistema respiratorio: Pulmones traquea, laringe, bronquios, bronquiolos.

A medida que se desarrolla el disco embrionario se forma un hueco que dará origen a la cavidad amniótica las membranas que envuelven al blastocisto reciben el nombre de corion y las membranas que envuelven al feto se llaman amnios.

Al día 12 de gestación el huevo alcanza un diámetro entre 15 - 25 centímetros ocurriendo una rápida división celular formándose una línea de células en forma alargada que une la masa celular externa con la interna y dará origen al cordón umbilical.

A las ocho semanas de gestación dará origen a la columna vertebral y a la médula espinal; en la parte superior de este conducto o canal se forma una agrupación de células que darán origen al cerebro y al cerebelo.

1.3. Complicaciones del embarazo.

Dentro de las principales complicaciones del embarazo está la amenaza de aborto en el primer trimestre del embarazo de la mujer; después de estas semanas ya se considera parto prematuro.

Las consultas prenatales son importantes ya que dentro de ellas incluye instruir cuidadosamente a la pareja acerca de los signos y síntomas de alarma para acudir a una revisión oportuna en la que se espera que ponga en conocimiento de su médico cualquier anomalía durante su embarazo, para así mismo prevenir complicación alguna y si es que la hay; tratarla adecuadamente para que no se llegue a una acontecimiento desagradable como la pérdida del producto e inclusive de la madre.

1.3.1. Embarazo del alto riesgo.

Todos los embarazos se pueden considerar un proceso fisiológico, no significa que no se pueda haber una complicación en la cual la vida del la madre y el producto corra el riesgo de tener en peligro su vida de uno o de ambos.

El embarazo es capaz de por si mismo de producir diversas patologías como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial; también puede desencadenar una enfermedad latente. Influye también el estado físico de la madre la edad, nutrición de la madre, estado psicológico, etc.

1.3.2. Amenaza de aborto.

Es de las principales complicaciones sin embargo puede ser revertida de manera médica dándole los cuidados adecuados. La amenaza da aborto se puede manifestar de manera similar a un aborto a diferencia del aborto es que no hay expulsión del producto.

La amenaza de aborto se caracteriza por presentar contracciones uterinas dolorosas y frecuentes a la exploración física se encuentra sin sangrado abundante y en algunas ocasiones ni éste no se aprecian modificaciones cervicales.

1.3.3. Aborto.

Es la expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación, es decir el producto no es viable. Se considera viable cuando éste es capaz de sobrevivir fuera de la cavidad uterina de la madre. De acuerdo con el tiempo en que ocurre se le denomina TEMPRANO (antes de la decimotercera semana) o TARDÍO (después y hasta antes de la vigésima semanas); no es necesario que exista un embrión o feto (saco, mola hidatiforma) o que el producto de la concepción se encuentre dentro del útero (aborto tubárico).

Desde un punto religioso se considera aborto a la interrupción del embarazo durante los primeros tres meses aún cuando este no sea provocado y desde luego se opone a dicho acontecimiento incluso cuando la mujer es violada, pero también se opone al uso de preservativos y anticonceptivos.

Según Luis Castelazo Ayala (1978) “Ocurre con frecuencia que muchos abortos pasan como incidentes no registrados desde el punto de vista se trata de mujeres que tienen retrasos de días, semanas inclusive meses, y después tienen una pérdida sanguínea un poco profusa, más abundante que una menstruación normal y llegan a creen que por el retraso es que hay un aumento de ésta, después siguen menstruando normalmente y aquel aborto quedó sin registro de que fue un aborto. En otras ocasiones la mujer oculta intencionalmente la presencia del aborto, ya que en la mayoría de estos casos son abortos provocados; éstos quedan al igual que los anteriores sin registro, por que voluntariamente la mujer oculta el incidente que tuvo”. (p.492).

Llega haber casos en los que la mujer lo oculta por miedo a no tener el apoyo de la pareja inclusive de la familia propia, aunque otras mujeres sí saben que tienen una amenaza de aborto en proceso y acuden rápidamente a la consulta médica para tratar de controlar o detener dicho proceso, aunque en la mayoría de la ocasiones esto ya no es posible y es necesario intervenir para sólo extraer los restos que quedaron o inclusive todo el producto si no ha sido expulsado.

1.3.3.1 Las características clínicas de un aborto son:

Sangrado. Es uno de los más frecuentes pero a la vez de los más peligrosos. La pérdida de sangre es variable durante el propio aborto pero después del mismo suele ceder completamente. El riesgo de aborto es proporcional a la cantidad de sangre expulsada.

Es necesario valorar a la paciente mediante exámenes de laboratorio con una Biometría Hemática (BH) para verificar el nivel de hemoglobina, ya que llegan a haber sangrados que son considerables pérdidas y llegan a necesitar incluso transfusiones.

Dolor. Este se manifiesta cuando el cuello uterino se está dilatando y los productos de la concepción pasan a través de él. El dolor se percibe en la porción inferior del abdomen a nivel de la fosa iliaca; es de tipo cólico, consecutivo al sangrado en algunas mujeres éste va aumentando cada vez mas.

Salida de los productos de la concepción. Esto no es manifestado en todos los casos de aborto, el más frecuente es en los tipos de aborto incompleto, se expulsa al producto pero quedan restos placentario.

Depresión. Si no en todos los caso de aborto, en la mayoría de los abortos se presenta datos de depresión por parte de la pareja o de la mujer por la perdida de su *hijo*.

1.3.3.2. Tipos de abortos

Aborto en evolución. A la exploración se observa que el útero se encuentra al tamaño acorde a la edad gestacional, en pocas ocasiones de menor tamaño el cuello se encuentra permeable y a través de él se puede palpar restos placentarios o partes fetales. Lo que caracteriza a este tipo de aborto so las contracciones uterinas y la presencia de sangrado transvaginal.

Aborto inducido o criminal. Este tipo de aborto es ilegal, ilícito e inmoral se lleva a cabo con ayuda de fármacos, mecánicos (quirúrgicos), mediante hiervas abortivas.

Aborto terapéutico o legal. Este tipo de aborto está permitido por la ley mediante el cual se hace la expulsión del producto llevando a cabo un procedimiento quirúrgico, es permitido en caso de violaciones, que la madre se encuentre en riesgo de muerte. Debe de ser notificado para que se lleve de acuerdo a la ley.

Aborto completo o consumado. Es los caso en los que la paciente ya ha expulsado por completo el producto, en este caso sólo se pasa a la paciente para un raspado de cavidad, y dejarla limpia evitando infecciones.

Aborto espontaneo. Es el que se presenta por causa naturales sin ayuda de agentes externos.

Aborto retenido. Es la presencia de un saco gestacional u ovular anembrionico o con embrión pero sin latidos cardiacos.

Aborto recurrente. Es la secuencia de dos o más abortos presentes en la misma mujer; sin lograr obtener un producto vivo.

Se hablará del aborto espontaneo incompleto que es la complicación más frecuente que se presenta en mujeres jóvenes embarazadas durante el primer trimestre del embarazo.

Aborto espontaneo incompleto.

2. Definición.

Según Alfredo Pérez Sánchez (2003). “Es la interrupción espontanea del embarazo antes de la viabilidad fetal antes de que el feto alcance el grado de desarrollo y maduración que le permita vivir independientemente de su madre”. (p. 555).

Aunque no es expulsado por completo ya que llegan a quedar restos placentarios que deben ser removidos, el límite en el cual se considera viable un feto son dos:

MORFOLÓGICO. Cuando los pulmones del feto presentan comunicación entre el bronquio terminal y el alveolo, penetración de vasos capilares en el intersticio y adelgazamiento del epitelio alveolar. Esto llega a suceder entre las 24 y 25 semanas de gestación antes de que se llegue a poder haber un intercambio de gases.

CRONOLÓGICO. En este caso se considera la edad gestacional que este acorde al peso fetal en el caso de las 20 semanas de gestación con un peso de 500gr ; es posible que se llegue a rescatar un producto completo y se podrá corroborar esto ya mencionado.

2.1. Incidencia.

De acuerdo con James Drife y Brian A. Magowan: Es probable que la frecuencia de abortos espontáneos (el número de abortos dividido por la cantidad total de embarazos en una población se encuentre en torno al 10- 25%. Este riesgo es mayor

al comienzo del embarazo y disminuye a medida que éste avanza. La frecuencia mencionada se refiere, no obstante, a embarazos reconocidos en la clínica, y en muchos casos es posible que el embrión muera antes de que aparezca signo alguno de embarazo.

Las pruebas obtenidas a partir de las mediciones muy tempranas de HGC. Se ha comprobado que la incidencia de abortos espontáneos aumenta con la edad de la madre, y se multiplica por los 10 pasados los 40 años respecto a la incidencia antes de los 35. De todas formas, en general cuando se observa mediante la ecografía.

2.1. Etapas de evolución del aborto espontáneo incompleto.

Amenaza de aborto. Se caracteriza por contracciones uterinas y frecuentes, mas sin embargo al tacto vaginal no se encuentran modificaciones cervicales ni uterinas.

Signos y síntomas de aborto. Hay contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, se manifiesta sangrado transvaginal igual o menos a una menstruación al igual que la anterior no hay modificaciones cervicales ni uterinas.

Aborto en evolución. Se llega a palpar el útero de igual o menos tamaño de acuerdo a la edad gestacional, las contracciones son constantes y el sangrado es más abundante.

Restos de aborto incompleto. Ya no se tiene contracciones uterinas dolorosas, el útero se palpa menos de acuerdo a la edad gestacional, el sangrado es abundante, el cuello cervical esta dilata y hasta se puede llegar a palpar restos en el canal cervical.

2.3. Signos y síntomas.

Se caracteriza por dolor tipo cólico (contracciones uterinas); sangrado transvaginal es persistente igual a una menstruación, pero en la mayoría de los casos es más abundante que ésta, la salida del producto de la fecundación o ya sea de restos placentarios quedando dentro de cavidad restos de éstos.

2.4. Etiología.

De acuerdo con Alfredo Pérez Sánchez (2003) existen las siguientes las siguientes causas:

Causas genéticas. En mujeres en edad límite de productividad, lo que sugiere que una porción puede ser causa cromosómica o genética:

Trisomía autosómica. Por su disyunción del cromosoma XVI, XXI o XXII, éstas esta relacionas generalmente con la edad de la madre.

Triploidía. Se presenta un recuento promedio de 69 cromosomas. La causa más frecuente es la doble fecundación del óvulo; se puede manifiesta con huevos anembrionico o por malformaciones fetales.

Monosomía del cromosoma. Se puede producir por no disyunción del cromosoma X durante la meiosis de la fertilización; el cuál se puede expresar como un síndrome de Turner.

Tetraploidía. Se hace un recuento de 92 cromosomas se produce por una falla en la división citoplasmática, se manifiesta con aborto temprano o huevo anembrionico.

Translocaciones. Son inversiones cromosómicas.

Muertes fetales tempranas. En estos casos no se detectan alteraciones cromosómicas o dentro del cariotipo se llegan a tratar de mutaciones fetales por lo

cual no hay un desarrollo adecuado a la edad gestacional por a cual sufre la muerte repentina.

Huevo anembrionico. Son alteraciones en la meiosis de los gametos pártenos o maternos, se manifiesta con un embarazo sin embrión pero con concentraciones elevadas de Hormona Gonadotropina Corionica (HGC).

Defectos en la implantación. Suelen ocurrir cuando no existe un endometrio adecuado para la implantación del huevo.

La edad materna. Influye en forma importante para la implantación en la edad mayor el endometrio ya no es apto para una implantación de un huevo y en el caso de la edad joven el endometrio no ha llegado a su desarrollo completo para que dicho proceso se lleve a cabo.

Defectos en la fertilización. Se producen en su mayoría por una mayor dotación cromosómica producida por poliespermia, o también puede haber una alteración de la zona prelucida o de la granulosa que permitan la entrada de más de un gameto.

Anomalías anatómicas y malformaciones uterinas. Alteraciones en el útero, miomas en el mismo, útero más pequeño de lo normal; es lo que llega a desencadenar un aborto.

Raspados uterinos muy enérgicos. Suelen ser realizados en abortos sépticos, y se llegan a afectar las capas del endometrio a tal grado que su regeneración es tardía o en dado caso nula. Se sabe que el endometrio está constituido por las capas compacta, esponjosa y basal; ésta última es afectada a tal grado que al volver a regenerarse ya no queda en buena condición para que se vuelva a llevar a cabo la implantación del embrión por lo cual se desencadena un aborto.

La incompetencia cervical. Se llega a producir una alteración en la resistencia en el orificio interno del cuello uterino que no permite que se mantenga la implantación del huevo. Se caracteriza por dolor y escasas contracciones uterinas.

Los traumatismos. Entran dentro de esto, dado que el cuello uterino llega a sufrir traumatismos secundarios a partos vaginales con desgarros severos, maniobras de dilatación con fines abortivos o conizaciones externas.

Causas inmunológicas. Es una de las complicaciones más comunes por las cuales se presentan los abortos, puesto que en el caso de que la madre sea de grupo RH- y el producto es RH+ se llega a producir una lucha de madre e hijo mediante la destrucción de los glóbulos rojos de la madre contra del producto, proceso conocido como hemólisis.

Lo cual debido a la gran destrucción de eritrocitos, los glóbulos rojos que produce el bebé no son suficientes comparando con los que son destruidos es por los cual se desencadena un aborto ya que el producto no alcanza a madurarse lo suficiente.

Daño por sustancias químicas o irradiación. Hay sustancias que llegan a producir daños directos e inmediatos al producto produciendo mutaciones letales que llegan a desencadenar un aborto:

- El cigarro contiene sustancias llamadas hidrocarburos poliaromáticos los cuales inducen a la placenta a la producción de radicales libres biotóxicos que dañan al feto, la nicotina tiene un efecto de vasoconstrictor y teratogenico que produce hipoxia al disminuirse drásticamente la hemoglobina donde ya no pueda más mantenerse el producto de la concepción.
- El alcohol puede ocasionar alteraciones durante la embriogénesis en órganos vitales como el cerebro, corazón y riñones.

- Las drogas de cualquier tipo son sustancias nocivas que ayudan a llevar a cabo el proceso abortivo ya que atacan directamente al feto y por consiguiente a la madre.

Anomalías endocrinas.

- El hipo o hipertiroidismo son causa poco se ha descubierto del tema pero hay versiones las cuales coinciden que la alteración en la en la hormona estimulante de la tiroides (TSH) conlleve al proceso abortivo.
- La diabetes Mellitus es una de las principales alteraciones ya que hay una descompensación metabólica muy importante.
- Los niveles elevados de andrógenos conlleve a provocar alteraciones en la función del cuerpo lúteo.

Infecciones. En el caso de las infecciones bacterianas se dan por vía ascendente es de las causas más importantes.

Estrés psicológico. En la actualidad es un hecho cierto ya que el estrés produce alteraciones endocrinas e inmunológicas que producen patologías las cuales son factores que llevan al fin del embarazo. Todo esto depende de muchos factores como son:

- Esfuerzo físico. El levantar cosas pesadas tiene un riesgo relativo al aborto. El realizar deporte de resistencia llegan a ser un factor condicionante, así como la ocupación profesional que lleva día a día o el rol que lleva dentro del grupo social al que pertenece.
- La edad de la madre. Este es uno de los factores importantes sobre todo en mujeres que se embarazan en los extremos de la vida productiva.

- La nutrición se ha considerado algunos factores como hipoproteinemia y hipovitaminosis (A, C, E y B9).
- Mal control prenatal ya que no se toma los fármacos prescrito adecuadamente y esto ocasiona que en gran porcentaje no se tenga los requerimientos adecuados para que siga un proceso adecuado de embarazo, y es por eso que se desencadena el aborto.

2.5. Diagnóstico.

Es fundamental iniciar una historia clínica obstétrica completa acompañada de exploración física, con estudios de rayos x, laboratorios para corroborar el diagnóstico y a su vez determinar cuál es el tratamiento adecuado al proceso que lleva la paciente.

2.5.1. Historia clínica obstétrica.

A) interrogatorio:

1. Antecedentes Gineco- Obstétricos:

- Menarca o menarquía.
- Inicio de vida sexual (IVSA).
- Paridad (Número de gesta, si hubo abortos anteriores, cesárea y/o partos).
- Métodos anticonceptivos (Tiempo que los uso y de que tipo).
- Papanicolaou (Pap).

2. Antecedentes familiares

- Preguntar si hay carga hereditaria de enfermedades crónica degenerativa tales como diabetes, hipertensión, cáncer, cardiopatías, neuropatías entre otras.

3. Antecedentes personales:

- Quirúrgicos (fecha y tipo), traumáticos, infecciosos.
- Alérgicos.
- Tipo y grupo RH.
- Alteraciones endocrinas.

4. Padecimiento actual:

B) Exploración Física:

1. Signos vitales.

2. Cabeza y cuello.

3. Tronco.

4. Exploración ginecológica:

- Se pasa a la paciente en un cubículo privado procurando respetar su intimidad de la paciente se coloca en posición ginecológica previamente explicándole a la paciente que se le realizará un tacto vaginal.

1. Extremidades superiores e inferiores.
2. Hábitos higiénicos y nutricionales.

2.5.2. Examen de laboratorio.

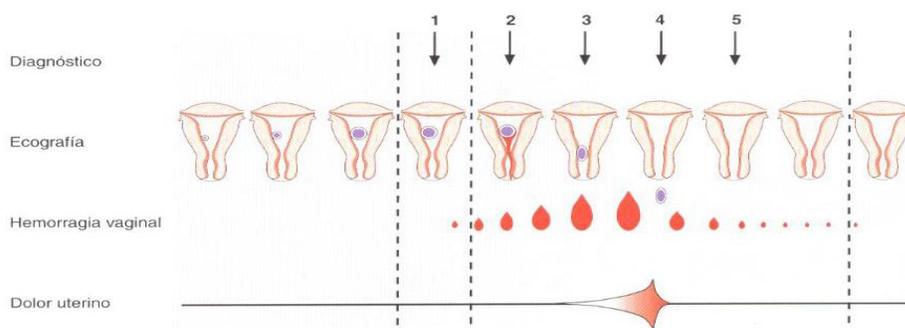
Se toma una muestra de sangre para realizar una biometría hemática para valorar los niveles de hemoglobina que tiene la paciente, tomando en cuenta que tiene una pérdida de sangre considerable para poder sospechar una disminución de ésta, así como una química sanguínea (glucosa), tiempos de coagulación en dado caso. Así se podrá actuar con tiempo evitando una posible complicación para la paciente en dado caso que se le tenga que realizar un procedimiento quirúrgico.

2.5.3. Ultrasonografía o Ecografía abdominal.

La Ultrasonografía es la exposición de un cuerpo a ondas acústicas en alta frecuencia donde las imágenes captadas son en el momento real, estas ondas emitidas en el monitor.

De acuerdo con Alfredo Pérez Sánchez (2003): El ultrasonido obstétrico proporciona imágenes del embrión, placenta, útero, ovarios los cuales se valoran. Cuando se valora a la paciente presentando signos y síntomas de un aborto espontáneo incompleto puede reportar algunos de los siguientes datos:

- Saco gestacional discordante a la edad gestacional.
- Saco gestacional con malformaciones, deformado o con bordes irregulares.
- Ausencia de embrión.
- Presencia de restos placentarios.



En la imagen sacada del libro Ginecología y Obstetricia clínicas de se muestra los hallazgos clínicos y ecográficos de un aborto. 1. La ecografía o ultrasonido puede mostrar frecuencia cardíaca fetal o tal vez el embarazo parezca inviable. 2. Comienza la hemorragia vaginal y el dolor. 3. El orificio cervical está abierto; el aborto es inevitable. 4. El saco gestacional es expulsado. 5. El dolor y la hemorragia suelen disminuir rápidamente.

2.6. Tratamiento.

Se trata de manera en que se busca el bienestar físico de la madre puesto que la pérdida del producto ya es definitivo pero el proceso presentado con características por las cuales la paciente acudió para su atención dentro de su tratamiento se encuentra la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino Instrumentado (LUI) acompañados de medidas generales.

2.6.1. Medidas generales.

De acuerdo con Roger P. Smith (2005): Se le debe de proporcionar apoyo psicológico por parte del personal de la salud procurando tranquilizar a la paciente, darle analgesia si lo necesita posteriormente de ser intervenida se le proporciona su dieta posterior a que se le pase el efecto de la anestesia se le proporciona su dieta.

2.6.2. Legrado uterino instrumentado.

Procedimiento quirúrgico que se le realiza a paciente que llevan en proceso de aborto espontáneo incompleto, se lleva a cabo un raspado uterino.

Según F. Gary Cunningham (2002) “El legrado uterino debe hacerse bajo anestesia general. Anestesiada la paciente y en posición ginecológica se procede a la exploración cuidadosa de aparato genital interno. Se colocan valvas vaginales y se pinza el labio anterior del cuello uterino con pinzas de garfios, y luego se tira de las mismas con el fin de enderezar el útero. A continuación, se mide con un histerómetro la cavidad uterina y se procede a la dilatación del cuello uterino mediante tallos de Hegar hasta lograr un grado de dilatación suficiente para producir los instrumentos. Si los restos son orificio, se extraen con pinzas de Winter. El legrado de las paredes del útero se realiza mediante una cucharilla (Legra) roma siguiendo un orden hasta conseguir la limpieza completa de la cavidad uterina”. (p. 259).



Imagen tomada de un legrado uterino instrumentado en la unidad Toco-quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud el día 16 de febrero del presente año de 12 a 13 semanas de gestación.

2.6.3. Aspiración manual Endouterina.

De acuerdo con Dr. Juan Aller y Dr. Gustavo Páges. (1999). (pp.525- 527). La aspiración manual endouterina se lleva a cabo por medio de una jeringa de aproximadamente 50 cm, la cual su función es extraer por medio de una cánula de Karma la cual es de tamaño pequeño relativamente puede ser rígida o flexible la cual es fácil de introducir al útero.

El procedimiento al igual que el legrado debe de realizarse bajo anestesia general y se realiza por succión.

La cánula se introduce con el orificio que está en el mango del instrumento dado que dificulta la introducción. Ya adentro de la cavidad uterina, se tapa el orificio del mango y se comienza con la práctica un movimiento en forma circular de adentro hacia afuera sin apoyarse demasiado en las paredes del útero evitando lesionarlas durante el proceso. Dicho procedimiento se debe de llevar a cabo de taparse la cánula. Si la canula llega a taparse se saca de cavidad y es limpiada fuera para volver a introducir nuevamente y continuar con el procedimiento.

2.7. Cuidados de Enfermería.

El personal de Enfermería juega un papel muy importante en el proceso ya mencionado puesto que se encuentra en contacto directo con la paciente joven que recurre al servicio para ser revisada y a su vez en el momento se le da a conocer el diagnóstico.

De acuerdo con Joelle Watson Hawkins y Loretta Pierfedeci.(1984): Cuando la paciente tiene que ser intervenida quirúrgicamente, previamente se le toman signos vitales y somatometria. Se le realiza una cuantificación de las pérdidas de sangre que ha llevado mediante el proceso que lleva y durante el procedimiento al igual mediante las gasas y compresas que se utilizan durante dicho proceso.

La mujer joven que ha presentado o experimentado la pérdida de su producto de manera espontánea necesita apoyo moral tanto de la familia, pareja y sobretodo del personal de salud que la atiende, proporcionándole un entorno cómodo el cual le ayuda a la aceptación de dicha pérdida evitando complicaciones que puedan afectar su salud en un futuro tanto físicamente como psicológicamente.

2.7.1. Cuidados Pre- quirúrgicos:

Según Elizabeth Stepp Gilbert y Judith Smith Harmon (2003).

1. “Vaciar la vejiga urinaria de la paciente antes del procedimiento.
2. Prestar atención al instaurar una vía intravenosa (i.v) para que la oxitocina se pueda administrar y facilitar las contracciones uterinas durante o después del procedimiento.
3. Si el cérvix no está dilatado, preparar el material con alguna técnica para la dilatación del cérvix.
4. Administrar un antiemético o analgésico, según lo indique.
5. Explicar las sensaciones que pueda aparecer durante el procedimiento.” (p.381).

2.7.2. Cuidados Post- quirúrgicos.

El personal de enfermería debe de llevar una serie de cuidados después del procedimiento al que ha sido sometida:

1. Vigilar signos vitales (Principalmente Tensión arterial y temperatura).

2. Enseñar la importancia de cambio constante de apósito o toalla sanitaria así como aseo de genitales
3. Vigilar sangrado transvaginal así como la involución uterina.
4. Proporcionar instrucciones y dar a resaltar la importancia de llevar una dieta diaria libre de grasa y rica en proteínas y hierro.

2.7.3. Intervención del personal durante el duelo.

Durante el aborto y el procedimiento quirúrgico al que es sometida la paciente lleva un proceso de duelo junto con su pareja, es por ello que el personal de Enfermería está capacitado para proporcionar el apoyo psicológico en dicho momento llevando a cabo una serie de puntos a seguir valorando el estado de ánimo de la pareja.

1. La pareja experimenta el duelo donde no saben cómo reaccionar y en algunos casos es cuando empiezan los conflictos porque uno a otro se culpan de lo que ha sucedido.
2. Se debe de animar a la pareja que a pesar de haber experimentado dada pérdida no es un factor para que se vuelva a presentar.
3. Se le proporciona confianza e inclusive se le puede mostrar de manera significativa.
4. Comentar a la pareja la importancia de dejar pasar un tiempo para volver a pensar en volverse a embarazar aproximadamente deben esperarse seis meses antes de volverse a embarazar, esto para evitar que se vuelva a presentar de nuevo un aborto.

El proceso de aborto debe de ser atendido en cuanto se diagnostique así como la resolución de éste se debe hacerse lo más pronto posible, para evitar complicaciones que puedan afectar la vida de la paciente.

A su vez el personal de Enfermería durante el proceso de diagnóstico y tratamiento debe proporcionar apoyo emocional combinado con los cuidados de enfermería que le dan de acuerdo a las necesidades que presenta en dicho momento.

OBJETIVO GENERAL:

Comprobar que la edad joven entre 15 - 20 años de la madre es una condicionante para desencadenar un aborto espontaneo incompleto en el primer trimestre del embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Clasificar cuantas amenazas de aborto llegan a presentarse en aborto espontaneo incompleto.
- Determinar cuántas mujeres de 15 - 20 años presentan aborto espontaneo incompleto.
- Confirmar que existe relación entre la edad joven de la madre entre 15- 20 años y la frecuencia de abortos para presentar un aborto espontaneo incompleto.
- Conocer cuántos legrados por aborto espontaneo incompleto se dieron en la madre de entre 15 - 20 años en el primer trimestre del embarazo.

HIPÓTESIS.

Es una condicionante la edad joven entre 15 – 20 años de la madre para desencadenar un aborto espontaneo incompleto en el primer trimestre del embarazo.

JUSTIFICACIÓN.

Debido a que las relaciones sexuales sin protección están a la orden del día en mujeres jóvenes de 15 a 20 años de edad se tiene por consiguiente resultados como embarazos y en algunos caso no deseados; los cuales a esa edad se llegan a

considerar embarazos de alto riesgo, es por eso la importancia de hacer hincapié en informar a la pareja joven para prevenir un aborto dándole a conocer los cuidados que deben de llevar durante su embarazo orientándolos en el tipo de alimentación que debe de llevar incluyendo la ingesta de vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas, etc.

En el caso de haber antecedentes de abortos anteriores informarle el riesgo que corre el embarazarse en un lapso corto de tiempo; de ser lo contrario darle a conocer las medidas que debe de tomar para evitar que vuelva a suceder dicho acontecimiento incluyendo sus cuidados, alimentación, signos y síntomas de alarma que relacionen con una amenaza de aborto, los cuales justifiquen o crean necesaria una revisión médica y cuidados específicos para así evitar la frecuencia de abortos.

Si se llega a presentar un aborto es relevante darle a conocer a la pareja el diagnóstico al cual se llega después de una revisión ginecológica incluyendo la explicación del procedimiento (Quirúrgico aunado con la administración de fármacos y cuidados específicos), que se tiene que llevar a cabo, para así mismo evitar poner en riesgo la vida de la madre joven inclusive llegar a evitar complicaciones gineco-obstetricas por una evolución prolongada de dicho suceso.

Ahora bien el aborto es la interrupción del embarazo cuando el producto de la concepción todavía no es viable. El aborto espontaneo es la expulsión del producto o los productos de la concepción antes de iniciar el segundo trimestre de gestación sin que se siga un método deliberado para ello.

En la mayor parte de los casos, éste es un proceso incompleto que requiere la extracción de los residuos placentarios mediante instrumentos con técnica estéril, además muchas pacientes tienen antecedentes de aborto.

La hemorragia uterina, dolor, cólico hipogástrico (contracciones uterinas) constituyen los signos y síntomas más sobresalientes ante la sospecha de un aborto espontáneo

en evolución. Las complicaciones mas graves pueden llegar a ser desde infecciones, hemorragias e inclusive esterilidad.

Por otra parte en la mayor parte de los casos es imposible obtener una información fidedigna respecto a antecedentes y éstos tal vez carezcan de etiología determinada; independientemente de los factores causales la paciente siempre requiere de estas al cuidado del más experto.

El motivo de este trabajo es informar a las parejas jóvenes sobre todo a la mujer la importancia que tiene e prevenir un embarazo a una edad temprana y resaltar los cuidados que deben de tener si se presenta el embarazo para evitar a un aborto espontaneo; esto se llevará a cabo proporcionándole una educación más clara a la comunidad en general, adecuándola a la edad a la que va dirigida dicha información.

En el presente capítulo se describe la metodología utilizada para la realización de la presente tesis, así como el instrumento utilizado, tipo de estudio, universo y muestra.

3.1. Metodología.

En la presente investigación de tipo cualitativo se describirá como la edad es un factor condicionante para desencadenar un aborto espontáneo incompleto en las salas de obstetricia del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que se encuentra situado en la ciudad de Morelia, Michoacán, así como la aplicación de una encuesta de 26 preguntas, donde se les interroga a mujeres que presentaron un aborto espontáneo incompleto; los resultados arrojados se presentarán en forma de conclusiones para después graficar por medio de porcentajes.

3.2. Tipo de estudio. Es un criterio descriptivo – analítico dado que se describe el problema que se presenta en mujeres jóvenes de 15 – 20 años que es el aborto espontáneo incompleto y se analiza el por qué de dicho problema.

3.3. Sujetos a estudiar.

Para realizar esta investigación los principales sujetos serán mujeres de 15- 20 años que han presentado un aborto espontáneo incompleto o está presentado un aborto espontáneo incompleto espontáneo.

3.3.1. Universo.

Mujeres de 15- 20 años que han presentado aborto espontáneos incompletos.

3.3.2. Muestra.

41 mujeres de 15- 20 años.

Paradigma de tipo: Cualitativo.

Tipo de método utilizado: Inductivo.

El tipo de investigación: Mixta, documental y aplicada.

Técnica de muestreo: Probabilística, aleatorio simple.

3.4. Confiabilidad y validez.

El instrumento usado se valió mediante un pilotaje previo y con una confiabilidad del 95% basado en las diferentes teorías utilizadas en el marco teórico.

3.5. Técnica utilizada.

Se utilizó encuesta en mujeres de 15- 20 años que hayan presentado aborto espontaneo incompleto.

Fórmula.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

Significado de valores.

n= Tamaño de la muestra.

Z= Consecuencia del tamaño de muestra.

e= Margen de error aceptado.

p= Probabilidad de éxito.

q= Probabilidad de fracaso.

N= Tamaño de población

Sustitución.

n= Tamaño de la muestra.

$$Z= 1.96$$

$$e= 0.05$$

$$p= 17/20 = 0.85$$

$$q= 3/20 = 0.15$$

$$N= 41$$

Desarrollo de la fórmula.

$$n= \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15) (41)}{(0.05)^2 (41) + (1.96)^2 (0.85) (0.15)}$$

$$n= \frac{(3.84) (0.85) (0.15) (40)}{(0.01025) + (3.84) (0.85) (0.15)}$$

$$n= \frac{20.08196}{0.5921}$$

$$n= 34$$

Grafica 1.

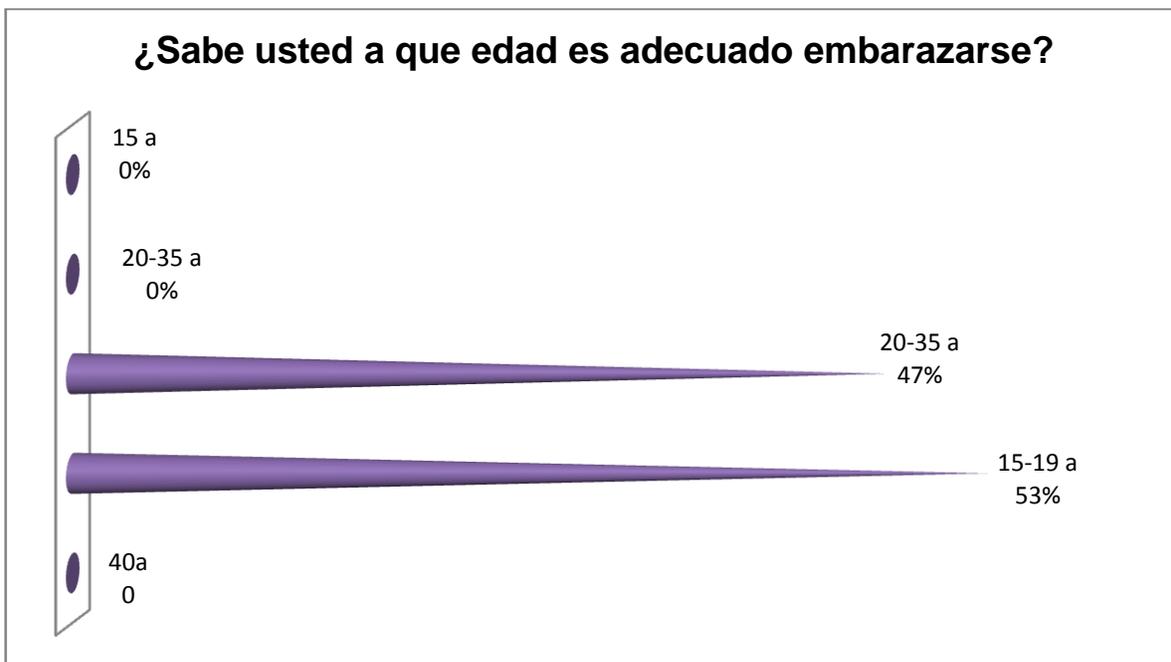


DATOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	20 AÑOS
TOTAL	2	5	6	9	5	5
PORCENTAJE	6%	15%	18%	26%	15%	21%

Descripción. En esta grafica se puede observar que el 26% de las mujeres encuestadas fueron mujeres de 18 años, el otro 21% de 20 años, el 18% tiene 17 años, el 15% con 16 años y el menor porcentaje es 6% que tienen 15 años.

Interpretación. El mayor porcentaje de las mujeres que fueron encuestadas y que han presentado un aborto espontáneo incompleto se presenta en mujeres 18 años y 20 años de edad.

Grafica 2.



DATOS	-15 A	15-19 A	20-35 A	36-40 A	40 ^a
TOTAL	0	18	16	0	0
PORCENTAJE	0%	53%	47%	0%	0%

Descripción. En esta grafica el 53% dicen que de 15. 19 años y el otro 47% de entre 20- 35 años, los demás parámetros aportaran cero %.

Interpretación. Las mujeres que fueron encuestadas creen que la edad adecuada para embarazarse es entre los 15 y 19 años lo cual muestra que las jóvenes de la actualidad confunden el que su cuerpo se empieza a desarrollarse por completo a partir en dichas edades.

Grafica 3.

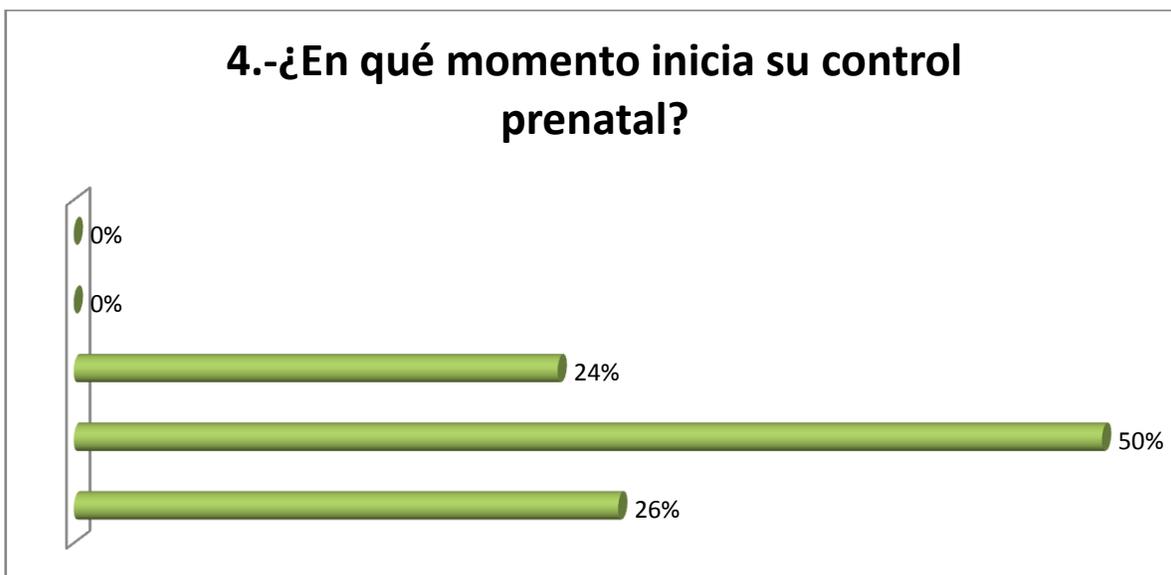


DATOS	1ER RETRASO	2DO RETRASO	3ER RETRASO
TOTAL	9	17	8
PORCENTAJE	26%	50%	24%

Descripción. El 50% de las mujeres encuestadas se enteran en el segundo retraso, el 26% en el primero y el 24% en el tercer retraso.

Interpretación. La mayoría de las mujeres encuestadas se dan cuenta que están embarazadas en el segundo retraso de su menstruación y es cuando inician su control prenatal, la mayoría menciona que es porque no le dan importancia pues creen que es normal que se les atrase un o hasta dos o tres meses.

Grafica 4.



DATOS	1ER. MES	2DO. MES	3ER. MES	4TO. MES	5TO. MES
TOTAL	9	17	8	0	0
PORCENTAJE	26%	50%	24%	0%	0%

Descripción. El 50% inician su control prenatal en el segundo mes, el 26% en el primer mes y el 24% en el tercer mes.

Interpretación. La mayoría de la mujeres encuetadas muestran que llevan a cabo su control prenatal en el segundo mes ya que mencionan que ignoran el estar embarazadas y se enteran asta dicho mes de retraso.

Grafica 5.



DATOS	SI	NO
TOTAL	32	2
PORCENTAJE	94%	6%

Descripción: El 94% de las mujeres responde que sí a la anterior pregunta y el otro 6% que no.

Interpretación. La mayoría de la mujeres responde que su cuerpo en general y sobretodo su aparato reproductor se encuentra en óptimas condiciones para tener un embarazo sin tener complicaciones y la minoría respondió que no ya que se consideran demasiado pequeñas para presentar un embarazo.

Grafica 6.

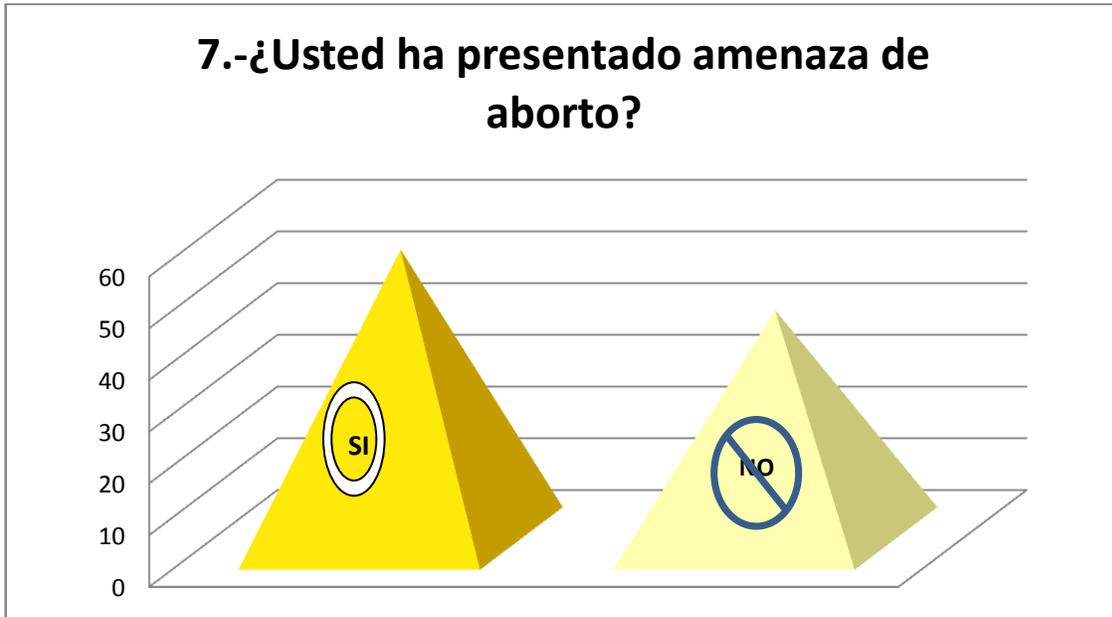


DATOS	SI	NO
TOTAL	31	3
PORCENTAJE	91%	9%

Descripción. El 91% respondió que si sabe en que consiste una amenaza de aborto y el otro 9% que no.

Interpretación. El mayor porcentaje de las mujeres que fueron encuestadas respondieron que si tienen conocimientos fijos de en que consiste una amenaza de aborto y pocas son las que sólo tienen alguna noción más no cuenta con toda la información para saber en que consiste.

Grafica 7.



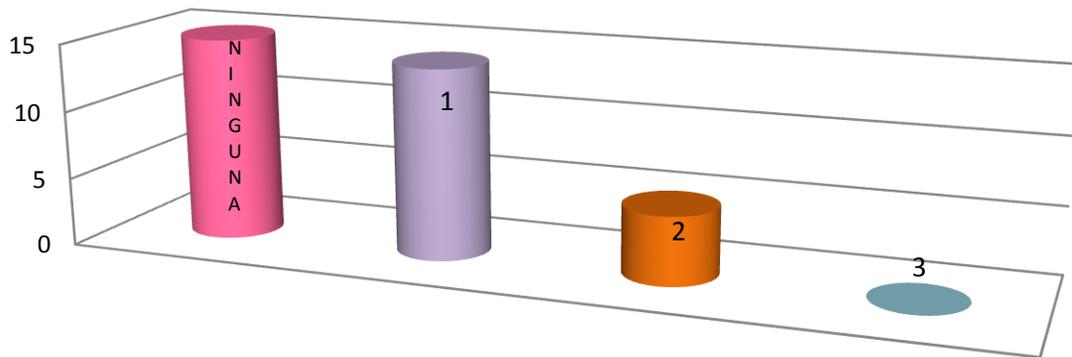
DATOS	SI	NO
TOTAL	19	15
PORCENTAJE	56%	44%

Descripción. El 56% respondieron que si han presentado amenaza de aborto y el otro 44% respondió que no.

Interpretación. La mayoría de las mujeres que fueron encuestadas han presentado una amenaza de aborto durante su embarazo o alguno de sus embarazos que anteriormente presentó.

Grafica 8.

8.-¿ Cuántas amenazas de aborto ha tenido?

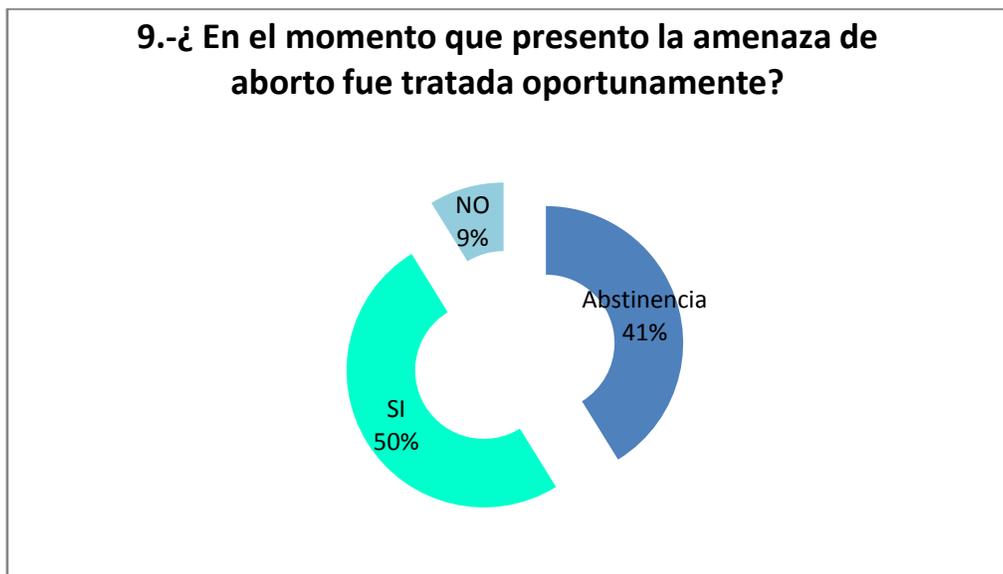


DATOS	NINGUNA	1	2	3
TOTAL	15	14	5	0
PORCENTAJE	44%	41%	15%	0%

Descripción. El 44% respondió que no ha presentado que ninguna, el 41% solo una, el 15% 2 amenazas de aborto.

Interpretación. El 44% de las mujeres encuestadas no han presentado amenaza de aborto ya que en su mayoría sólo se les presenta un aborto espontaneo incompleto el cual ya lleva proceso, el otro 41% si presentan amenaza de aborto.

Grafica 9.



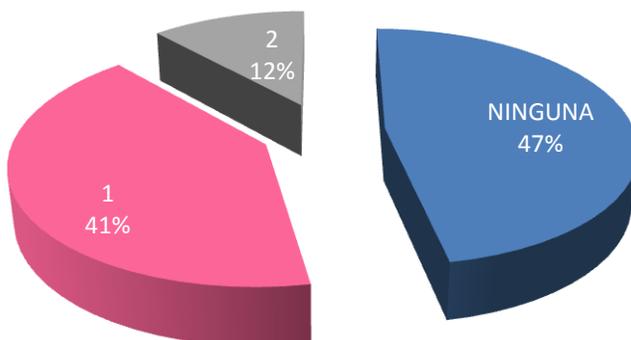
DATOS	SI	NO	ABSTINENCIA
TOTAL	17	3	14
PORCENTAJE	50%	9%	41%

Descripción. El 50% respondió que sí fue tratada oportunamente cuando presento una amenaza de aborto, el 41% se abstuvo en responder la pregunta y el 9% respondió que no fue atendida oportunamente.

Interpretación. El 50% de las mujeres encuestadas fueron atendidas oportunamente cuando presentaron amenaza de aborto ya que al presentar síntomas acuden rápidamente para a su atención en un nosocomio.

Grafica 10.

10.- ¿Cuántas de las amenazas de aborto de las que ha presentado terminan en aborto?



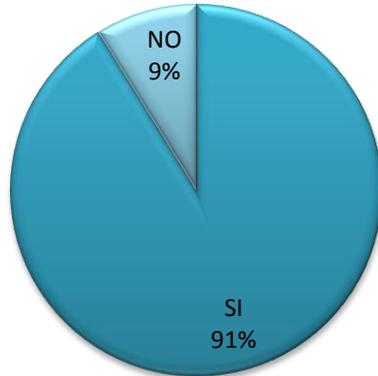
DATOS	NINGUNA	UNA	DOS	TRES
TOTAL	16	14	4	0
PORCENTAJE	47%	41%	12%	0%

Descripción. El 47% no han presentado amenaza de aborto y el 41% presentaron una amenaza de aborto y el otro 12% dos amenazas de aborto.

Interpretación. Las mujeres que han presentado amenazas de aborto en su mayoría se llegan a dar cuenta cuando ésta presenta signos y síntomas de dicho proceso que llegan a ser demasiado tarde atendidos, puesto que la mala información con la que cuenta es demasiada y lo confunde con un descontrol de su menstruación.

Grafica 11.

11.- ¿Conoce algún tipo de aborto?

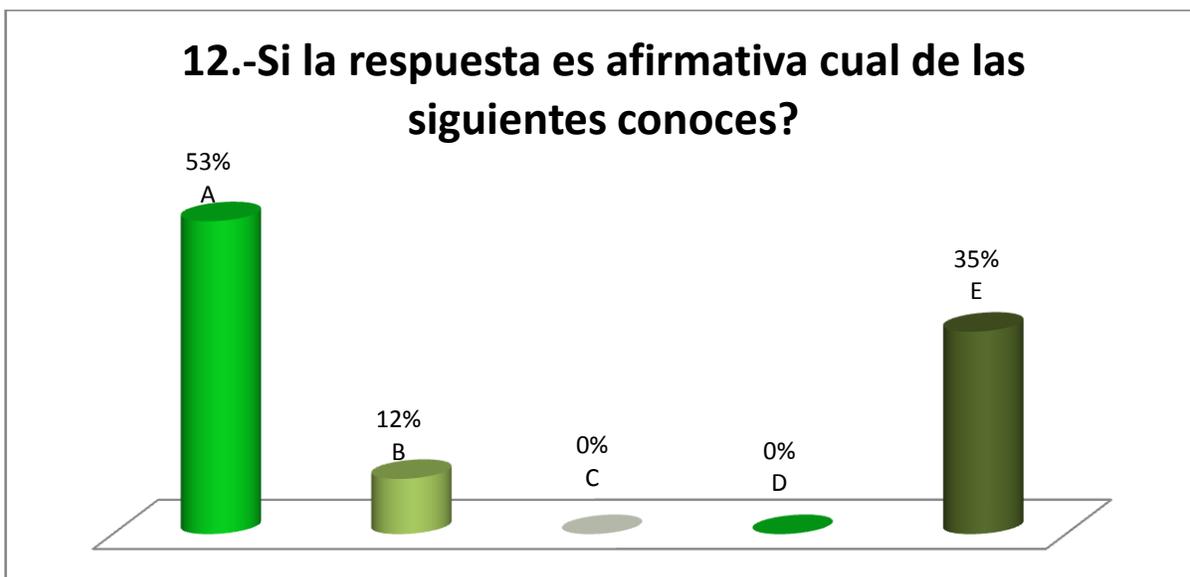


DATOS	SI	NO
TOTAL	31	3
PORCENTAJE	91%	9%

Descripción. El 91% contestó que si conoce algún tipo de aborto y el otro 9% solo tiene la noción pero aún así ignoran que sea o en que consiste y que sirve para diferenciarlo en su totalidad.

Interpretación. La mayoría de las personas conocen algún tipo de aborto, eso nos comprueba que las jóvenes embarazadas están conscientes en que consiste una amenaza de aborto.

Grafica 12.

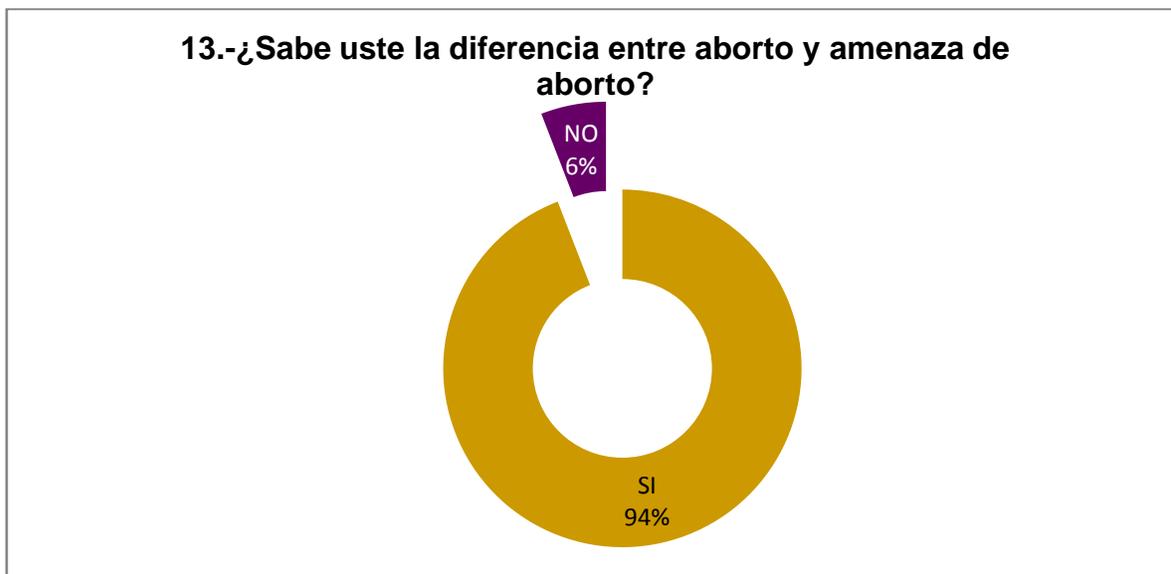


DATOS	A)A.ESPONTA-NEO INC.	B)A.PROVO-CADO	C)A.SEPTI-CO	D)A.INEVITA-BLE	E) TODOS LOS ANT.
TOTAL	17	3	0	0	14
POCENTAJE	53%	12%	0%	0%	35%

Descripción. El 53% de las encuestadas conocen el aborto espontaneo, el 35% todos los mencionados y el 12% tan sólo el provocado.

Interpretación. La mayoría de las mujeres encuestadas tienen el conocimiento de los tipos del aborto y en que consisten ya que mencionan ser conocidos por que en la escuela se les mencionó dicho proceso, esto es lo que ayuda a que en dado momento se entiendan lo más pronto posible.

Grafica 13.



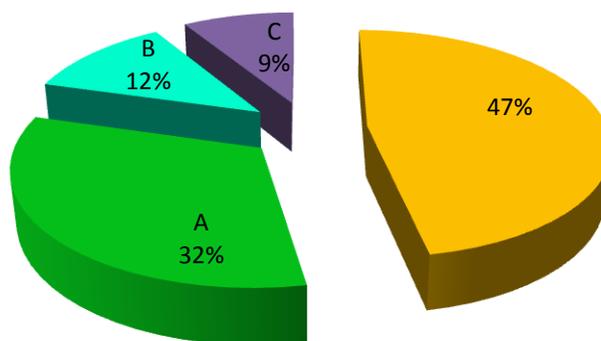
DATOS	SI	NO
TOTAL	32	2
PORCENTAJE	94%	6%

Descripción. El 94% sabe la diferencia entre amenaza y aborto y el otro 6% desconocen dicha diferencia.

Interpretación. El mayor porcentaje de las mujeres jóvenes que fueron encuestadas conocen en que consiste la amenaza de aborto y un aborto lo cual les ayuda a diferenciar, desgraciadamente en menor porcentaje pero importante se observa que desconocen la diferencia, este desconocimiento se observa porque a su corta edad presenta un embarazo donde no se les orienta como llevaron con un buen control prenatal.

Grafica 14.

14.-¿En el momento que presentó amenaza de aborto fue tratada por un médico oportunamente?

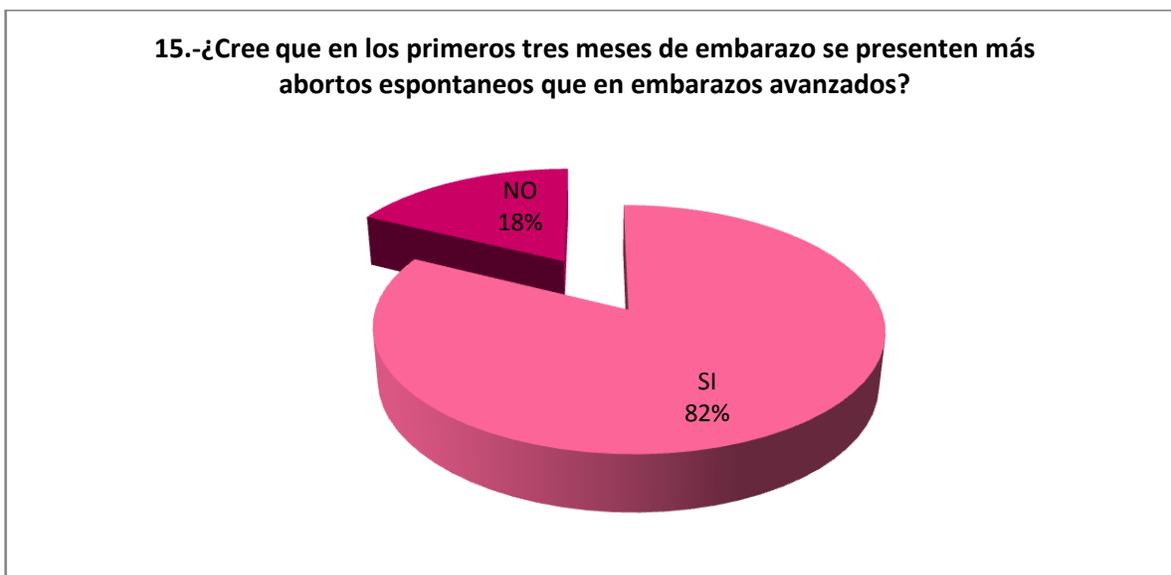


DATOS	A)SI EN SU TOTALI-DAD	B)EN SU MAYORIA	C)EN ALGUNAS OCASIONES	D)NO HAN PRESENTADO
TOTAL	11	4	3	16
PORCENTAJE	32%	12%	9%	47%

Descripción. El 47% no han presentado, el 32% fueron tratadas en su totalidad el otro 12 % fue tratada en la mayor brevedad posible y el otro 9% en algunas ocasiones.

Interpretación. En el momento que presentaron amenaza de aborto la mayoría de las mujeres fueron atendidas en su totalidad puesto que se dieron cuenta y de inmediato acudieron la estancia más cercana para ser atendidas por el personal médico- enfermero que previamente les había mencionado los datos de alarma y por lo cual en el momento que se presentará deberían ser entendidas, más sin embargo en el menor porcentaje dicen no haber tomado mucha importancia ya que desconocían estar embarazadas.

Grafica 15.



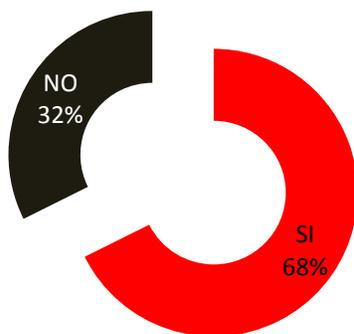
DATOS	SI	NO
TOTAL	28	6
PORCENTAJE	82%	18%

Descripción. El 82% creen que los primeros tres meses de embarazo se presentan más embarazos el otro 18% creen que no es así.

Interpretación. De acuerdo con su conocimiento las mujeres jóvenes que fueron encuestadas dicen que los primeros tres meses es cuando deben de tener más cuidado ya que son los meses más delicados porque es cuando el bebé se implanta en el útero donde se desarrollará el resto del embarazo sin embargo, el menor porcentaje de las encuestas mencionan que no en el primer trimestre; si no en todo el embarazo se puede presentar complicaciones las cuales desencadenen un aborto.

Grafica 16.

16.-¿De las mujeres jóvenes que se embarazan entre los 15-20 a son mas propensas a desencadenar un aborto espontaneo?



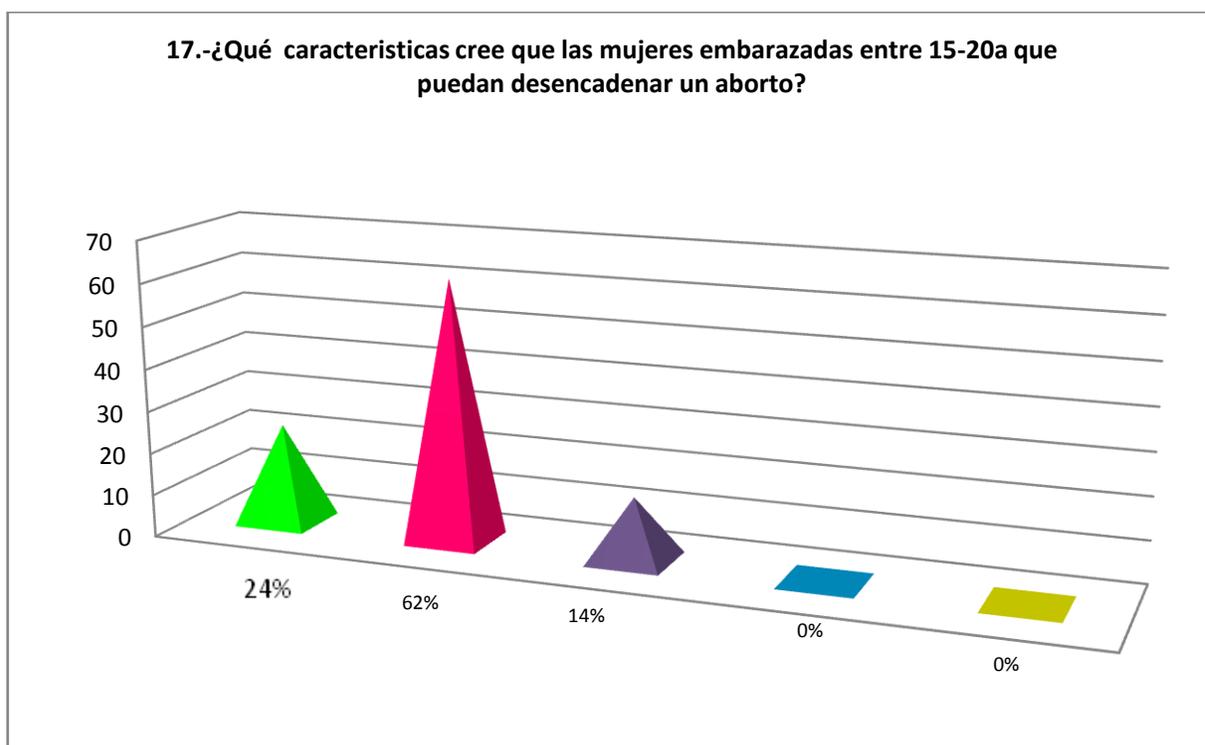
DATOS	SI	NO
TOTAL	23	11
PORCENTAJE	68%	32%

Descripción. El 68% creen ser más propensas a desencadenar un aborto espontaneo el otro 32% dice no estarlo.

Interpretación. En gran porcentaje las mujeres jóvenes que se embarazan de 15- 20 años son más propensas a desencadenar un aborto espontaneo ya que su cuerpo está en pleno desarrollo y al iniciar un embarazo ponen en riesgo dicho proceso ya que su organismo está en pleno desarrollo.

Sin embargo, al presentar su embarazo debe tomar los cuidados y precauciones de acuerdo a la edad materna y de gestación.

Grafica 17.



DATOS	FALTA DE INFORMACION	B)LA EDAD	C)LA MALA HIGIENE	D)INMADUREZ DEL APARATO REPRODUCTOR	E)TODOS LOS ANTERIORES
TOTAL	8	21	5	0	0
PORCENTAJE	24%	62%	14%	0%	0%

Descripción. El 62% cree que la edad es una de las características para desencadenar un aborto espontáneo en mujeres jóvenes entre 15- 20 años, el 24% cree que la mala información, el 14% la mala higiene.

Interpretación. La edad es una de las características por las cuales las mujeres jóvenes de entre 15- 20 años presentan un aborto espontáneo ya que su cuerpo u organismo no está en condiciones para mantener un embarazo a temprana edad ya que se encuentra en completo desarrollo por su parte la mala información que adquieren pues confunde mucho su educación sexual y es por ello que no llevan un buen control y es cuando se desencadena un aborto; la mala higiene es otra característica ya que al no tener cuidado personal esta propensa a adquirir una infección y esta a su vez desencadenar un aborto.

Grafica 18.

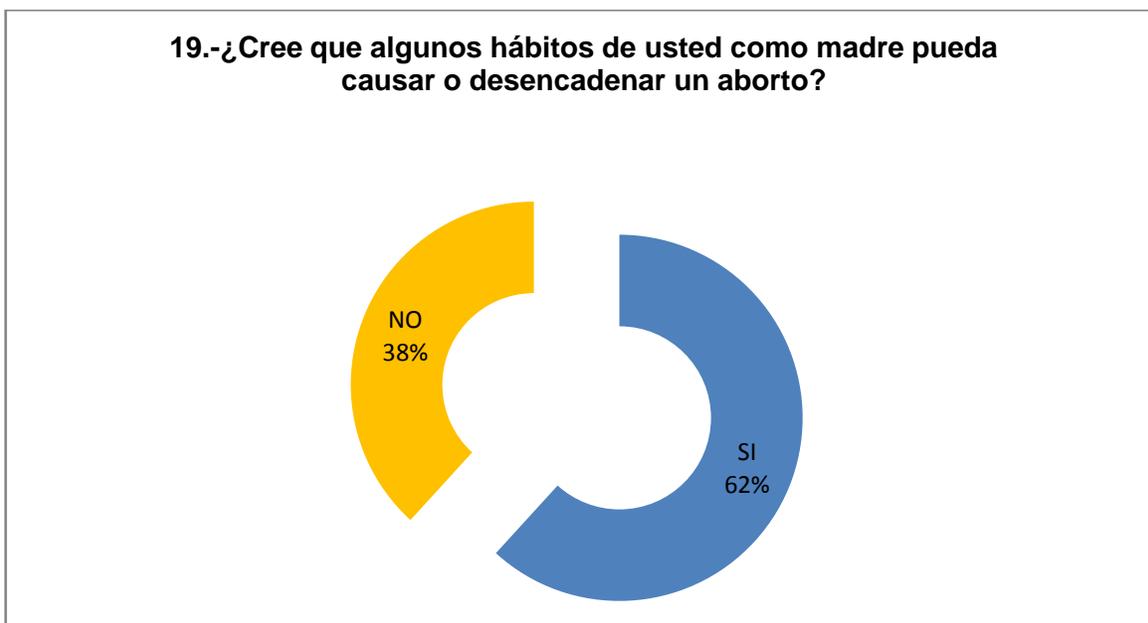


DATOS	SIEMPRE	B)CASI SIEMPRE	C)ALGUNAS VECES	D)CASI NUNCA	E)NUNCA
TOTAL	14	15	5	0	0
PORCENTAJE	41%	44%	15%	0%	0%

Descripción. El 44% considera que casi siempre lleva los cuidados necesarios durante el embarazo, el 41% dice que siempre ha llevado los cuidados adecuados durante el embarazo y el 15% sólo algunas veces.

Interpretación. En la actualidad las mujeres jóvenes se les es difícil llevar los cuidados adecuados para el embarazo por lo que en su mayoría tratan de llevarlos para evitar alguna complicación sin embargo, no es suficiente porque se llegan a descuidar por el estilo de vida que llevan.

Grafica 19.



DATOS	SI	NO
TOTAL	21	13
PORCENTAJE	62%	38%

Descripción. El 62% cree que algunos hábitos que lleva como madre puede desencadenar un aborto y el otro 38% dice que no.

Interpretación. Las mujeres jóvenes como madres están conscientes que algunos de sus hábitos en el embarazo se deben de modificar para evitar desencadenar alguna complicación como el aborto.

Grafica 20.

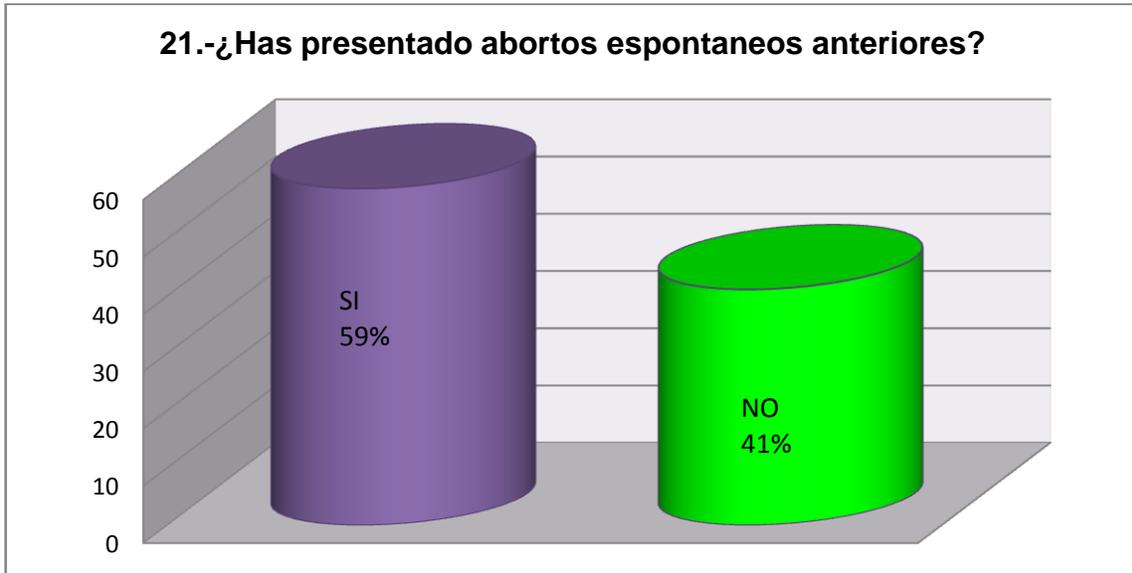


DATOS	SI	NO
TOTAL	28	6
PORCENTAJE	82%	18%

Descripción. El 82% de las mujeres opinan que es menos probable tener un aborto si se lleva un buen control prenatal y el otro 18% dice que no tiene nada que ver.

Interpretación. Al llevar un buen control prenatal se puede evitar un gran porcentaje el que se desencadenen abortos puesto que se está llevando un buen control, sin embargo aún hay mujeres que creen que no tiene mucho que ver el control prenatal.

Grafica 21.



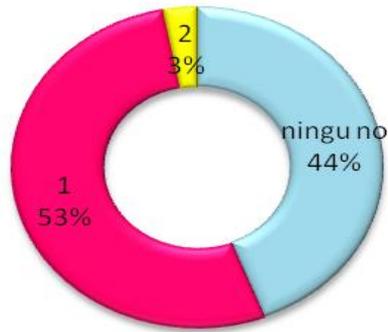
DATOS	SI	NO
TOTAL	20	14
PORCENTAJE	59%	41%

Descripción. El 59% si ha presentado abortos espontáneos anteriores el otro 41% no han presentado anteriores.

Interpretación. La mayoría de las mujeres encuestadas ya han estado embarazadas y a su vez presentado abortos anteriores y en menor porcentaje no han presentado su primer embarazo.

Grafica 22

22.-¿Cuántos abortos espontaneos has presentado?



DATOS	1	2	3	NINGUNO
TOTAL	18	1	15	0
PORCENTAJE	53%	3%	0%	44%

Descripción. El 53% han presentado un sólo embarazo y el 44 no ha presentado anteriores y el 3% sólo dos.

Interpretación. La mayoría de las encuestadas ya han tenido la experiencia de presenta un aborto espontaneo incompleto, en algunas ocasiones es la primera vez que presentan un aborto y se encuentran en una gran confusión.

Grafica 23.



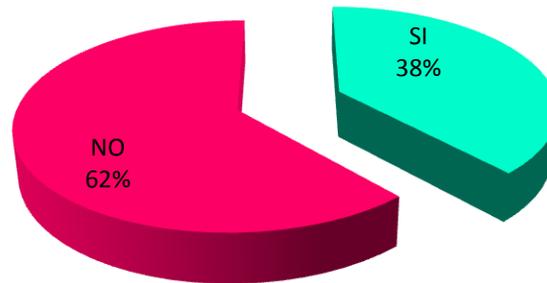
DATOS	1	2	3	NINGUNO
TOTAL	18	1	0	15
PORCENTAJE	53%	3%	0%	44%

Descripción. El 53% de las mujeres jóvenes se les ha realizado un legrado por presentar un aborto, el 44% no se les ha realizado procedimiento quirúrgico y el 3% se les ha realizado dos legrados.

Interpretación. El legrado uterino es el procedimiento más común al presenta un aborto espontaneo incompleto aunque en algunas ocasiones sólo se les proporciona un tratamiento a base de antibióticos junto con reposo y es el único tratamiento que reciben.

Grafica 24.

24.-¿Ya que tuvo un aborto piensa que le pueda a volver ocurrir otro?

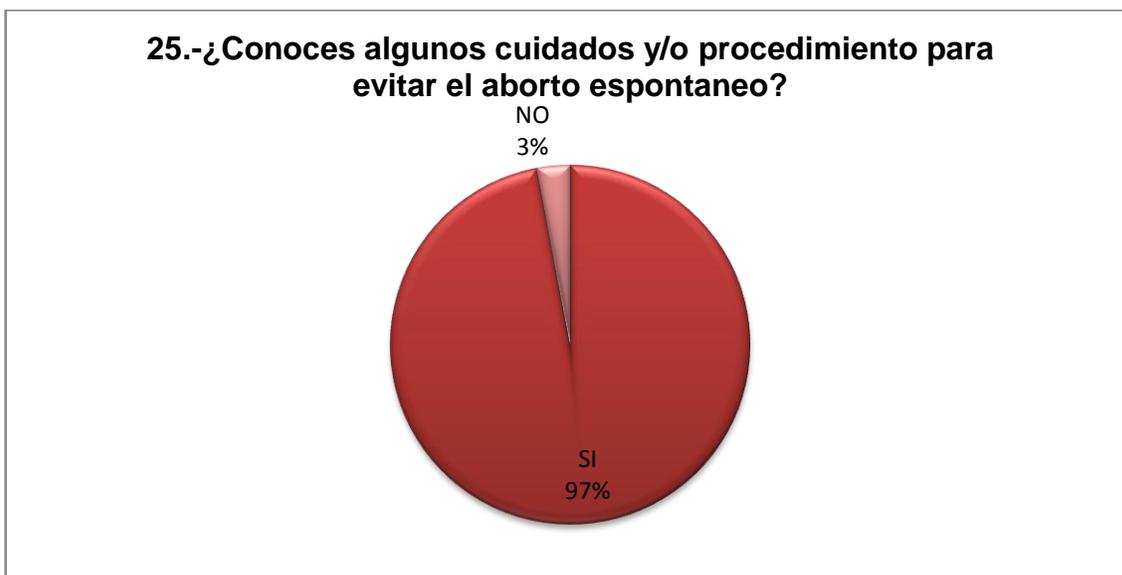


DATOS	SI	NO
TOTAL	13	21
PORCENTAJE	38%	62%

Descripción. El 62% cree que no por haber presentado un aborto pueda volverle a suceder otro y el 38% cree que sí puede llegarle a volverle a suceder.

Interpretación. Aunque presente un aborto las mujeres no creen que les pueda volver a suceder otro por haber ya presentado uno sin embargo, en un menor porcentaje que han con el temor de que les pueda volver a suceder.

Grafica 25.

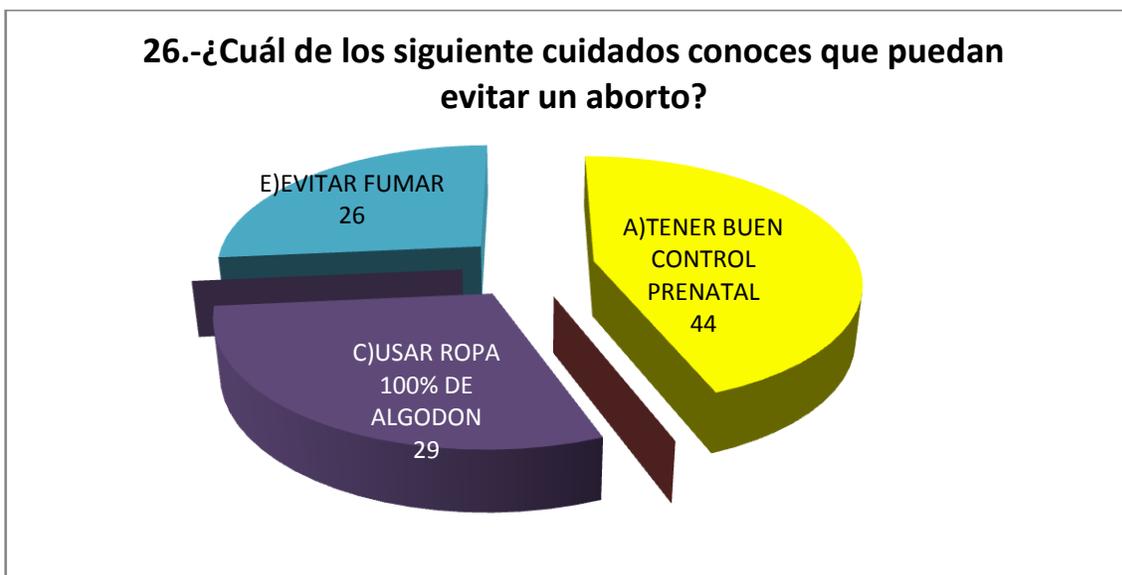


DATOS	SI	NO
PORCENTAJE	97%	3%
TOTAL	33	1

Descripción. El 97% si conoce algún procedimiento para evitar un aborto espontaneo y solo el 3% no conoce alguno.

Interpretación. En la actualidad es rara la mujer que no conoce algún procedimiento que pueda ayudar a evitar un aborto espontaneo, ya que mencionan que dichos procedimientos en la mayoría de los casos son inculcados por anteriores generaciones (Madre, abuelas, amigas, etc.).

Grafica 26.



DATOS	A	C	E
PORCENTAJE	44%	29%	27%
TOTAL	44	29	26

Descripción. 44 de las mujeres que fueron encuestadas dicen que el llevar un buen control prenatal puede evitar un aborto, el 29 de las 34 mujeres encuestadas el usar ropa 100% de algodón y el 26 creen que el evitar fumar y estar cerca de personas que fuman.

Interpretación. En primer lugar el tener un buen control prenatal es uno de los cuidados más importantes para evitar un aborto espontaneo incompleto, en segundo se cree que el usar ropa de 100% de algodón es uno de los cuidados importantes ya que esto ayuda a evitar infecciones las cuales desencadenan abortos y en tercer lugar el evitar fumar o estar cerca de personas que fumen (fumadores pasivos) es uno de los tantos cuidados que deben de tener durante el embarazo para evitar un aborto o complicación en el embarazo.

Conclusión.

En base a la pregunta de investigación así como de la hipótesis establecida, se puede concluir, que la edad de entre 15-20 años en mujeres jóvenes embarazadas es un factor importante para desencadenar un aborto espontaneo incompleto.

En su mayoría la mal interpretación de la información que se les proporciona suele confundirla en el caso de que al pensar que ya se encuentran dentro el rango de la vida reproductiva quiere decir que su aparato reproductor está en perfectas condiciones para poder llevar a cabo un embarazo sin alguna complicación.

En cuanto al objetivo general se determinó que la edad de la madre para desencadenar un aborto espontaneo incompleto si es uno de los principales factores, ésto se debe a la inmadurez de su aparato reproductor y a la mala educación sobre la sexualidad que se tiene en la juventud, a pesar de que ya se encuentran medios por los cuales hasta por ellas mismas se pueden informar o por otra lado lo toman como escudo para iniciar su vida sexual a temprana edad, pero no para tener la precaución de evitar el embarazo por medio de un método anticonceptivo acorde a su edad.

Por todo lo anteriormente ya mencionado nuestra hipótesis es válida porque se comprobó y da respuesta real a la pregunta de investigación la cual se evidencia al concluir que la edad materna es uno de los principales factores para desencadenar un aborto espontaneo incompleto.

INSTRUCTIVO: Conteste el siguiente cuestionario de acuerdo a su criterio, la información adquirida será usada para la construcción de una tesis, se le agradece de la manera más atenta, sus respuestas serán anónimas.

NOMBRE: _____

1. ¿Qué edad tiene usted?

2. ¿Sabe usted a qué edad es adecuado embarazarse?

- A) -15 Años.
- B) 15-19 Años
- C) 20- 35 Años
- D) 36-40 Años
- E) +40 Años

3. ¿En qué etapa se entero de sus embarazos?

- A) PRIMER RETRASO
- B) SEGUNDO RETRASO
- C) TERCER RETRASO

4. ¿En qué momento inicia su control prenatal?

- A) PRIMER MES
- B) SEGUNDO MES
- C) TERCER MES
- D) CUARTO MES
- E) QUINTO MES

5. ¿Considera que su aparato reproductor esté en condiciones necesarias para tener un embarazo?

SI

NO

6. ¿Sabe usted en qué consiste una amenaza de aborto?

SI

NO

7. ¿usted ha presentado amenazas de aborto?

SI

NO

8. ¿Cuántas amenazas de aborto ha tenido?

9. ¿En el momento que presento la amenaza aborto fue tratada oportunamente?

SI

NO

10. ¿Cuántas de las amenazas de abortos de las que ha presentado terminan en aborto?

11. ¿Conoce algún tipo de aborto?

SI

NO

12. Si la respuesta es afirmativa, ¿ Cuáles de los siguiente conoces?

A) Aborto espontaneo incompleto.

- B) Aborto provocado.
- C) Aborto séptico.
- D) Aborto inevitable.
- E) Todos los anteriores.

13. ¿Sabe usted la diferencia entre aborto y amenaza de aborto?

SI

NO

14. ¿En el momento que presento amenazas de aborto fue tratada por un médico oportunamente?

- A) Si en su totalidad.
- B) En su mayoría.
- C) En algunas ocasiones.
- D) Casi nunca.
- E) Nunca.

15. ¿Cree que en los primeros tres meses de embarazo se presenten mas abortos espontáneos que en embarazos avanzados?

SI

NO

16. ¿De las mujeres jóvenes que se embarazan entre los 15- 20 años son más propensas a desencadenar un aborto espontaneo?

SI

NO

17. ¿Qué características cree que las mujeres embarazadas entre 15- 20 años puedan llegar a desencadenar un aborto?

- A) Falta de información
- B) La edad.
- C) La mala higiene.
- D) Inmadurez del aparato reproductor.
- E) Todos los anteriores.

18. ¿Considera que el no llevar los cuidados necesarios durante el embarazo sea un riesgo que provoque un aborto?

- A) Siempre.
- B) Casi siempre.
- C) Algunas veces
- D) Casi nunca.
- E) Nunca.

19. ¿Cree que algunos hábitos de usted como madre pueda causar o desencadenar un aborto?

SI

NO

20. ¿Opina que sea menos probable tener un aborto si se lleva a cabo un buen control prenatal?

SI

NO

21. ¿Ha presentado abortos espontáneos anteriores?

SI

NO

22. ¿Cuántos abortos espontáneos ha presentado?

23. ¿Cuántos legrados le han realizado por presentar un aborto espontaneo?

24. ¿Ya que tuvo un aborto piensa que le pueda volver a ocurrir?

SI

NO

25. ¿Conoce algunos cuidados y/o procedimientos para evitar un aborto espontaneo?

SI

NO

26. ¿Cuál de los siguientes cuidados conoces que puedan evitar un aborto?

- A) Tener un control prenatal.
- B) No comer picante.
- C) Usar ropa 100% de algodón.
- D) Tomar té.
- E) Evitar fumar.

Alfredo Pérez Sánchez; (2003). *Ginecología*. (3a.ed.). México: Editorial: Mediterráneo Ltda.

David N. Danhaforth; (1987). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. (4a.ed.). México: Editorial Interamericana.

Dr. Luis Castelazo Ayala; (1978). *Obstetricia*. (5ª.ed.). México: Ed. Francisco Méndez Oteo.

Elizabeth Stepp Gilbert y Judith Smith Harmon; (2003). *Embarazo y parto de alto riesgo*. (3a.ed). España: Editorial Elsevier.

F. Gary Cunningham y otros; (2002). *Williams Obstetricia*. (21a.ed.). México: Editorial Médica Panamericana.

<http://www.español.hesperia.org/un libro para parteras>.

James Drife, Brian A. Magowan.(2005). *Ginecología y Obstetricia Clínicas*. (1a.ed.). Londres: Editorial Elsevier.

Joelle Watson Hawkins y Loretta Pierfedeci; (1984). *Enfermería Ginecológica y Obstetrica*.). México: Editorial Harla Harper y Roy Latinoamericana.

José Antonio Usandizaga Beguiristain y Pedro de la Fuente Pérez, (2004). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. (2a.ed.).(Volumen I) España: Editorial Interamericana.

Larry C. Gilstrap y otros; (2004). *Urgencias en salas de partos y Obstetricia Quirúrgica*. (2a.ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Roger P. Smith.(2005). *Osbtetricia, ginecología y salud de la mujer*. México: Editorial Masson.