



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
EMERGENCIAS MÉDICAS**

TEMA

“PROCEDIMIENTOS EMERGENTES EN LA AMENAZA DE ABORTO”

AUTORA:

Obst. SONIA EUGENIA VINUEZA CASTILLO

TUTORA:

DRA. VERONICA ROSERO ARMIJOS.

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA					
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL					
TÍTULO “PROCEDIMIENTOS EMERGENTES EN LA AMENAZA DE ABORTO ”					
	REVISORES: Dra. Martha Gonzaga Figueroa TUTOR: Dra. Verónica Rosero Armijos				
INSTITUCION: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas				
CARRERA: Medicina					
FECHA DE PUBLICACION: 09-11-2016	Nº DE PAGS.: 48				
AREA TEMÁTICA: Emergencias Médicas.					
PALABRAS CLAVES: Amenaza de aborto, Progesterona, Control prenatal.					
RESUMEN:					
<p>Según la Organización Mundial de la Salud, en un estudio realizado a nivel mundial llego a la conclusion que existen 529.000 muertes anuales producidas por complicaciones en el embarazo y parto. Por tal motivo se propone diseñar un modelo de atencion obstetrica en pacientes con amenaza de aborto aplicado a usuarias que acuden a la consulta privada. En esta investigacion se aplicó un método cuantitativo donde se analizaron los factores maternos, sanitarios y socioeconomicos de las pacientes que han presentado amenaza de aborto. Obteniendo como resultados, la edad mayores de 30 años, mayor riesgo de amenaza de aborto. Pacientes con instrucción secundaria fueron las que menos presentaron esta patologia, el estado civil, las casadas son las que tienen menor riesgo en la amenaza de aborto. El control prenatal es un parametro digno de ser investigado, y podemos observar que las pacientes no acuden a dichos controles, complicando la evolucion del embarazo, en los antecedentes obstetricos, las pacientes que presentan mayor gestaciones, mayor es la incidencia de amenaza de aborto, y la dosificacion de progesterona que fue un parámetro de mayor interés y que considero la novedad en el presente trabajo, los niveles bajos de progesterona al inicio del embarazo estan directamente relacionados con la presencia de amenaza de aborto, estudios realizados en diferentes paises y con diferentes muestras no dieron la importancia necesaria a este factor. Como conclusion del presente estudio recomiendo revisar la dosificación en sangre de progesterona cuantitativa a pacientes que acuden con amenaza de aborto.</p>					
Nº DE REGISTRO(en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:				
DIRECCION URL (tesis en la web):					
ADJUNTO PDF	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 3012412 E-mail: soniavica2009@hotmail.com				
CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN	Nombre: Escuela de Graduados Teléfono: 2288086 E-mail: egraduadosug@hotmail.com				

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Sonia Eugenia Vinueza Castillo, del Programa de Maestría Emergencias Médicas, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio del trabajo titulado Procedimientos Emergentes en la Amenaza de Aborto, en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Verónica Rosero Armijos', with a stylized flourish at the end.

Dra. Verónica Rosero Armijos, M.s.c.,

TUTOR

Guayaquil, 09 de Noviembre del 2016

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido como una expresión de gratitud para mi distinguida tutora Dra. Verónica Rosero Armijos M.s.c., quien con sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, persistencia, paciencia y su motivación han sido pilares fundamentales para el desarrollo del presente trabajo, el cual lo hemos realizados juntas con su oportuna participación y así poder culminar el Trabajo de Titulación Especial.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación especial a la Universidad Estatal de Guayaquil, quien, por medio de sus docentes impartió los conocimientos necesarios para realizar la maestría de Emergencias Médicas, dedico también a todas aquellas personas que ayudaron a la culminación de este modelo de procedimiento.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sonia Eugenia Vinueza Castillo', written over a light blue rectangular background. A horizontal line is drawn to the right of the signature.

Obst. Sonia Eugenia Vinueza Castillo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETO DE ESTUDIO.....	3
CAMPO DE ACCIÓN.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
LA NOVEDAD CIENTIFICA.....	4
 Capítulo 1	
1 MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 TEORIAS GENERALES.....	5
1.2 TEORIAS SUSTANTIVAS.....	9
1.3 REFERENTES EMPÍRICOS.....	12
 Capítulo 2	
2 MARCO METODOLÓGICO.....	19
2.1 METODOLOGIA.....	19
2.2 METODOS.....	20
2.3 HIPOTESIS.....	21
2.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	21
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
2.6 GESTIÓN DE DATOS.....	24
2.7 CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
 Capítulo 3	
3 RESULTADOS.....	27

3.1 ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS.....	27
3.2 DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO.....	38
Capítulo 4	
4 DISCUSIÓN.....	35
4.1 CONTRASTACIÓN EMPIRICA.....	35
4.2 LIMITACIONES.....	39
4.3 LINEAS DE INVESTIGACIÓN.....	39
4.4 ASPECTOS RELEVANTES.....	39
Capítulo 5	
PROPUESTA.....	41
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS.....	51

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud, en un estudio realizado a nivel mundial llego a la conclusion que existen 529.000 muertes anuales producidas por complicaciones en el embarazo y parto. Por tal motivo se propone diseñar un modelo de atencion obstetrica en pacientes con amenaza de aborto aplicado a usuarias que acuden a la consulta privada. En esta investigacion se aplicó un método cuantitativo donde se analizaron los factores maternos, sanitarios y socioeconomicos de las pacientes que han presentado amenaza de aborto. Obteniendo como resultados, la edad mayores de 30 años, mayor riesgo de amenaza de aborto. Pacientes con instrucción secundaria fueron las que menos presentaron esta patologia, el estado civil, las casadas son las que tienen menor riesgo en la amenaza de aborto. El control prenatal es un parametro digno de ser investigado, y podemos observar que las pacientes no acuden a dichos controles, complicando la evolucion del embarazo, en los antecedentes obstetricos, las pacientes que presentan mayor gestaciones, mayor es la incidencia de amenaza de aborto, y la dosificacion de progesterona que fue un parámetro de mayor interés y que considero la novedad en el presente trabajo, los niveles bajos de progesterona al inicio del embarazo estan directamente relacionados con la presencia de amenaza de aborto, estudios realizados en diferentes paises y con diferentes muestras no dieron la importancia necesaria a este factor. Como conclusion del presente estudio recomiendo revisar la dosificación en sangre de progesterona cuantitativa a pacientes que acuden con amenaza de aborto.

Palabras clave: Amenaza de aborto, Progesterona, Control prenatal.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, in a worldwide study I concluded that there are 529,000 annual deaths caused by complications in pregnancy and childbirth. For this reason, it is proposed to design a model of obstetric care in patients with a threat of abortion applied to users who attend the private consultation. In this research a qualitative method was applied in which the maternal, health and socioeconomic factors of the patients who had Presented threat of abortion. Getting results, age over 30 years, increased risk of miscarriage. Patients with secondary education were the ones who presented the least pathology, marital status, married women are those who have lower risk in the threat of abortion. Prenatal control is a worthy parameter to be investigated, and we can observe that the patients do not go to these controls, complicating the evolution of pregnancy, in the obstetrical history, the patients with the highest gestations, the greater the incidence of threatened abortion, And the dosage of progesterone that was a parameter of greater interest and which I consider the novelty in the present study, low levels of progesterone at the beginning of pregnancy are directly related to the presence of threatened abortion, studies conducted in different countries and with different Samples did not give the necessary importance to this factor. As a conclusion of the present study I recommend reviewing the quantitative progesterone blood dosage in patients who come with threatened abortion.

Keywords: Threatened abortion, Progesterone, prenatal Control

INTRODUCCIÓN

La organización Mundial de la salud (OMS) realizó un estudio a nivel mundial sobre las defunciones maternas y determinó que existen 529.000 muertes al año generadas por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto por año (OMS, 2015). Parte de estas causas se generan por abortos.

Dadas las estadísticas de salud, es evidente que existe una importante prevalencia de mujeres con amenaza de aborto y de ello se puede derivar a riesgos para la madre, así como el feto. Algunas de las causas están relacionadas a factores maternos, factores sanitarios y factores socio-económicos.

La presente investigación se centrará en la amenaza de aborto, condición a la que se predisponen las mujeres gestantes frente a situaciones relacionadas al entorno en donde se desenvuelven, usualmente estos factores pueden ser solucionados con procedimientos emergentes para casos específicos, que usualmente se generan en el primer trimestre, muchas de las veces esta relación se da por factores involucrados que son propios de la paciente como su estado nutricional, su condición médica, problemas socio-económicos o la dificultad por acceder a servicios de salud.

Delimitación del Problema.

El problema radica en la incidencia de las pacientes con amenaza de aborto, que al no contar con procedimientos emergentes tienden a encontrarse en situaciones de riesgo, muchos de los casos están relacionados a hemorragias obstétricas que se presentan durante el primer trimestre.

Siendo indispensable considerar las causas y efectos que están relacionados a este factor, que se convierte en un problema social, amenaza que afecta al desarrollo de la comunidad y del país. Evitar la muerte materna es uno de los ejes que promueven el desarrollo de este estudio.

Los factores maternos son un referente de información para determinar la amenaza de aborto, en este sentido se analizan aspectos como la edad, antecedentes obstétricos y el estado civil, Con relación a los factores sanitarios se evidencia que las causas están relacionadas a la desnutrición de la paciente, al consumo de alcohol y tabaco a esto se suma la falta de control prenatal. Finalmente los factores socio-económicos son otra de las causas que predisponen a un aborto, los elementos relacionados a este factor son la instrucción, el bajo ingreso económico y la ubicación del domicilio de la paciente.

Un análisis complementario permite evidenciar que todas estas causas dan como efecto el aumento de la morbilidad materno – fetal. **El árbol de problemas anexo 1**

Formulación del Problema.

Situaciones de gestión que se manifiestan en la práctica y que siguen siendo un tabú, por falta de conocimientos y procedimientos se podrían evitar. Por ello el presente estudio se plantea como pregunta central:

¿Cómo contribuir a reducir los índices de amenaza de aborto a través de la implementación de un modelo de atención obstétrica en pacientes con hemorragias durante el primer trimestre de embarazo?

Justificación.

La propuesta planteada está orientada a establecer procedimientos emergentes en amenaza de aborto, a través de un modelo que podrá ser usado como guía frente a situaciones emergentes en la consulta privada, y así poder solucionar las complicaciones clínicas futuras.

La inexistencia de un procedimiento emergente en amenaza de aborto provocara un aumento de la morbilidad materno – fetal, la misma que dejará secuelas en la vida de la madre y del futuro hijo, la implementación de un modelo de procedimientos emergentes y el conocimiento del mismo por parte de los profesionales de la salud, evitara dejar secuelas en la madre y el futuro hijo.

Objeto de Estudio.

Es importante entender que la amenaza de aborto es la patología que requiere de un oportuno accionar a través de un diagnóstico específico y que a su vez es una de las principales preocupaciones de la paciente que se encuentra en estado de gestación. Si no existe un adecuado modelo los efectos son devastadores para la mujer gestante, en un lapso corto un sangrado se convierte en una urgencia y requiere del conocimiento y pericia del profesional de la salud para salir satisfactoriamente de esta emergencia.

Campo de Acción.

El tema a profundizar serán los procedimientos emergentes en la amenaza de aborto, los mismos que deben favorecer el desarrollo normal del feto, existe en ciertos casos personal con desconocimiento, falta de preparación, quienes deben reconocer frente a un caso de hemorragia las causas emergentes de éstas: que pueden ser: descenso de hematocrito, descenso de la hemoglobina, cambios hemodinámicos, con ello un adecuado accionar puede salvar la vida del feto. Es por esta razón que se debe profundizar en los procedimientos

emergentes que deben ser aplicados, con la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y promover el uso de modelos de emergencia en amenaza de aborto.

Objetivo General.

Determinar los procedimientos emergentes en la amenaza de aborto aplicado a las pacientes que acuden a la Clínica Inglaterra en el periodo 2015-2016.

Objetivos Específicos.

- Analizar los fundamentos teóricos de los procedimientos emergentes en la amenaza de aborto.
- Identificar los procedimientos emergentes en la atención de la amenaza de aborto.
- Elaborar los componentes del Modelo de Atención Obstétrica en pacientes con amenaza de aborto.

La Novedad Científica.

En base a los hallazgos relacionados con los factores descritos en el árbol de problemas y fundamentado en los referentes bibliográficos se desarrollará un modelo de atención de emergencia en la amenaza de aborto, el mismo que permitirá controlar la morbilidad materno – fetal.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Teóricas generales:

En relación con este tema, es conveniente definir el término de Amenaza de aborto:

El término amenaza de aborto se usa cuando un embarazo se complica con hemorragia vaginal antes de la semana veinte. Es probable que el dolor no sea una manifestación prominente de amenaza de aborto, aunque la hemorragia a veces se acompaña de dolor abdominal inferior sordo. (Hacker, Gambone, & Hobel, 2014, pág. 57)

La amenaza de aborto es una hemorragia vaginal que se presenta antes de la semana 20, en ocasiones presenta dolor aunque éste no sea un signo propio de la amenaza de aborto.

En esta misma línea existen otras postulaciones que definen a la amenaza de aborto como “la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o un peso menor a 500 g.” (Quintanar, 2016, pág. 42). La pérdida esporádica de la gestación está relacionada a varios factores que conllevan a un inadecuado control.

Para un gran número de mujeres el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a estos métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas, la amenaza de aborto es la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. (Ministerio de Salud , 2013, pág. 50),

Experiencia esporádica que usualmente está relacionada a la edad materna, alteraciones cromosómicas, alteraciones anatómicas uterinas, alteraciones endocrinológicas, infecciones, alteraciones en la coagulación, alteraciones autoinmunes, entre otros factores de riesgo.

“El cuadro clínico que se presenta en las pacientes que tienen amenaza de aborto está relacionado a la de un sangrado transvaginal, el sangrado puede ser en cantidades variables, en donde no siempre está relacionado a un dolor supra púbico” (C. Holmgren

& Scott, 2014, pág. 2), sin embargo del 20 al 25% de mujeres los dolores están relacionados a un cólico, en este proceso el 50% de las pacientes abortará dando por terminado la gestación.

En este sentido es importante tener en claro la clasificación del aborto como tal ya que la amenaza de aborto es un embarazo de un producto que está vivo y que por contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y el cuello cerrado, son propensa a un aborto.

Los síntomas que están relacionados a la amenaza de aborto no siempre se detectan, ya que ocurren antes del periodo menstrual, en las primeras semana de gestación el 80% de mujeres aborta y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20, los factores son diversos y el origen puede ser determinado por un sin número de causas. Las condiciones aumentan cuando por la carencia y desconocimiento las mujeres no acuden a un control, siendo otro de los factores más comunes que contribuyen al aumento de las defunciones maternas sea alto a nivel mundial.

Un diagnostico preliminar para el reconocimiento de una amenaza de aborto se da al determinar una metrorragia el sangrado es obscura y escasa mientras que con las contracciones uterinas se evidencia un constante dolor. Otro de los diagnósticos está relacionado a las condiciones cervicales, es decir cuando el cuello está cerrado. En el diagnóstico es indispensable realizar una ecografía en la cual de corroborará la hemorragia.

Los exámenes que se pueden realizar en este proceso son:1) el examen BETA cuantitativa como medida de confirmación de continuación del embarazo 2) conteo sanguíneo para determinar la cantidad de pérdida de sangre, 4) Gonadotrofina corionica en suero para conformar el embarazo y finalmente se establece el conteo de glóbulos blancos a través de la fórmula leucocitaria descartando infecciones que produzcan a otra clase patologías. Los exámenes están orientados a salvaguarda la vida del feto y la madre y son un complemento a las acciones y tratamientos complementarios que la paciente tendrá que realizar (Lucio & Díaz, 2012, pág. 25).

El tratamiento para un diagnóstico de amenaza de aborto es el reposo de la pacientes, no existe intervenciones terapéuticas con la finalidad de prevenir un posible aborto. En estos casos los fármacos son discrepados por los médicos, por consiguiente existen otras alternativas como:

Clásicamente se recomienda el reposo y la abstinencia de actividad sexual. Estas medidas no han demostrado influir en la evaluación de proceso, pero se supone un refuerzo para la paciente y la descargan de su actividad laboral. Evitará posteriores sentimientos de culpabilidad en caso de pérdida.

No existen evidencias de mejorar los resultados en las amenazas de aborto que si se administra Gonadotrofina frente a placebo según un trabajo que se llevó a cabo aportando al grupo de estudio siete inyecciones de Gonadotrofina. Aunque para afirmarlo de forma taxativa precisaríamos un estudio randomizado, multicéntrico, más amplio.

El apoyo en fase lútea con progesterona ha mostrado una disminución de la incidencia de pérdida de embarazo en amenaza de aborto en el primer trimestre en la mujer sin historia de aborto recurrente. Sin embargo, quizás su acción beneficiosa quede limitada a los casos en que la paciente presente una insuficiencia de cuerpo lúteo, ya que diversos estudios sugieren que la prescripción de progesterona no parece mejorar los resultados en mujeres con amenaza de aborto. Si se parece inducir la relajación uterina en aquellos casos en el sangrado coexiste con dolor en hipogastrio.

Algunas publicaciones muestran el papel inmunomodulador de la progesterona en el primer trimestre del embarazo con lo que evitaría posibles pérdidas gestacionales. La administración de progesterona supone la liberación de progesterona induced blocking factor (PIBF) determinando un paso de citoquina Th-1 a Th-2 sin embargo quedan cuestiones por dilucidar.

‘Profilaxis Rh: aunque la isoimmunización Rh D atribuible al primer trimestre es raro, sí que debería ser considerado la y-globulina anti D en mujeres no sensibilizadas, Rh negativo con amenaza de aborto más allá de las 12 semanas de gestión’.(Cabero & Rodriguez, 2012, pág. 513).

Los tratamientos considerados con el diagnóstico de una amenaza de aborto son cinco, los mismos que fueron descritos anteriormente, adicionalmente hay que considerar que depende de la condición de la paciente para establecerlos como solución frente al diagnóstico obtenido. El criterio de médico ante el tratamiento a usar deberá ser explicado y dado a conocer a la paciente en donde se explicará los posibles riesgos y soluciones que se pueden tomar en consideración. (Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez, & Dou, 2013, pág. 28).

El seguimiento obstétrico es esencial ya que las complicaciones se relacionan a infecciones genitales asociada a diseminación endouterina, en este proceso se presentan síntomas como fiebre, dolor abdominal, escalofríos, sangrados transvaginal fétido y purulento.

En el estudio físico se observa la presencia de taquicardia, taquipnea, dolor a la palpación uterina y dilatación cervical. La paciente puede entrar en choque séptico, con hipotensión, taquicardia y oliguria. La infección es ocasionada por staphylococcus aureus, bacilos gramnegativos o cocos grampositivos. (Guzmán & Cedillo, 2012, pág. 100)

‘Las complicaciones durante el tratamiento son riesgosas y por lo tanto las alternativas son pocas para casos que se podrían evitar, con la implementación de procedimientos que estén acorde a una realidad social de las mujeres ecuatorianas’ (Oyarzún & Kusanovic, 2014).

Los factores de riesgo al igual que la causas y los efectos se pueden controlar con la implementación de procesos y procedimientos de emergencia que sean efectivos, el tiempo es una prioridad en una amenazada de aborto ya que en un periodo corto, el aborto puede ser eminente, los médicos deben estar en capacidad de superar la hemorragia y el cólico que se genera en una amenaza de aborto. (Donoso & Carvajal, 2012, pág. 1).

La prevención sigue siendo una de las mejores soluciones para evitar esta clase de patologías en el embarazo que muchas veces se pueden prevenir a través de una educación, de acceso a la salud independientemente de la clase social, y el compromiso del estado por brindar servicios alternativos para mejorar la salud de la mujer que se encuentra en estado de gestación.

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento son esenciales en una amenaza de aborto por esta razón los procedimientos conllevan a establecer guías complementarias que permitan explicar al equipo de salud el manejo de complicaciones frente a una amenaza de aborto, el abordaje y atención debe ser claro y oportuno como parte de un proceso integral en donde se vele por la salud de la paciente y del feto (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2014, pág. 1) (Mbizvo, Chou, & Shaw, 2013, pág. 5).

1.2 Teorías sustantivas.

Los procedimientos emergentes se establecen con la finalidad de ser una guía que el profesional o equipo de salud la pueda usar ante un diagnóstico de amenaza de aborto. Usualmente estos procedimientos se describen en las denominadas guías clínicas que no son más que una “revisión científica hacia la transferencia de conocimientos medios a una atención primaria que puede ser relevante en situaciones de emergencia”.(Iruetaguena, Segundo, & Pikatza, 2013, pág. 64).

En muchos de los casos una atención oportuna salva una vida o predispone a una muerte. No obstante son protocolo de actuación que comunica a los médicos y a la organización en que consiste la información de la patología que se va a tratar, siendo una herramienta aplicable que disminuye el tiempo de consulta en situaciones de emergencia que puede ser resueltas a través de la evidencia científica y de la recomendaciones establecidas por profesionales en la misma área.

La estandarización de los procesos y procedimientos es clave en situaciones de emergencia, es por esta razón que al mejorar la calidad asistencial la sinergia entre los procesos y la atención se evidencian con la efectividad y eficacia con la que son tratados, es así que los errores de actuación por parte del equipo de salud son menores a los previstos en situaciones de emergencia o urgencia. Es decir que existirá un control de los posibles riesgos a los que se ve expuesto una paciente que acude a la emergencia (Sánchez, y otros, 2014, págs. 1-22)

En este apartado es indispensable tener claro la diferencia que existe entre la guía y el protocolo. No obstante la guía clínica: “Es una herramienta elaborada por parte de una sociedad científica con el ánimo de ayudar al clínico a conocer la evidencia científica y las recomendaciones del campo que trata. Su contenido se apoya en la evidencia científica y la experiencia de los profesionales” (Soler & Raurich, 2015, pág. 159).

Es importante señalar que al ser un protocolo internacional la ética y la ciencia son esenciales para establecer los ensayos clínicos de los pacientes, Muchos de los hospitales y centros médicos aplican la norma como garantía de protección que está orientada a salvaguardar la vida de los pacientes los mismos que contienen principios de declaración de Helsinki los cuales mantienen credibilidad en todo ámbito. (ICH GCP, 2011).

Mientras que los protocolo de actuación, “son elementos elaborados por la organización o empresa donde se está trabajando y se pretende buscar la eficacia y eficiencia” (Soler & Raurich, 2015, pág. 159). Basados en esta información los protocolos son una de las herramientas más usadas por la información y recomendación que el médico pone a consideración las mismas que pueden ser usadas para evitar posibles complicaciones.

Como parte de los procedimientos a ser usados American College of Radiology “ha elaborado un protocolo que recomienda a la ecografía como la principal técnica de imagen para la evaluación de las pacientes con hemorragia en el primer trimestre del embarazo”, (ACR, 2016) las imágenes en un diagnóstico de emergencia que se convierte en la herramienta para la toma de decisiones de un diagnóstico y tratamiento que se establecerá paulatinamente de acuerdo a la condición de la madre gestante.

A esto se suma la falta de información sobre la amenaza de aborto y a la carencia de protocolos que existe para controlar cuadros clínicos que permitan reducir la mortalidad materna, ya que la toma de decisión, en casos de amenaza de aborto, en donde el tiempo es un delimitante, por esta razón la metodología al igual que el criterio médico conllevan a

desarrollar procedimientos emergentes como una alternativa a mejorar la calidad de protocolos y de ser oportunos ante situaciones similares, que por la falta de conocimiento o experiencia en el reconocimiento de los síntomas pueda complicar la vida del paciente.

En base a los hallazgos relacionados a los elementos descritos “el protocolo es el mecanismo por el cual se puede garantizar una atención de calidad, en donde el paciente recibirá una atención oportuna” (Soler & Raurich, 2015, pág. 1) por lo tanto los protocolos deben ser reales, simples y claros, flexibles para que la decisión dependa del médico, frente al diagnóstico que posee, y este en función de las posibilidades tanto del tratamiento como del protocolo.

Los protocolos a ser aplicados se convierten en reconocimiento de gran responsabilidad del profesional que en el ejercicio de su labor tiene que poner en marcha sus conocimientos, experiencia, experticia y destrezas para asegurarse que las decisiones tomadas en ese instante salvaran la vida de la mujer gestante y del feto, es evidente que muchas veces sus capacidades y profesionalismo no son las más adecuadas.

Por ende se requiere de protocolos emergentes, en los que se detalle cómo actuar en diferentes casos, ya sea a través del planteamiento del diagnóstico y el reconocimiento de la patología al igual que posibles inconvenientes asociados a su dolencia síntomas que están asociados a hallazgos posteriores y que pueden ser prevenidos. Ya que es uno de los objetivos del planteamiento del protocolo la prevención.

“Los protocolos contienen información valiosa y se desarrollan en función de las necesidades: Concepto, Etiología, Anatomía patológica, Clínica, Diagnóstico, Prevención y Tratamiento”. (SEGO, 2013, págs. 28-29)

Los protocolos en situaciones emergentes tienden a ser sustancial y forma parte del accionar del personal en casos de urgencia.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son activos en promover la prevención de la morbilidad materno-fetal secundaria. Para ello se han elaborado guías de acción, protocolos de estudio de factores de riesgo y consentimientos informados, todos basados en medicina basada en la evidencia y considerando las opiniones de expertos. El acceso a métodos diagnósticos, elementos terapéuticos, personal médico capacitado, condiciones nutricionales y de salud de la población y acceso a centros de salud calificados, varía según el país en que nos encontremos. (Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2014, pág. 1)

Elementos que están activos como mecanismo de prevención y deben ser implementados por los organismos gubernamentales públicos y privados con la finalidad de minimizar los impactos de muertes maternas. La prevención es clave en este proceso que va más allá de un mero lineamiento de procesos y procedimientos a seguir.

1.3 Referentes empíricos.

Los factores maternos son parte de un análisis de este estudio es por esta razón que se ha tomado información de la investigación realizada por la Dra. Cristina Martín quien afirma que la amenaza de aborto está relacionada a la edad de la paciente y concluye que:

La amenaza de aborto es la complicación más común durante el embarazo. En las mujeres menores de 30 años de edad, se estima que la mitad de los óvulos fecundados muere antes de seguir adelante con el embarazo y en mayores de 30 años este valor es aún mayor. La mayoría de los abortos espontáneos (75%) ocurren en el primer tercio del embarazo (1er trimestre). Como muchos abortos tempranos pasan inadvertidos a menudo, sólo se puede estimar el número real de forma aproximada. Muchos abortos espontáneos tempranos se consideran como una hemorragia menstrual. (Onmeda, 2010, pág. 1)

En esta misma línea de Investigación las Doctoras Viridiana López y Ana Luisa Miranda consideran que existe riesgo de una amenaza de aborto cuando las mujeres tienen antecedentes de aborto, el riesgo es un 12%, y “con al menos un hijo nacido vivo, este

porcentaje aumenta con la paridad y la edad, pudiendo llegar a ser de un 50% en mujeres mayores a 35 años” (López & Miranda, 2016, pág. 45).

Es necesario caracterizar la clase de sangrado uterino que presenta la paciente con amenaza de aborto, estudios nos demuestran que:

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo. (Gonzales, 2011, p. 495)

También estudiamos todo sangrado que se presente antes de la semana 20, para identificar su origen y predecir su final, así:

El sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación es la complicación más común durante el embarazo, ocurre en alrededor del 20% de las mujeres embarazadas; aproximadamente la mitad de estas terminara en un aborto espontáneo y el 17% presentará complicaciones tardías durante el embarazo. (Lopez, Miranda, 2014, p.1)

Uno de los factores que está relacionado a la amenaza de aborto es la edad de la paciente ya que estudios adicionales demuestran que existe un mayor riesgo a una edad avanzada, lo que provocaría que en el momento de concepción exista una anormalidad cromosómica, lo que conlleva a una amenaza de aborto, el riesgo aumenta con cada posibilidad de quedar embarazada. Siendo una de las razones por las cuales la mujer gestante puede tener una amenaza de aborto, factores que están relacionados y que pueden ser minimizados con un adecuado control prenatal, es uno de los elementos que se deben exigir dentro del proceso para lograr que las tasas se reduzcan considerablemente.

La investigación presentada en relación a la edad demuestra en un estudio significativo el riesgo edad, amenaza de aborto.

Un estudio con más de 1200000 mujeres permitió estratificar la amenaza de aborto espontáneo, según la edad materna. De esta manera, el riesgo de aborto espontáneo es de 13,3% para mujeres entre 12 y 19 años; 11,1% en mujeres de 20 – 24 años; 11,9% en mujeres de 25 – 29 años; 15% en mujeres de 30 – 34 años; 24,6% en mujeres de 35 – 39 años; 51% en mujeres de 40 – 44 años y 93,4% en mujeres de 45 o más años. (Nybo, et, al. 2000, p.320)

A esto se suman los antecedentes obstétricos, los que son considerados como factores maternos. En la Revista Sura, el Director de Programas de Calidad de Vida hace referencia a los antecedentes y destaca que a este factor se asocia a “historias de embarazos previos, cirugías de orden obstétrico, tratamiento de esterilidad, enfermedades y complicaciones en embarazos anteriores” (Domínguez, Juan Carlos , 2015).

Los factores genéticos juegan un papel importante en la evolución favorable del embarazo, se presentan en abortos a repetición, lo confirman Stephenson, Awartani, Robinson.

Diversos estudios han comprobado que existe anomalía cromosómica hasta en el 60% de biopsias coriales realizadas a pacientes con un nuevo embarazo y con el antecedente de tres o cuatro pérdidas gestacionales previas, del mismo modo que en los tejidos abortivos extraídos de mujeres con aborto de repetición existen tasas de anomalía cromosómica que oscilan desde el 29 al 57% y que en las muestras procedentes de estudio genético preimplantacional, donde se ha comprobado una mayor frecuencia de embriones aneuploides entre las mujeres con aborto de repetición, respecto de las mujeres sin dicho antecedente. (Stephenson, Awartani, Robinson, 2012, p. 17)

Las enfermedades maternas son un preámbulo de control que se deberán asumir ante un embarazo, es responsabilidad de la madre, será parte esencial para conocer sus patologías y establecer soluciones y medicamentos que contribuyan a disminuir el impacto de las enfermedades maternas.

Las condiciones de salud de las mujeres gestantes deben ser controladas para lograr que el bienestar de la mujer sea óptimo y tenga un alumbramiento sin complicaciones a pesar de las condiciones de salud que posee.

Es evidente que las condiciones maternas son uno de los factores de riesgo asociados, a problemas más graves como la anemia, hipertensión, shock causantes de muerte. La mayoría de los casos de muerte materna ocurren en las primeras 24 horas, “un cuadro de mayor gravedad

se da por la alta incidencia de anemia, que en los países en desarrollo constituye mayor mortalidad materna”(Calle, Barrera, & Guerrero, 2015, pág. 2).

Estudios complementarios demuestran que los factores sanitarios están relaciones a la desnutrición materna, durante la gestión como uno de los riesgos que conlleva a una amenaza de aborto.

Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de amenaza de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal. (Montse Arboix , 2012, pág. 2)

Los factores a considerar en la amenaza de aborto son la desnutrición de la madre, la deficiencia de los nutrientes conlleva a que los niveles de riesgo se incrementen. Las madres deben considerar la importancia de su embarazo desde el momento que este es diagnosticado, el control prenatal es clave para llevar con éxito un embarazo.

La investigación realizada por la Dra. Addi Rhode Navarro Cruz, del Departamento de Bioquímica-Alimentos de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Autónoma de Puebla, México, dice.

“los cambios fisiológicos propios del embarazo pueden verse agravados por desnutrición, originando estados de deficiencia en micronutrientes como la anemia, que podría tener desastrosas consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido” (Navarro, 2015, pág. 12).

La nutrición de la madre es esencial, sin embargo muchas veces estas condicionantes no son comunes en la población los niveles de micronutrientes conllevan a disminuir las tasas de fertilidad y a incrementar la amenaza de aborto.

Otro parámetro analizado dentro de los factores sanitarios son el alcoholismo y el tabaquismo y la prevalencia de tóxicos que en la actualidad tiende a consumir la mujer.

La población de mujeres que quedan embarazadas es similar a la de la población general, por lo que la exposición fetal a tóxicos es elevada en el período de mayor vulnerabilidad, sobre todo en relación al neuro desarrollo y la organogénesis. (Blasco-Alonso, y otros, 2015, pág. 1)

Otro estudio relacionado a tabaquismo menciona: “El riesgo de aborto ha sido confirmado en fumadoras de más de 10 cigarrillos por día. Se estima que cada año se producen entre 19.000 a 141.000 abortos como consecuencia del hábito del tabáquico” (Hijona, 2009, p.235).

La investigación se realizó en España con la finalidad de conocer el nivel de exposición de las mujeres ante una amenaza de aborto y se demostró que las alteraciones demandan un control prenatal a tiempo.

Se reclutaron 451 gestantes de primer, segundo y tercer trimestre. La prevalencia de consumo en cada uno de los trimestres resultó ser respectivamente del 21.2%, 18.5% y 13.3% para el tabaco, 40.7%, 23.1% y 17.1% para el alcohol y del 4.8%, 1.9% y 1.2% para cannabis. Los resultados obtenidos, sobre todo en relación al consumo de alcohol, son suficientemente llamativos como para alertar a los proveedores de atención obstétrica sobre la necesidad de poner en marcha medidas preventivas.

El consumo de sustancias toxicas en los periodos de gestación traen complicaciones a la madre, la mayor parte de los casos la amenaza de aborto es recurrente puestos que los problemas se generan antes y durante el embarazo, a esto se suma la falta de un control prenatal factor que conlleva a un escenario poco alentador para el desarrollo del feto. (Katsuyoshi & Yasuo M, 2014)

Por consiguiente “el tabaco sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables asociados con la amenaza de aborto, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal” (Hijona, 2009, pág. 7).

“el tabaco sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables asociados con la amenaza de aborto, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal” (Hijona, 2009, pág. 7).

Otros de los factores que están ligado a este problema sanitario son “las condiciones socioeconómicas, el consumo de caféina, el tabaquismo o el consumo moderado de alcohol” (Erensa, 2016, pág. 1).

Las causas de amenaza de aborto asociadas a esta condición con una adecuada educación y tratamientos pueden ser sobrellevados conforme el diagnóstico médico sea evaluado, no todos los tratamientos pueden llevarse a cabo, la mujer debe ser consciente de su embarazo y de los efectos que pueden causar los tóxicos en su organismo y de las afectaciones que tendrán sus decisiones en la formación del feto.

A este problema social se suma la carencia de un control prenatal que por la falta de ingresos, poca accesibilidad a centros médicos y desconocimiento, obligan a que las mujeres no tengan un control de gestación. En este sentido hay que mencionar que un diagnóstico oportuno elimina los signos de amenaza de aborto de las pacientes.

Los factores socio-económicos son otro de los aspectos relevantes que se consideran en el estudio, es por esta razón que se tomó la información del artículo científico de la Dra. Patricia Asturizaga, Dra. Lilian Toledo Jaldin hacen evidente que la mortalidad materna es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países.

Haciendo énfasis que todavía las acciones socioeconómicas son consecuencia de una inadecuada administración de los gobernantes, en la actualidad son muy pocas las personas

que pueden acceder a una atención oportuna, los costos de atención y medicamentos no siempre están al alcance de las madres gestantes.

A pesar de ser uno de los objetivos de desarrollo, las cifras demuestran lo contrario la pobreza cada vez se incrementa, los niveles de ingreso de la familia disminuyen y su calidad de vida se afectada por factores externos. Son muy pocas las opciones del gobierno para frenar problemas existente (FIGO, 2014, págs. 1-2).

El estudio desarrollado demuestra que el factor socio económico es una causa para analizar y para demostrar que su efecto en la sociedad es cada vez mayor y que se requieren de acciones para frenar esta patología.

Los factores de riesgo relacionados con una amenaza de aborto son: Edad materna ≥ 34 años. Edad paterna ≥ 41 años, Niveles bajos de progesterona, Índice de masa corporal elevado de la madre, Historia previa de amenaza de aborto o 3 o más abortos, Paciente múltipara (Lopez, Miranda, 2014, p.1).

Se deben evaluar cada uno de los riesgos que presentan en el primer trimestre de gestación las pacientes que están siendo tomadas en consideración en la muestra para el trabajo de titulación especial.

La comunidad debería tener mayor accesibilidad para el factor económico teniendo en cuenta que este es uno de los causantes más repetitivos en la amenaza de aborto.

CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología.

La investigación corresponde a un estudio cuantitativo que consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de un serie de hipótesis, surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.(Tamayo,2012)

La investigación analizará los componentes maternos, sanitarios y socioeconómicos de las pacientes que han presentado amenaza de aborto, entendiéndose como componentes maternos las características de la mujer, estado civil, edad; en relación a ámbitos sanitarios como la falta de controles, alcoholismo, desnutrición; y socioeconómicos que permitan entender la situación, todos estos que permitan entender las variables en torno a la investigación, así como los posibles factores que puedan tener efecto sobre la amenaza de aborto.

En los factores maternos se analizará: estado civil, antecedentes obstétricos, y edad de la paciente; Los sanitarios: Falta de control prenatal, alcoholismo, tabaquismo, desnutrición y los socioeconómicos como: Ubicación del domicilio de la paciente, bajo ingresos económicos, e instrucción o estudios.

Se hará uso de información bibliográfica, revistas científicas, tanto física como digital, entre ellos se hará uso de revistas como: la revista Peruana de Ginecología y Obstétrica, entre otras, Es decir información que sea validada y tenga carácter científico.

La unidad de análisis corresponde a las pacientes que han sido atendidas en la Clínica Inglaterra. Las pacientes pertenecen a la provincia de Pichincha, conformada por un grupo de habitantes que van de 0 a 29 años con cerca de un 30% de la población, con una proporción urbana de 71% y 29% rural. La provincia cuenta con 9 hospitales, 16 centros de salud urbana, 9 centros de salud rural, 993 subcentros de salud urbanos y 59 subcentros de salud rural. Con áreas de salud distribuidas en el norte y sur. Si bien la ciudad tiene un porcentaje menor de personas pobres, cerca de un 19% tiene esta condición dentro del área urbana, y llega hasta un 66% la tasa máxima de pobreza en áreas rurales.

El ASIS (Análisis Situacional Salud) es una herramienta metodológica para el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la población de un determinado espacio territorial en un momento dado. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) al respecto menciona que el ASIS permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud – enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estas de competencia del sector salud o de otros sectores. Al ser, también, una herramienta de información, el ASIS permite identificar y priorizar los problemas, pero también, genera evaluaciones de impacto en salud, herramienta aplicada en el servicio de la consulta privada.

2.2 Métodos.

El método a utilizar en el estudio será inductivo, ya que de los resultados de la investigación primaria o de una muestra específica, se podrá generalizar los resultados a la población en estudio.

Es el análisis documental y síntesis teórica de los factores Maternos, Sanitarios y Socioeconómicos que dan origen a la incidencia de la amenaza de aborto.

Es un estudio de enfoque cualitativo observacional, descriptivo de cohorte transversal que pretende disminuir la incidencia de pacientes con amenaza de aborto.

2.3 Hipótesis

Basados en los referentes teóricos y fundamentos de las categorías de análisis, se propone un modelo de tratamiento, el mismo que será construido con los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes que acuden a la consulta privada, cuyo objetivo es elaborar un tratamiento emergente a ser aplicado a las pacientes con amenaza de aborto que acuden a la Clínica Inglaterra en el periodo del 2015 – 2016.

2.4 Universo y Muestra.

Se realizaron los estudios a 150 historias clínicas de pacientes en edades fértiles que acudieron a la Clínica Inglaterra en el periodo 2015-2016, el mismo que está ubicado en la Provincia de Pichincha, cantón Quito, parroquia Ñaquito.

La muestra se la obtuvo de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión que se han considerado dentro de la investigación son:

- Mujeres que presentan amenazas de aborto
- El cuadro clínico es compatible con esta patología
 - Sangrado uterino.
 - Cuello de útero no dilatado
 - Niveles séricos de progesterona disminuida.

Los criterios de exclusión que se han considerado dentro de la investigación son:

- Paciente con aborto incompleto
- Paciente con el feto muerto y retenido

- Mujeres que presentan sangrados que de acuerdo a la clínica no corresponden a una amenaza de aborto (casos de pre menopausia, toma de píldoras anticonceptivas)

2.5 Operacionalización de variables. CDIU.

Los factores causantes de las amenazas de aborto son, maternos los mismos que están relacionado con los antecedentes obstétricos, los abortos anteriores son factores de riesgo para una amenaza de aborto, el aumento de gestaciones contribuye a disminuir la capacidad de procrear embarazos saludables y sin riesgo de abortos, la edad de la paciente es otra de las causas dentro de los factores maternos, una mujer de 15 años anatómica y fisiológicamente no ha llegado a un desarrollo reproductivo óptimo siendo motivo para presentar amenaza de aborto, igual problema tenemos en las pacientes mayores de 35 años pues su aparato reproductivo presenta deficiencias hormonales disminuyendo la calidad de sus células reproductivas y la calidad fisiológica de sus órganos reproductivos.

El estado civil influye en los factores maternos siendo causante de un gran número de pacientes con amenaza de aborto, vemos que la mujer soltera o de unión libre por el estrato social acude muy pocas veces a los controles prenatales, el prejuicio y la moral impiden que sus controles sean llevados en una forma continua, ellas se ven restringidas a acudir a estos servicios, caso que no sucede con las mujeres casadas, quienes acuden sin ningún prejuicio a estos centros asistenciales, en conclusión antecedentes obstétricos, edad de la paciente y estado civil son causas que nos llevan a aumentar el número de pacientes con amenaza de aborto,

Con relación a los factores sanitarios la desnutrición es una de las causas a investigar dentro de los factores sanitarios, mujeres con un estado nutricional bajo en especial con anemia ferropénica son propensas a presentar sangrados uterinos que representan amenaza de aborto, los problemas alimenticios afectan a todas las mujeres sean estas adolescentes o adultas dando como resultado organismos incompetentes para un futuro embarazo, el alcoholismo y tabaquismo, fumar en el embarazo eleva el riesgo de un parto prematuro y de problemas en el desarrollo fetal, reduce la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno, el feto tiene mayor dificultad para formarse y desarrollarse normalmente.

El alcohol produce deterioro fetal retrasando su crecimiento o provocando cuadros compatibles con amenaza de aborto, entonces el alcoholismo y tabaquismo son causantes de amenaza de aborto y siendo el control prenatal el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del futuro bebe, sus componentes como la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud materna y neonatal son enfoques interculturales y de género, aportaciones importantes en la madre que evitan que su embarazo peligre y presente amenaza de aborto.

Finalmente el factor socio económico, considera como causantes la instrucción de la paciente, presenta categorizaciones culturales que influyen en el curso de su embarazo, madres de instrucción primaria no dan la importancia necesaria al embarazo dando como consecuencia deficiencias en el binomio madre e hijo, lo contrario ocurre con la mujer que presenta un nivel de educación superior quien es muy aprehensiva y da la importancia que el

embarazo representa en la vida de ella y del entorno, su desconocimiento provoca cuadros compatibles con amenaza de aborto.

El bajo ingreso económico y la ubicación del domicilio siendo este rural o urbano, es sinónimo de estrés, indicador de mala salud tanto física y mental comportamientos de salud desfavorables, y no asistencia a los centros de salud para el control prenatal aumentando así los cuadros de amenaza de aborto. **CDIU, ver en anexos 2**

2.6 Gestión de datos.

El marco teórico fue elaborado en función de datos investigados a través de páginas de internet, revistas, libros, anotaciones documentadas, todo el material con fundamentos científicos y respaldos médicos, en periodos establecidos en las normas para la elaboración del trabajo de titulación especial.

Teniendo como fundamento las historias clínicas realizadas con las pacientes que acuden a la Clínica Inglaterra, se determinó en base a los referentes teóricos, a los factores y a las dimensiones previamente estructuradas en el CDIU, la elaboración de una ficha de recolección de datos cuyos componentes fueron los factores y sus causas más relevantes que ocasionaron la presencia de la amenaza de aborto.

Edad, Fisiológica y anatómicamente la mujer tiene una edad en la cual se encuentra en condiciones ideales para el embarazo, mujeres menores de 15 años su organismo no ha alcanzado el desarrollo óptimo para su papel reproductivo y las mujeres mayores de 37 años por su deficiencia hormonal presentan riesgo de amenaza de aborto.

El nivel de educación de la paciente influye directamente en la presencia de la amenaza de aborto, se encuentra que mujeres con bajo nivel de educación presenta menos o ausencia de controles prenatales, caso contrario sucede con las pacientes de nivel educativo secundario o superior quienes llevan un control más metódico de su embarazo.

El estado Civil, la paciente cuyo estado civil es casada es la mejor usuaria para los controles prenatales, evitando de esta manera la presencia de la amenaza de aborto, su estado civil le favorece a la par con su situación económica, el poder acudir con más frecuencia a los controles y la realización de los exámenes específicos del primer trimestre de embarazo. La paciente soltera o unión libre su situación social y económica no le permite llevar un control adecuado, asiste a la consulta cuando el cuadro clínico ya se ha presentado.

Control prenatal, está asociado al factor instrucción de la paciente, se considera que aún menor nivel educativo, menor asistencia a controles prenatales, y un nivel educativo superior nos dará pacientes con controles prenatales continuos.

Antecedente obstétrico, considero de especial importancia tabular de manera estadística las gestaciones, partos y abortos de las pacientes en estudio, así como pacientes con abortos anteriores corren mayor riesgo de una amenaza de aborto. Caso que no ocurre con las pacientes que no han tenido abortos anteriores.

Dosificación de progesterona, este examen lo considero importante en el momento de diagnosticar una amenaza de aborto, primero sirve de diagnóstico de embarazo, y segundo determina el futuro de este embarazo, niveles bajos de progesterona mayor riesgo de amenaza de aborto. **La ficha de recolección de datos va en anexos 3**

2.7 Criterios éticos de la investigación.

Se procesó la información a través de la estadística descriptiva que nos permitió elaborar tablas a partir de las variables de la investigación con sus respectivas frecuencias y expresar en términos de porcentaje para culminar con un análisis cualitativo y cuantitativo, la validez y confiabilidad de la investigación fue factible por ser realizada en la consulta privada, donde el seguimiento de los casos de amenaza de aborto se dieron en forma documentada pudiendo llegar a las conclusiones estadísticas representadas en las tablas y gráficos.

Puesto que de ello la información se considera confiable para determinar cuáles son las causas de mayor incidencia en la amenaza de aborto y proceder a elaborar un modelo de atención obstétrica en pacientes con amenaza de aborto, y así prevenir, y lograr que este cuadro clínico disminuya, favoreciendo así la salud de la paciente. **Certificado de aprobación Anexos 4**

Declaración de Helsinki, Ha sido promulgada por la Asociación Médica Mundial, como un acuerdo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos. El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente el pro y contra, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica.

El bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y la sociedad.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Antecedentes de la unidad de análisis o población

La presente investigación se realizó en la Clínica Inglaterra, unidad médica que está ubicada en la ciudad de Quito, la misma que brinda los siguientes servicios:

- Medicina y Cirugía General. Emergencias.
- Laboratorio Clínico e Histopatológico.
- Ginecología y Obstetricia. Urología. Neonatología.
- Pediatría. Cirugía laparoscópica.
- Servicio de Imagenología y Colposcopia.

El universo está conformado por todas las pacientes que acuden a la Clínica Inglaterra, el mismo que encuentra ubicada en la ciudad de Quito, el 30 % de la población corresponde a un grupo de habitantes que van de 1 a 29 años con una proporción urbana del 71%, y una población rural de 29% por ser un unidad de servicios que cuenta con 35 años de funcionamiento, el flujo asistencial de pacientes permite realizar el presente estudio.

La muestra se limitó a 100 pacientes que fueron atendidas en el periodo de Enero 2015 a Junio 2016, sus datos fueron obtenidos de acuerdo los criterios de inclusión, de las historias clínicas previamente elaboradas, las mismas que reposan en el servicio de estadística de la unidad, **Análisis de la situación de salud de la institución donde se trabaja (ASIS). Anexos 5**

3.2 Diagnóstico o estudio de campo.

Los factores maternos son parte de un análisis de este estudio es por esta razón que se ha tomado información de la investigación realizada por la Dra. Cristina Martín quien afirma que la amenaza de aborto está relacionada a la edad de la paciente, mayores de 30 años, mayor riesgo de amenaza de aborto, llegando a un 75% de abortos espontáneos

Las Doctoras Viridiana López y Ana Luisa Miranda consideran que abortos anteriores pueden originar amenaza de aborto en el embarazo actual, el riesgo es un 12%.

Es necesario caracterizar la clase de sangrado uterino que presenta la paciente con amenaza de aborto, Gonzales, en su estudio nos dice que del 20 al 30% de embarazadas presenta hemorragias en el primer trimestre, siendo de diferentes etiologías.

También estudiamos todo sangrado que se presente antes de la semana 20, para identificar su origen y predecir su final, así: Lopez, Miranda nos dice que alrededor del 20% de las mujeres embarazadas presentan estas complicaciones.

Uno de los factores que está relacionado a la amenaza de aborto es la edad de la paciente ya que estudios adicionales demuestran que existe un mayor riesgo a una edad avanzada, Nybo en un estudio según la edad de la madre el 51% de amenaza de aborto se produce en mujeres de 40 a 44 años y el 93.4 % en mujeres mayores de 45 años.

A esto se suman los antecedentes obstétricos, en la Revista Sura, el Director de Programas de Calidad de Vida certifica que estos antecedentes influyen en la amenaza de aborto.

Stephenson, Awartani, Robinson, en sus estudios realizados a comprobado que la anormalidad cromosómica es motivo de amenaza de aborto con valores que oscilan del 29 al 57% en las muestras estudiadas.

Calle, Barrera, & Guerrero, habla de la incidencia de la anemia materna en la amenaza de aborto, al igual que las enfermedades pre-existentes en la madre. Estudios complementarios demuestran que los factores sanitarios están relaciones a la desnutrición materna, durante la gestación como uno de los riesgos que conlleva a una amenaza de aborto.

Según Montse Arboix el bajo peso de la madre gestante es motivo para presentar amenaza de aborto, siendo importante que las mujeres reciban controles prenatales adecuados.

La investigación realizada por la Dra. Addi Rhode Navarro Cruz, del Departamento de Bioquímica-Alimentos de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Autónoma de Puebla, México, dice. La desnutrición produce deficiencia de micronutrientes dando como consecuencias alteraciones alimenticias en la madre y en el recién nacido.

Otro parámetro analizado dentro de los factores sanitarios son el alcoholismo y el tabaquismo y la prevalencia de tóxicos que en la actualidad está expuesta la mujer.

Blasco-Alonso, y otros, en sus estudios nos dicen que la exposición a tóxicos altera el desarrollo neural del feto, provocando amenaza de aborto, y en ocasiones abortos espontáneos.

Hijona en su estudio relacionado con el tabaquismo nos informa que en fumadoras de más de 10 cigarrillos al día, el riesgo de amenaza de aborto aumenta.

Katsuyoshi & Yasuo M, también realizan un estudio relacionado al consumo de sustancias toxicas y la amenaza de aborto. Epena, nos dice que las condiciones

socioeconómicas el tabaquismo, el consumo de alcohol y el consumo de cafeína son factores que están ligado a la amenaza de aborto.

La Dra. Patricia Asturizaga, Dra. Lilian Toledo Jaldin hacen evidente que la mortalidad materna es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países.

En la actualidad son muy pocas las personas que pueden acceder a una atención oportuna, los costos de atención y medicamentos no siempre están al alcance de las madres gestantes. Lopez, Miranda, llegan a la conclusión que, la edad materna, niveles bajos de progesterona, peso elevado de la madre, abortos anteriores y madres multíparas, son factores de riesgo, relacionados con la amenaza de aborto.

Se deben evaluar cada uno de los riesgos que presentan en el primer trimestre de gestación las pacientes que están siendo tomadas en consideración en la muestra para el trabajo de titulación especial.

La comunidad debería tener mayor accesibilidad para el factor económico teniendo en cuenta que este es uno de los causantes más repetitivos en la amenaza de aborto. El estudio desarrollado demuestra que el factor socio económico es una causa para analizar y para demostrar que su efecto en la sociedad es cada vez mayor y que se requieren de acciones para frenar esta patología.

Fundamentos teóricos de la amenaza de aborto;

Síntomas de la amenaza de aborto.

- Amenorrea secundaria.
- Prueba de embarazo positiva.

- Vitalidad fetal.
- Dolor abdominal con o sin sangrado uterino.
- Fondo uterino acorde con la amenorrea.
- Sangrado uterino antes de la semana 20.

Los riesgos son mayores en:

- Mujeres mayores de 35 años.
- Pacientes con antecedentes de más de 3 abortos espontáneos.
- Pacientes con enfermedades pre-existentes.

Diagnostico.

- Dosificación de Hormona Gonadotropina Corionica Cuantitativa.
- Ecografía Obstétrica.
- Biometría Hemática.
- Control de los glóbulos blancos.

Tratamiento.

- Actitud expectante.
- Verificación de la dilatación cervical.
- Reposo (cuestionado)
- Evitar las relaciones sexuales.
- Administración de fármacos para el dolor abdominal.
- Administración de progesterona cuando esta se encuentre en niveles bajos.
- Realizar eco T.V. o Pélvico obstétrico para verificar la vitalidad fetal.

Pronostico.

- Bueno cuando se suspende el sangrado uterino, y el dolor desaparece.
- Incierto cuando la sintomatología no desaparece.

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia uterina antes de la semana 20 de gestación, puede presentar dolor lumbar tipo cólico, pero no dilatación cervical, existiendo vitalidad fetal.

Los factores más estudiados que inciden en esta patología son: los maternos, sanitarios y socio-económicos, siendo sus causas motivo de investigación en el presente modelo, así tenemos, la edad, instrucción, estado civil, control prenatal, antecedentes obstétricos y la dosificación de progesterona en las pacientes con amenaza de aborto, siendo esta última un efecto a ser estudiado para la elaboración del modelo de emergencia obstétrica.

CUADRO No. 1
EDAD DE LAS PACIENTES

EDAD	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL
	SI	NO	
≥18 <20	4	5	9
≥20 <30	15	35	50
>30	24	17	41
TOTAL	43	57	100

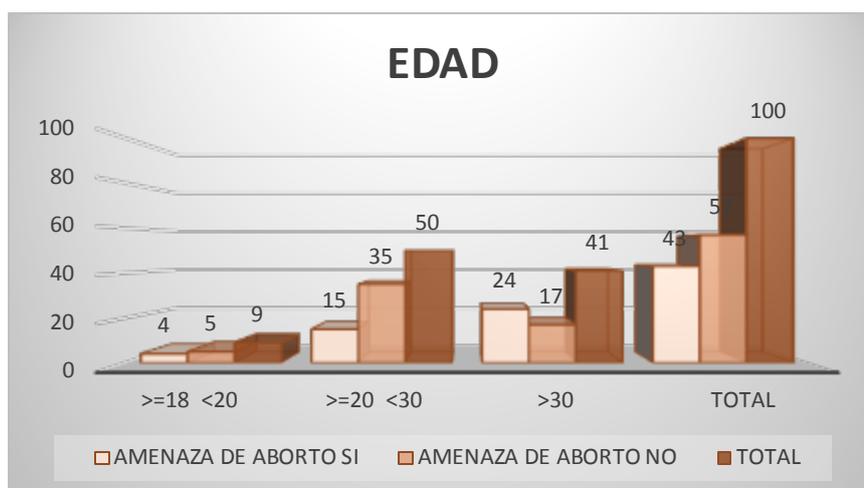


GRÁFICO # 1

Fuente: Clínica Inglaterra.

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo. (2016)

Luego de analizar las historias clínicas se puede indicar que las pacientes con mayor riesgo de amenaza de aborto son las que tienen más de 30 años, y las de menor riesgo las pacientes de 20 a 30 años.

El valor del estadístico del contraste Chi-Cuadrado calculado es 7,4931. El valor de asociado a Chi-Cuadrado Crítico es 5.9915. Por lo tanto a un nivel de significancia de 0,05 debemos rechazar la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto concluir que la edad de los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto (ver anexo 7 Prueba de Chi-Cuadrado).

CUADRO No. 2
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL
	SI	NO	
Mayor Número de Gestaciones	39	16	55
Ant. De Aborto	21	9	30
No Ant. De abortos	4	11	15
TOTAL	64	36	100

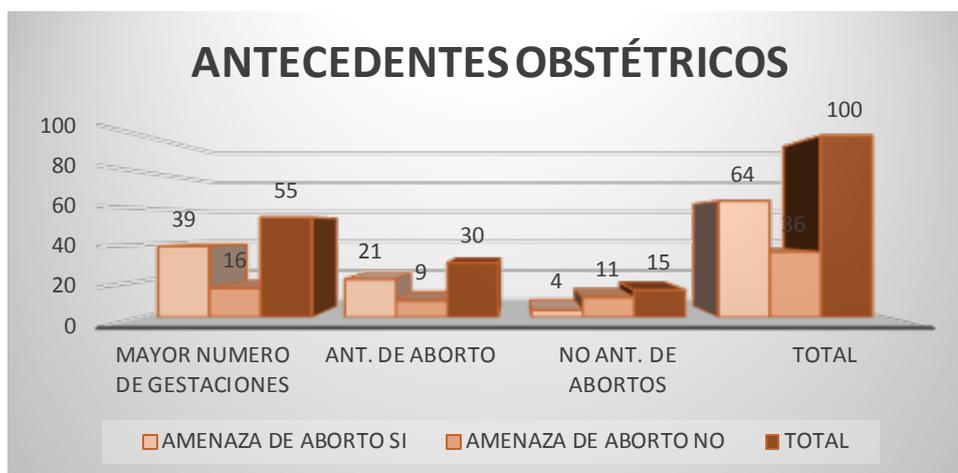


GRÁFICO # 2

Fuente: Clínica Inglaterra.

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo. (2016)

En el presente trabajo de titulación se puede observar que los antecedentes obstétricos juegan un papel importante en la amenaza de aborto, pacientes con mayor gestaciones más riesgo de amenaza de aborto, representan un 55%, pacientes con abortos anteriores presentan el 30 % de riesgo, y el 15% corresponde a partos.

El valor del estadístico del contraste Chi-Cuadrado es 10,6823. El valor de asociado a Chi-Cuadrado Crítico es 5.9915. Por lo tanto a un nivel de significancia de 0,05 debemos rechazar la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto concluir que los antecedentes obstétricos de los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto (ver anexo Prueba de Chi-Cuadrado).

CAPITULO 4

DISCUSIÓN

4.1 Contrastación empírica:

La amenaza de aborto es la complicación más común durante el embarazo. En las mujeres menores de 30 años de edad, se estima que la mitad de los óvulos fecundados muere antes de seguir adelante con el embarazo y en mayores de 30 años este valor es aún mayor. La mayoría de los abortos espontáneos (75%) ocurren en el primer tercio del embarazo (1er trimestre). Como muchos abortos tempranos pasan inadvertidos a menudo, sólo se puede estimar el número real de forma aproximada. Muchos abortos espontáneos tempranos se consideran como una hemorragia menstrual. (Onmeda, 2010, pág. 1)

En el estudio realizado en la consulta privada las pacientes con mayor riesgo de amenaza de aborto son las que cursan la edad 20 a 30 años con un 50% de riesgo.

En esta misma línea de Investigación las Doctoras Viridiana López y Ana Luisa Miranda consideran que existe riesgo de una amenaza de aborto cuando las mujeres tienen antecedentes de aborto, el riesgo es un 12%, y “con al menos un hijo nacido vivo, este porcentaje aumenta con la paridad y la edad, pudiendo llegar a ser de un 50% en mujeres mayores a 35 años” (López & Miranda, 2016, pág. 45).

Como resultado del estudio encontramos que pacientes con antecedentes aborto presentan un 30% de riesgo.

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo. (Gonzales, 2011, p. 495)

Resultado, si se considera factible el 20 al 30 % de hemorragias uterinas en el primer trimestre de embarazo.

El sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación es la complicación más común durante el embarazo, ocurre en alrededor del 20% de las mujeres embarazadas; aproximadamente la mitad de estas terminara en un aborto espontáneo y el 17% presentará complicaciones tardías durante el embarazo. (Lopez, Miranda, 2014, p.1)

El sangrado vaginal antes de la semana 20 de gestación se la considera como amenaza de aborto en primera instancia, siendo necesario especificar su origen.

Un estudio con más de 1200000 mujeres permitió estratificar la amenaza de aborto espontáneo, según la edad materna. De esta manera, el riesgo de aborto espontáneo es de 13,3% para mujeres entre 12 y 19 años; 11,1% en mujeres de 20 – 24 años; 11,9% en mujeres de 25 – 29 años; 15% en mujeres de 30 – 34 años; 24,6% en mujeres de 35 – 39 años; 51% en mujeres de 40 – 44 años y 93,4% en mujeres de 45 o más años. (Nybo, et, al. 2000, p.320)

El resultado del estudio de la consulta privada el riesgo de amenaza de aborto lo presentan las pacientes de 20 a 30 años de edad, con un riesgo del 50 %.

Diversos estudios han comprobado que existe anormalidad cromosómica hasta en el 60% de biopsias coriales realizadas a pacientes con un nuevo embarazo y con el antecedente de tres o cuatro pérdidas gestacionales previas, del mismo modo que en los tejidos abortivos extraídos de mujeres con aborto de repetición existen tasas de anormalidad cromosómica que oscilan desde el 29 al 57% y que en las muestras procedentes de estudio genético preimplantacional, donde se ha comprobado una mayor frecuencia de embriones aneuploides entre las mujeres con aborto de repetición, respecto de las mujeres sin dicho antecedente. (Stephenson, Awartani, Robinson, 2012, p. 17)

Se considera de importancia realizar estudios genéticos y cromosómicos a los padres de los futuros hijos, para comprobar estas alteraciones como factores predisponentes a la amenaza de aborto.

“Un cuadro de mayor gravedad se da por la alta incidencia de anemia, que en los países en desarrollo constituye mayor mortalidad materna”(Calle, Barrera, & Guerrero, 2015, pág. 2).

La anemia sigue siendo un factor predisponente para la amenaza de aborto, pacientes con anemia ferropénica presentan sangrados uterinos que pueden llevar a la culminación de su gestación en etapa temprana.

Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de amenaza de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal. (Montse Arboix , 2012, pág. 2)

El control prenatal sigue siendo un factor importante de ser cumplido por la madre para evitar la amenaza de aborto, se puede corregir a tiempo toda deficiencia por la madre presentada.

La investigación realizada por la Dra. Addi Rhode Navarro Cruz, del Departamento de Bioquímica-Alimentos de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Autónoma de Puebla, México, dice. “los cambios fisiológicos propios del embarazo pueden verse agravados por desnutrición, desastrosas consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido” (Navarro, 2015, pág. 12).

El control prenatal es un compromiso que la madre adquiere para salvar la vitalidad de su futuro hijo, lo debe realizar con conciencia y con responsabilidad.

La población de mujeres que quedan embarazadas es similar a la de la población general, por lo que la exposición fetal a tóxicos es elevada en el período de mayor vulnerabilidad, sobre todo en relación al neuro desarrollo y la organogénesis. (Blasco-Alonso, y otros, 2015, pág. 1)

El estudio del riesgo de amenaza de aborto por exposición a tóxicos, es un factor de gran importancia, poco estudiado en la consulta privada, quedando como expectativa para un modelo de atención prenatal.

“El riesgo de aborto ha sido confirmado en fumadoras de más de 10 cigarrillos por día. Se estima que cada año se producen entre 19.000 a 141.000 abortos como consecuencia del hábito del tabáquico” (Hijona, 2009, p.235).

Madres fumadoras presentan hijos de bajo peso, teniendo como riesgo mínimo presentar amenaza de aborto.

El consumo de sustancias tóxicas en los periodos de gestación traen complicaciones a la madre, la mayor parte de los casos la amenaza de aborto es recurrente puesto que los problemas se generan antes y durante el embarazo, a esto se suma la falta de un control prenatal factor que conlleva a un escenario poco alentador para el desarrollo del feto. (Katsuyoshi & Yasuo M, 2014)

El consumo o la exposición a sustancias tóxicas por parte de la madre gestante, trae consecuencias desfavorables al feto, el control prenatal llevado a tiempo, corrige estas anomalías, “el tabaco sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables

asociados con la amenaza de aborto, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal” (Hijona, 2009, pág. 7).

Evitar el consumo de tabaco en madres gestantes evitaría esta serie de problemas relacionados con la amenaza de aborto.

Otros de los factores que están ligado a este problema sanitario son “las condiciones socioeconómicas, el consumo de caféina, el tabaquismo o el consumo moderado de alcohol” (Epena, 2016, pág. 1).

Las condiciones socio-económicas, se encuentran íntimamente ligadas a la amenaza de aborto, las condiciones económicas, el bajo ingreso, el estrato social desfavorable son condiciones que impiden el desarrollo normal del embarazo.

A pesar de ser uno de los objetivos de desarrollo, las cifras demuestran lo contrario la pobreza cada vez se incrementa, los niveles de ingreso de la familia disminuyen y su calidad de vida se afectada por factores externos. Son muy pocas las opciones del gobierno para frenar problemas existente (FIGO, 2014, págs. 1-2).

El estudio desarrollado demuestra que el factor socio económico es una causa para analizar y para demostrar que su efecto en la sociedad es cada vez mayor y que se requieren de acciones para frenar esta patología.

Los factores de riesgo relacionados con una amenaza de aborto son: Edad materna ≥ 34 años. Edad paterna ≥ 41 años, Niveles bajos de progesterona, Índice de masa corporal elevado de la madre, Historia previa de amenaza de aborto o 3 o más abortos, Paciente múltipara (Lopez, Miranda, 2014, p.1).

Como resultado son factores de riesgo en la amenaza de aborto, la edad materna, niveles bajos de progesterona, peso elevado de la madre, y abortos previos al embarazo actual.

La comunidad debería tener mayor accesibilidad para el factor económico teniendo en cuenta que este es uno de los causantes más repetitivos en la amenaza de aborto.

4.2 Limitaciones:

Por haber realizado el trabajo de titulación en la Clínica Inglaterra no fue posible abordar otras causas que considero importante para la elaboración del modelo de atención obstétrica en la amenaza de aborto, siendo una de ellas la situación demográfica porque depende del domicilio de la paciente y la distancia con el centro de asistencia médica lo que favorece o impide que ella reciba esta atención, otro factor de estudio que considero importante es el trabajo que desempeña la paciente, como la exposición a sustancias tóxicas que en la actualidad poco o nada de importancia se le da, quedando como expectativa para un futuro trabajo estas limitaciones.

4.3 Líneas de investigación

Con el estudio de la situación demográfica del sitio donde reside la paciente se puede valorar la factibilidad de acudir al centro de salud más cercano o la dificultad de acercarse a este, y obtener datos del porque la paciente no acude a los controles prenatales y provoca cuadros clínicos compatibles con la amenaza de aborto. El trabajo que desempeña la paciente es importante estudiarlo especialmente con aquellas usuarias que están expuestas a sustancias tóxicas como el plomo, mercurio y sustancias químicas, que producen alteraciones en el aparato reproductor de la paciente provocando la amenaza de aborto.

4.4 Aspectos relevantes

Lo significativo en este estudio fue la edad de las pacientes, según el registro la usuaria mayor de 30 años fueron las que presentaron mayor porcentaje de amenazas de aborto quedando esto como un factor importante a tratar en los modelos de atención obstétrica, y que según los resultados de los referentes empíricos contrastamos con mi estudio realizado.

Otro punto importante en el estudio realizado y que se confirma es que el control prenatal a tiempo y bien llevado es un factor que disminuye la incidencia de amenaza de aborto, a mayor control prenatal menos porcentaje de amenaza de aborto, dato que se refleja en la contrastación empírica.

El factor socio-económico fue de gran importancia en la prevención de la amenaza de aborto, el bajo ingreso económico de las pacientes, impiden que ellas puedan recibir un control prenatal digno, la sociedad juega un papel de relevancia frente a la gestación de la madre soltera, todo en conjunto juzgan el embarazo en un estrato socio-económico desfavorable.

La novedad, según los datos obtenidos de la muestra estudiada en la Clínica Inglaterra, la administración de progesterona, con exámenes previamente realizados a las pacientes con amenaza de aborto, y que presentaron niveles bajos de esta hormona, dio resultados favorables en el tratamiento de emergencia de la amenaza de aborto en la consulta privada, a pesar de ser muy controvertida su utilización, y en ocasiones poco o nada utilizada por profesionales de ésta especialidades.

CAPITULO 5

PROPUESTA

Título: Modelo de atención obstétrica emergente en pacientes con amenaza de aborto.

Introducción:

La elaboración de un modelo de atención obstétrica emergente en pacientes con amenaza de aborto que acuden a la Clínica Inglaterra tendrá como estrategia los siguientes componentes, una guía con procedimientos para la prevención, diagnóstico y tratamiento eficaz en la amenaza de aborto, contando con un personal capacitado, que brinde la asistencia necesaria a la paciente gestante, el presente modelo tiene como finalidad disminuir las secuelas y la morbilidad materna, estableciendo unos procedimientos óptimos, eficaces y eficientes para atender los casos de amenaza de aborto en la consulta privada.

Justificación:

Contando con recursos humanos como el personal que labora en la Clínica y la factibilidad de obtener datos de las historias clínicas elaboradas con pacientes que acuden a este servicio, se hizo posible la obtención de la muestra que sirvió para realizar el estudio del presente trabajo de titulación especial.

Beneficiarios:

Todas las pacientes que acuden a la Clínica Inglaterra con diagnóstico de amenaza de aborto.

Objetivo:

Realizar un modelo de atención emergente, aplicable a pacientes que acuden con amenaza de aborto en la consulta privada, siendo éste eficaz y eficiente.

Ubicación espacial:

El consultorio ubicado en la ciudad de Quito, en la Clínica de Especialidades Médicas, Inglaterra. S.A. Tipo II, Nivel de Atención Hospitalaria- Hospital Básico.

Factibilidad:

Me es factible realizar la muestra con las historias clínicas previamente elaboradas con las pacientes que acuden a este servicio, guardando el respeto y la confiabilidad que sus datos se merecen.

Estrategias:

La estrategia para establecer un modelo de atención obstétrica para prevención, diagnóstico y tratamiento en casos de amenaza de aborto a pacientes de consulta privada tendrá los siguientes componentes:

- Establecer una guía con los procedimientos para prevención, diagnóstico y tratamiento en casos de amenaza de aborto a pacientes de consulta privada
- Documentar la información
- Capacitar al personal de soporte.

Metodología:

La guía de procedimientos deberá contener: Diagrama de flujo, procedimientos preventivos, diagnóstico, tratamiento y pacientes con Amenaza de Aborto clínicamente estables.

El diagrama de flujo deberá contener la siguiente simbología:

Simbología para la elaboración de diagramas de flujo

SÍMBOLO	ACTIVIDAD/DEFINICIÓN
Terminal: Inicio y terminación de un procedimiento	
Operación: Actividad, tareas, procedimientos o procesos que debe desarrollarse.	
Decisión o alternativa: Indica un punto dentro del flujo en que son posibles caminos alternativos dependiendo de una condición dada.	
Documento: Representa cualquier tipo de documento que se requiera para el proceso o procedimiento y aporta información para que este se pueda desarrollar.	
Conector de página: Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente, den la que continúa el diagrama de flujo.	
Sentido de circulación del flujo de trabajo: conecta los símbolos; señala el orden en el que se debe ejecutar los distintos pasos, define de esta manera la secuencia del proceso	
Conector: Es un símbolo que facilita la continuidad de las rutinas de trabajo, evitando la intersección de líneas. Normalmente se indica la continuidad de un paso con otro a través de letras o números insertos en el símbolo.	

Fuente: (ANSI, 2010)

Metas:

La meta del presente procedimiento es disminuir los riesgos en los casos de amenaza de aborto que se presenten en la consulta privada. Se busca ante ello establecer los procedimientos óptimos y con mayor eficiencia, velocidad y efectividad, para atender los casos y tratar la amenaza de aborto bajo parámetros clínicos aplicados a la consulta privada.

Recursos:

Recursos humanos fueron los que intervinieron en la elaboración de este modelo, para la obtención de datos estadísticos, los mismos que fueron recolectados por la Obst. Sonia Vinueza Castillo, en la Clínica Inglaterra de las historias clínicas elaboradas con las pacientes atendidas en esta unidad de salud.

Los materiales, obtención de información científica y acreditada de documentos relacionados al tema, revistas, folletos y páginas actualizadas sobre este tema, dentro del grupo de materiales, están los ubicados en el área física de la Clínica.

Cronograma

Actividades	mes	Agosto 2016				Septiembre 2016				Octubre 2016			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Establecimiento del programa de prevención, diagnóstico y tratamiento en casos de amenazas de aborto	Semana												
Documentación de programa													
Capacitación al personal involucrado													
Estudio y análisis del programa con el personal involucrado													
Aplicación del programa. (Procedimientos preventivos, Atención de emergencia)													

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo (2016)

Presupuesto

Desarrollo del programa	500
Documentación	50
Capacitación	300
Adquisición de equipo de soporte	1500
TOTAL	2350

Impacto:

Todo programa que permita evitar riesgos tanto de mujeres como de niños tiene un impacto favorable a la sociedad. El presente programa tiene como fin evitar estos riesgos en caso de amenaza de aborto, por lo que podrá beneficiar al grupo de pacientes de la Clínica Inglaterra, pero a su vez servirá para la aplicación en consultas privadas a todos los profesionales dedicados a esta área y por lo cual puede tener un impacto mucho mayor.

Conclusiones

El fundamento teórico de la amenaza de aborto, es la presencia de sangrado uterino, que puede venir acompañado de dolor pélvico, con vitalidad fetal conservada, sin dilatación cervical.

El tratamiento siempre es emergente y por consiguiente éste debe ser eficaz y conciso se recomienda el reposo y la administración de antiespasmódicos, y de acuerdo a los niveles de progesterona sérica la administración de este fármaco hasta la resolución favorable de la amenaza de aborto.

Los factores que inciden en la amenaza de aborto son varios, en el estudio nos limitaremos a los factores maternos, sanitarios y socio-económico.

La edad de la madre es causa importante de ser valorada estadísticamente, esta mantiene una relación con la amenaza de aborto, en nuestro estudio las pacientes mayores de 30 años presentaron mayor porcentaje en la incidencia de amenaza de aborto.

El control prenatal es otra de las causas que influyen en la amenaza de aborto, este control debe ser orientado a proporcionar información clara sobre el proceso que está viviendo la paciente, debe ser dirigido por profesionales competentes, que alerten a la paciente sobre cualquier sintomatología que ella presente, y comprometerla a continuar realizando los controles prenatales establecidos, así, cuando presente alguna alteración en el transcurso del embarazo acuda al servicio de salud.

Recomendaciones

Anatómica y fisiológicamente la mujer tiene una edad ideal para el embarazo, guardando las condiciones ideales para la continuación del mismo, en la mujer menor de 15 años su organismo no presenta un desarrollo fisiológico para la función reproductiva, lo cual favorece la presencia de amenaza de aborto o partos prematuros, mujeres mayores de 35 años el riesgo de amenaza de aborto es mayor, la calidad de sus células reproductivas ha disminuido y su aparato reproductor va perdiendo su normalidad fisiológica.

Los extremos de las edades traen consecuencias fatales para el embarazo, en nuestro estudio los años ideales fueron de 20 a 30 años, disminuyendo el riesgo de amenaza de aborto.

El control prenatal se define como el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la mujer gestante, con la finalidad de identificar sus factores de riesgo.

Los objetivos de control prenatal son, asegurar la mejor condición física y mental para el binomio madre e hijo, también se logra la detección temprana de los grupos de riesgos, logrando la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil.

La edad de la madre y los controles prenatales adecuados, favorecen la terminación de la gestación sin presentar patologías en el binomio madre e hijo, evitando la presencia de amenaza de aborto en estas madres gestantes.

Bibliografía

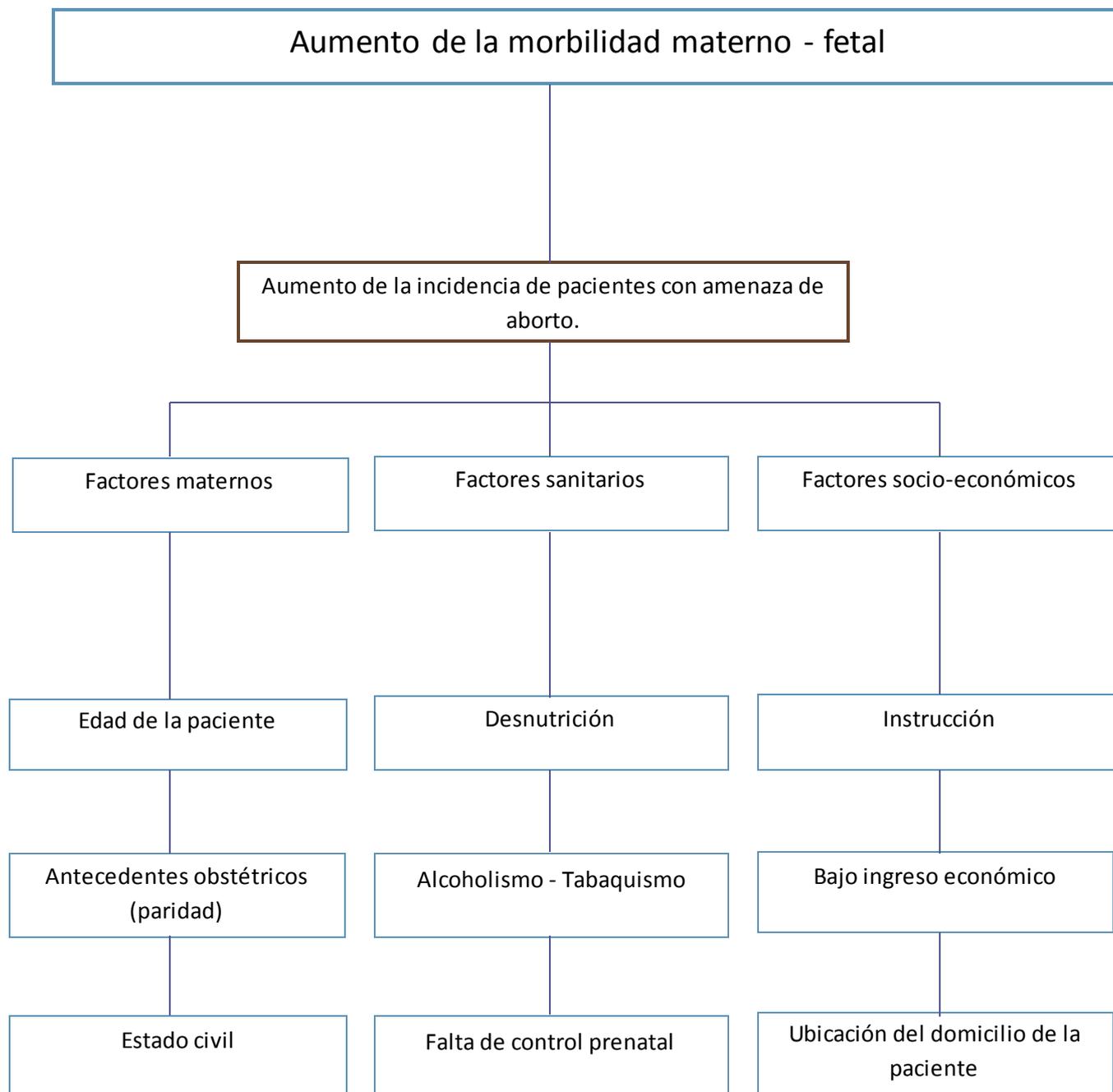
1. Applegate M, Gee RE, Martin Jr JN. (2014). Improving maternal and infant health outcomes in Medicaid and the children's health insurance program. *Obstet Gynecol.* 124:143-9. PMID: 24901270 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901270
2. Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel E. (2012). *Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo* (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, Número 4.
3. ACR. (2016). American College of Radiology . *Guía de técnicas de imagen* , 1-45.
4. Asturizaga, P., & Toledo, L. (2014). Hemorragia Obstétrica . *Revista médica la paz* , 1(ISSN 1726-8958), 1-22.
5. Blasco-Alonso, M., González-Mesa, E., Montes, M. G., Bravo, I. L., Galdón, F. M., Campos, F. C., . . . José Herrera Peral, I. B. (2015). Revista ADICCIONES: las gestantes y el abuso de tabaco, alcohol y drogas. *Revista ADICCIONES*, 25-45.
6. C. Holmgren, J., & Scott, T. P. (2014). Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: Decision-to-delivery time and neonatal outcome. *Obstet Gynecol*, 725.
7. Cabero, L., & Rodriguez, S. (2012). *Obstetricia y medicina materno -fetal*. Madrid : Panamericana .
8. Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2015). Diagnóstico y manejo de hemorragia postparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetrica*, 1-11.
9. Cernadas, C. (2012). Procedimientos en neonatología . *Procedimientos* (págs. 1-22). México : Panamericana .
10. Donoso, E., & Carvajal, J. A. (09 de 2012). *El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&d=S0034-98872012001000003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>.

11. Epena. (08 de 07 de 2016). *SOS ¿Se puede prevenir una amenaza de aborto?* Obtenido de Mujerpandora : <http://mujerpandora.com/familia/sos-se-puede-prevenir-una-amenaza-de-aborto-5029/>
12. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. (2012). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Publicación científica CLAP/SMR.No. 1594. OPS. ISBN: 978-92-75-31720-4
13. FIGO. (2014). Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee . *Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings*, 1-2.
14. Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Hauser R, et al. (2014). Maternal prepregnancy folate intake and risk of spontaneous abortion and stillbirth. *Obstet Gynecol*. Jul;124(1):23-31. PMID: 24901281 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901281
15. Guzmán, S., & Cedillo, F. (2012). *Fundamentos para el ejercicio de la medicina. Guía para el examen de residencias médicas ERM*. México : Manual Moderno .
16. Hacker, N. F., Gambone, J., & Hobel, C. J. (2014). *Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore*. México : Manual Moderno .
17. ICH GCP . (2011). International Conference on Harmonisation of Technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use. . *GOOD CLINICAL PRACTICE* .
18. Iruetaguena, A., Segundo, U., & Pikatza, J. (2013). *Administración del portal de Guías Clínicas Informatizadas Aide*. México : Editorial Académica Española, .
19. Jurkovic, Davor, Overton, C., & Bender-Atik, R. (2015). Aborto involuntario en el primer trimestre. *IntraMED*, 2-15.
20. Katz VL. (2012). 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
21. Katsuyoshi, K., & Yasuo M, T. (2014). A case of placenta percreta with massive hemorrhage during cesarean section. . *The Journal of medical investigation*, 2-18.
22. Lucio, F. d., & Díaz, R. (2012). *Salud Social y Reproductiva Guías para la continua atención de la mujer y la niñez focalizada en APS* . Montevideo : CLAP.
23. Mbizvo, M., Chou, D., & Shaw, D. (2013). Today's evidence, tomorrow's agenda: implementation. *Int J Gynaecol Obstet* . , 8.
24. Ministerio de Salud . (2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo diferido y recurrente Guía de práctica Clínica* . Ecuador : Ministerio de Salud .

25. Neilson, J., Gyte, G., Hickey, M., Vazquez, J., & Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete. *Cochrane Database Syst R*, 28.
26. OMS . (2015). *Mortalidad* . Estados Unidos : OMS.
27. Oyarzún, .. E., & Kusanovic, J. P. (2014). Urgencias en obstetricia . *Revista Clínica las Condes* , 4-7.
28. Quintanar, L. (2016). *Manual del Médico Interno de Pregrado*. México : Intersistemas .
29. Raymond EG, S. C. (2013). First trimester medical abortion with. *a systematic review*, 26-37.
30. Sánchez, A., Fernández, J. L., Tovala, A., Hernández, I., Sánchez, A., & Carrillo de Gea, J. M. (2014). Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria . *ELSEIVER*, 1-22.
31. SEGO. (2013). Rotura uterina Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia . *Revista Médica* , 28-29.
32. Servicios de salud de Veracruz . (2015). Fomato unico para la integración de presupuesto de investigación . 1-18.
33. Solari, A. A., Solari, G. C., Wash, F. A., Guerrero, G. M., & Enríquez, G. O. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica* , 2-25.
34. Soler, J., & Raurich, J. (2015). *Comunicacion y atención promaria para alumnos de medicina* . España : Universitat de Lleida .
35. Vera, L. (2016). La investigación cualitativa. Universidad Interamericana. <http://www.ponce.inter.edu/cai/Comite-investigacion/investigacion-cualitativa.html>
36. Zapardiel, I. De la Fuente, J. Bajo, J. M. (2010). *Guía de urgencias en obstetricia y ginecología*. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Madrid. ISBN: 978-84-936046-1-5

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

C	D	I	U
Categorías	Dimensiones	Instrumento	Unidad de análisis
Maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil. - Antecedentes obstétrica. - Edad de la paciente. 	Historias Clínicas.	100 pacientes.
Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de control prenatal. - Alcoholismo, tabaquismo. - Desnutrición. 	Historias Clínicas.	100 pacientes.
Socio-económico	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación del domicilio de la paciente. - Bajo ingreso económico. - Instrucciones 	Historias Clínicas.	100 pacientes.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
Variables Independientes Modelo de atención obstétrica	El impacto de la implementación de procedimientos emergentes frente a situaciones de amenaza de aborto permitirá reducir considerablemente los factores involucrados con una atención oportuna.	HISTORIAS CLINICAS	1.- Resultados de las estadísticas obtenidas. 2.- Tabulación de los resultados 3.- Establecer modelo de prevención.
Variables Dependientes En amenaza de aborto aplicado a pacientes que acuden a la consulta privada	Los factores maternos son un referente de información para determinar una patología relacionada, en este sentido se analizan aspectos como la edad, antecedentes obstétricos y el estado civil.		

ANEXO 3**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Nombre.....

Edad.....

Estado civil.....

Instrucción.....

Residencia.....

Antecedentes Obstétricos:

G P A

F.U.M.:.....

Motivo de la consulta

Edad gestacional

Exámenes:

Dosificación de la Hormona Gonadotropina Coriónica Cuantitativa: (D.H.G.C)

Biometría Hemática.

Ecografía Obstétrica:

ID:

Tratamiento.

ANEXO 3

No	EDAD	INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	TUVO CONTROL PRENATAL	ANTECEDENTES OBSTETRICOS			DOSIFICACION DE PROGESTERONA
					(G) GESTACION	(P) PARTOS	(A) ABORTOS	
1	18	secundaria	soltera	No	1	0	0	bajo
2	20	secundaria	casada	No	2	1	0	bajo
3	24	secundaria	casada	No	2	0	1	bajo
4	30	secundaria	soltera	Si	3	1	1	bajo
5	31	Primaria	casada	No	3	1	1	bajo
6	33	secundaria	casada	No	3	2	0	normal
7	40	Primaria	casada	Si	5	2	2	bajo
8	38	Primaria	casada	No	4	2	1	normal
9	37	Primaria	casada	No	3	2	0	normal
10	40	Primaria	casada	No	3	1	1	bajo
11	25	secundaria	soltera	Si	2	0	1	bajo
12	26	secundaria	soltera	No	2	1	0	normal
13	29	Primaria	soltera	No	4	2	1	bajo
14	31	secundaria	casada	Si	7	1	0	normal
15	33	Primaria	casada	Si	2	1	0	normal
16	38	Primaria	casada	No	5	2	2	bajo
17	44	Primaria	casada	No	5	3	1	bajo
18	40	secundaria	soltera	Si	3	2	0	normal
19	25	secundaria	casada	Si	3	1	1	bajo
20	28	Primaria	casada	No	3	2	0	normal
21	21	Primaria	soltera	No	2	1	0	normal
22	30	secundaria	casada	Si	3	1	1	bajo
23	31	secundaria	casada	Si	3	2	0	normal
24	34	Primaria	soltera	No	4	2	1	bajo
25	34	Primaria	soltera	No	4	2	1	bajo
26	32	secundaria	casada	Si	3	2	0	normal
27	31	secundaria	casada	No	3	1	1	bajo
28	30	secundaria	soltera	No	3	0	2	bajo
29	29	Primaria	soltera	No	3	0	2	bajo
30	25	Superior	soltera	Si	2	1	0	normal
31	21	secundaria	soltera	Si	2	0	1	bajo
32	22	Superior	casada	Si	2	1	0	normal
33	30	secundaria	soltera	No	3	2	0	normal
34	31	secundaria	casada	No	3	1	1	bajo

No	EDAD	INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	TUVO CONTROL PRENATAL	ANTECEDENTES OBSTETRICOS			DOSIFICACION DE PROGESTERONA
					(G) GESTACION	(P) PARTOS	(A) ABORTOS	
35	34	Primaria	casada	No	4	2	1	bajo
36	33	Superior	casada	Si	3	1	1	bajo
37	38	Primaria	soltera	No	4	1	2	bajo
38	38	secundaria	soltera	No	4	2	1	bajo
39	37	Primaria	casada	No		3	0	normal
40	36	Primaria	casada	No	3	2	0	normal
41	22	Primaria	soltera	No	2	0	1	bajo
42	24	Primaria	casada	No	3	1	1	normal
43	26	secundaria	casada	Si	4	2	1	bajo
44	26	Primaria	casada	Si	2	1	0	normal
45	25	Primaria	casada	No	3	1	1	normal
46	30	secundaria	soltera	No	4	2	1	bajo
47	31	secundaria	soltera	No	3	2	0	bajo
48	33	Primaria	casada	No	4	2	1	bajo
49	32	Primaria	soltera	Si	3	1	1	bajo
50	30	secundaria	soltera	Si	2	0	1	normal
51	37	Primaria	casada	No	5	1	3	bajo
52	36	Primaria	casada	No	5	2	2	bajo
53	35	Primaria	casada	No	2	1	0	normal
54	40	Primaria	casada	No	6	3	2	bajo
55	23	secundaria	soltera	Si	3	1	1	normal
56	22	secundaria	soltera	No	3	2	0	normal
57	25	secundaria	soltera	No	3	1	1	bajo
58	26	secundaria	soltera	Si	2	0	1	bajo
59	26	secundaria	casada	No	3	2	0	bajo
60	25	Primaria	casada	No	4	2	1	normal
61	19	Primaria	soltera	No	2	0	1	bajo
62	21	secundaria	soltera	No	2	1	0	normal
63	23	secundaria	casada	Si	3	1	1	bajo
64	23	Primaria	soltera	Si	3	2	0	bajo
65	25	secundaria	soltera	No	3	1	1	bajo
66	26	Primaria	casada	No	4	2	1	bajo
67	27	secundaria	casada	No	3	2	0	bajo
68	29	secundaria	soltera	Si	3	2	0	normal
69	30	secundaria	casada	Si	3	1	1	bajo
70	31	secundaria	casada	No	2	1	0	normal

No	EDAD	INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	TUVO CONTROL PRENATAL	ANTECEDENTES OBSTETRICOS			DOSIFICACION DE PROGESTERONA
					(G) GESTACION	(P) PARTOS	(A) ABORTOS	
71	33	secundaria	casada	No	3	2	0	bajo
72	38	Primaria	casada	No	5	3	1	normal
73	25	secundaria	soltera	Si	3	1	1	bajo
74	26	Primaria	soltera	No	3	1	1	bajo
75	23	secundaria	soltera	No	2	1	0	bajo
76	22	secundaria	soltera	No	2	0	1	normal
77	21	secundaria	soltera	Si	2	1	0	bajo
78	19	Primaria	soltera	No	2	0	1	bajo
79	20	secundaria	soltera	No	1	0	0	bajo
80	20	secundaria	soltera	No	2	1	0	normal
81	33	secundaria	casada	Si	2	1	0	normal
82	41	secundaria	casada	No	6	3	2	bajo
83	28	secundaria	soltera	No	4	1	2	bajo
84	30	Superior	soltera	Si	3	1	1	normal
85	25	Primaria	casada	No	3	2	0	bajo
86	19	Primaria	soltera	no	3	1	1	bajo
87	18	secundaria	soltera	no	1	0	0	bajo
88	22	secundaria	casada	no	1	0	0	bajo
89	25	secundaria	casada	si	2	0	1	bajo
90	26	secundaria	casada	no	3	0	2	bajo
91	31	Superior	soltera	si	3	1	1	normal
92	32	Primaria	casada	si	4	2	1	normal
93	34	secundaria	casada	si	3	2	0	bajo
94	35	secundaria	casada	no	3	1	1	bajo
95	36	Primaria	soltera	no	3	2	0	bajo
96	38	Superior	soltera	si	3	1	1	bajo
97	25	secundaria	soltera	no	2	0	1	bajo
98	26	Primaria	soltera	si	4	2	1	normal
99	21	secundaria	soltera	no	1	0	0	normal
100	18	secundaria	soltera	no	2	0	1	normal

Referencias.

INSTRUCCIÓN	EDAD	CONTROL PRENATAL	ANTECEDENTES OBSTETRICOS	DOSIFICACIÓN DE PROGESTERONA	ESTADO CIVIL
Sin Educación	< 19 Años	Si	Gestación	Bajo <50 m.U.I	Soltera - Unión Libre
Primaria	20-30 Años	No	Partos	Normal >50 m.U.I	Casada
Secundaria	>30 Años		Abortos		Viuda
Superior					Divorciada

CUADRO No.3
INSTRUCCIÓN DE LA PACIENTE

INSTRUCCIÓN	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL
	SI	NO	
Primaria	28	12	40
Secundaria	16	38	54
Superior	2	4	6
TOTAL	46	54	100

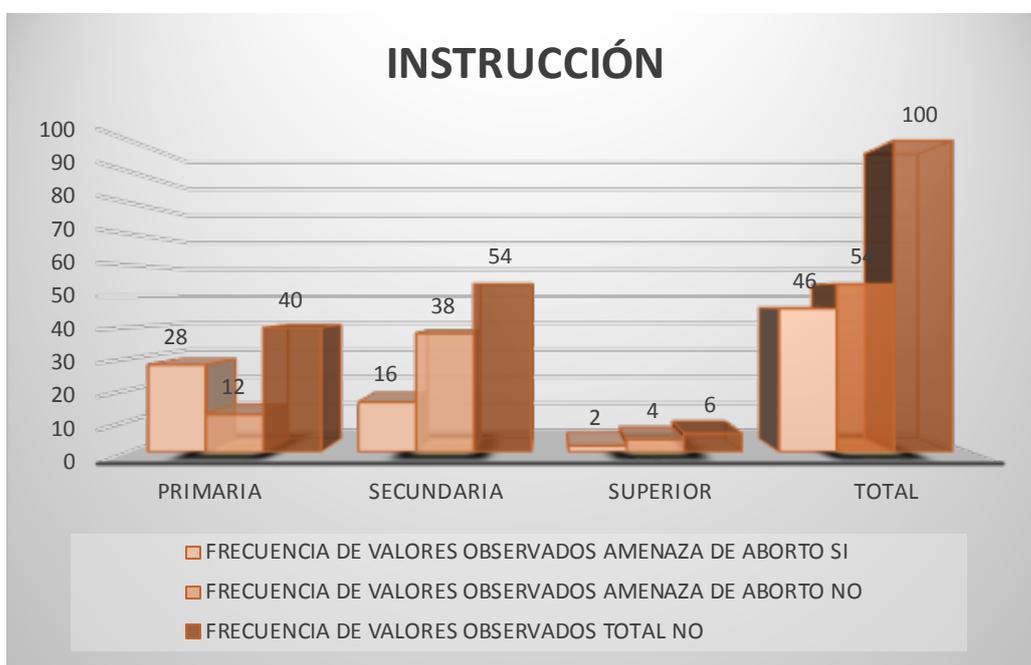


GRÁFICO #3

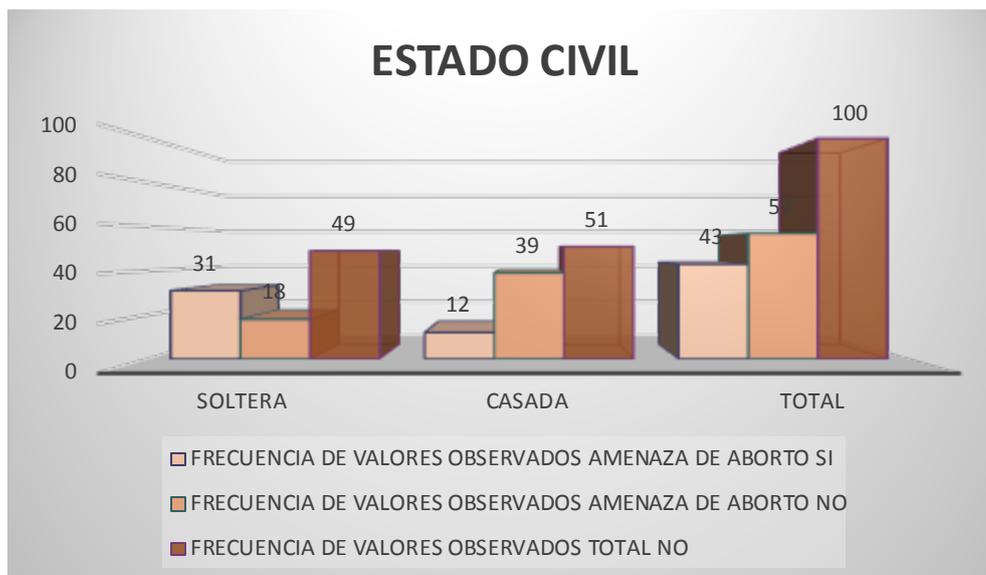
Fuente: Clínica Inglaterra.

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo. (2016)

En el estudio realizado para el trabajo de titulación se puede demostrar que las pacientes con instrucción secundaria no presentaron riesgo de amenaza de aborto en su mayor porcentaje. Y de acuerdo al contraste de Chi-Cuadrado calculado es 15,4887. El valor de asociado a Chi-Cuadrado Crítico es 5.9915, la instrucción *i* es dependiente en los cuadros clínicos de amenaza de aborto.

CUADRO No. 4**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES**

ESTADO CIVIL	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL
	SI	NO	
Soltera	31	18	49
Casada	12	39	51
TOTAL	43	57	100

**GRÁFICO #4**

Fuente: Clínica Inglaterra.

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo. (2016)

En los estudios realizados para el presente trabajo de titulación se determina que la mujer casada no presenta riesgo de amenaza de aborto, acude a los controles prenatales ya estipulados, la mujer soltera presenta mayor riesgo de amenaza de aborto. El valor del estadístico del contraste Chi-Cuadrado calculado es 16,0986. El valor de asociado a Chi-Cuadrado Crítico es 3.8415. Por lo tanto el estado civil es dependiente en la amenaza de aborto.

CUADRO No. 5

CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL
	SI	NO	
SI	8	26	34
NO	45	21	66
TOTAL	53	47	100

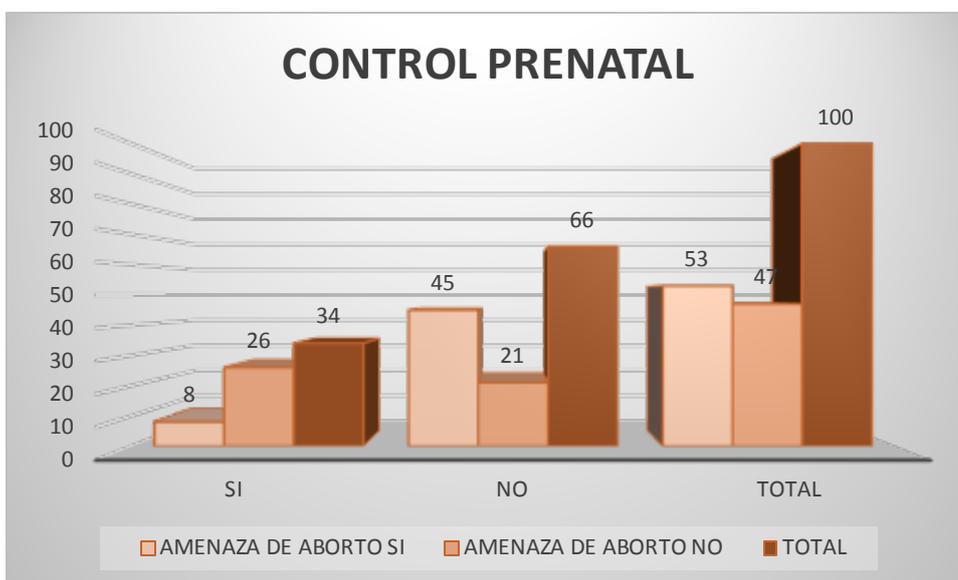


GRÁFICO # 5

Fuente: Clínicas Inglaterra

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo. (2016)

En el presente trabajo se pueden observar que las pacientes en un 66% no se realizan los controles prenatales y tienen mayor riesgo de amenaza de aborto. El valor del estadístico del contraste Chi-Cuadrado calculado es 17,9613. El valor de asociado a Chi-Cuadrado Crítico es 3.8415. Por lo tanto a un nivel de significancia de 0,05, vemos que los controles prenatales son dependientes en la amenaza de aborto.

CUADRO No. 6
NIVEL DE PROGESTERONA

PROGESTERONA	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL
	SI	NO	
Bajo	45	18	63
Normal	4	33	37
TOTAL	49	51	100

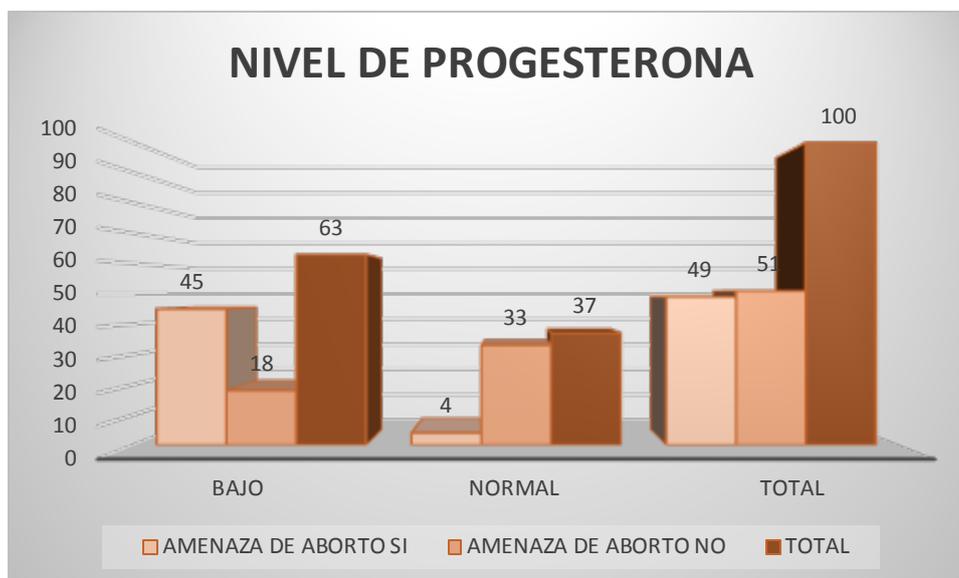


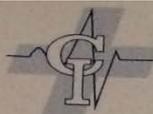
GRÁFICO # 6

Fuente: Clínica Inglaterra.

Autor: Obst. Sonia Vinueza Castillo. (2016)

En el presente trabajo de titulación. Observamos que niveles bajos de progesterona mayor riesgo de amenaza de aborto. El valor del estadístico del contraste Chi-Cuadrado, confirma que los niveles de progesterona son dependientes en la amenaza de aborto.

ANEXO 4

**CLINICA
INGLATERRA**

Quito, DM 20 de Diciembre de 2016.

Dr. Guillermo Campuzano Castro
Director de La Escuela de Graduados de la Universidad de Guayaquil
Presente. -

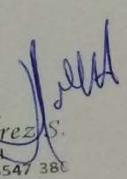
De mis consideraciones:

Para los fines pertinentes y a petición de la Señora Obstetrix SONIA EUGENIA VINUEZA CASTILLO con C.I 0905938072, tengo a bien informar que la mencionada profesional realizó en esta unidad médica su estudio de investigación sobre; Procedimientos Emergentes en Amenaza De Aborto.

A su vez pongo en conocimiento que la documentación, sobre los estudios realizados reposan en los archivos de historias clínicas de esta casa de salud.

Por la acogida favorable a esta información le reitero mi agradecimiento de consideración y estima.

Atentamente,


CLINICA
INGLATERRA
Dr. Maurizio Suarez S.
GERENTE GENERAL
Telf.: 2540 163 Cel.: 08 5547 380

Dr. Maurizio Suarez
GERENTE

Inglaterra N31-240 y Mariana de Jesús
Telfs. 2540-163 / 2502-865 / 2553-596
Cel. 098 5547 -380
www.clinicainglaterra.com

Anexo 4

 **Ministerio de Salud Pública** 

P.F. No. MSP-2016-Z09-0003258

CERTIFICADO DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

SERVICIOS DE SALUD

CLASE DE RIESGO : A

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, se confiere el presente Permiso de Funcionamiento a:

Unidad Operativa: **CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS INGLATERRA S.A.**

Razon social: **CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS INGLATERRA S.A.** Nombre comercial: **CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS INGLATERRA S.A.**

Propietario o representante legal: **SUAREZ SALGADO MAURIZIO WLADIMIR**

No. RUC: **1792066905001** No. establecimiento: **001**

Tipo: **ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS / II NIVEL DE ATENCIÓN / Hospitalario / HOSPITAL BASICO** Código: **2.2.1**

Actividad(es): **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y HOSPITALIZACION DE PACIENTES.**

Responsable técnico: **SUAREZ SALGADO MAURIZIO WLADIMIR**

Ubicación:

Provincia: **PICHINCHA** Cantón: **QUITO** Parroquia: **ÍNAQUITO**

Dirección: **INGLATERRA N31-240 y MARIANA DE JESUS** Barrio: **LA PRADERA**

Fecha de emisión: **2016-10-14** Fecha de vencimiento: **2017-10-14**

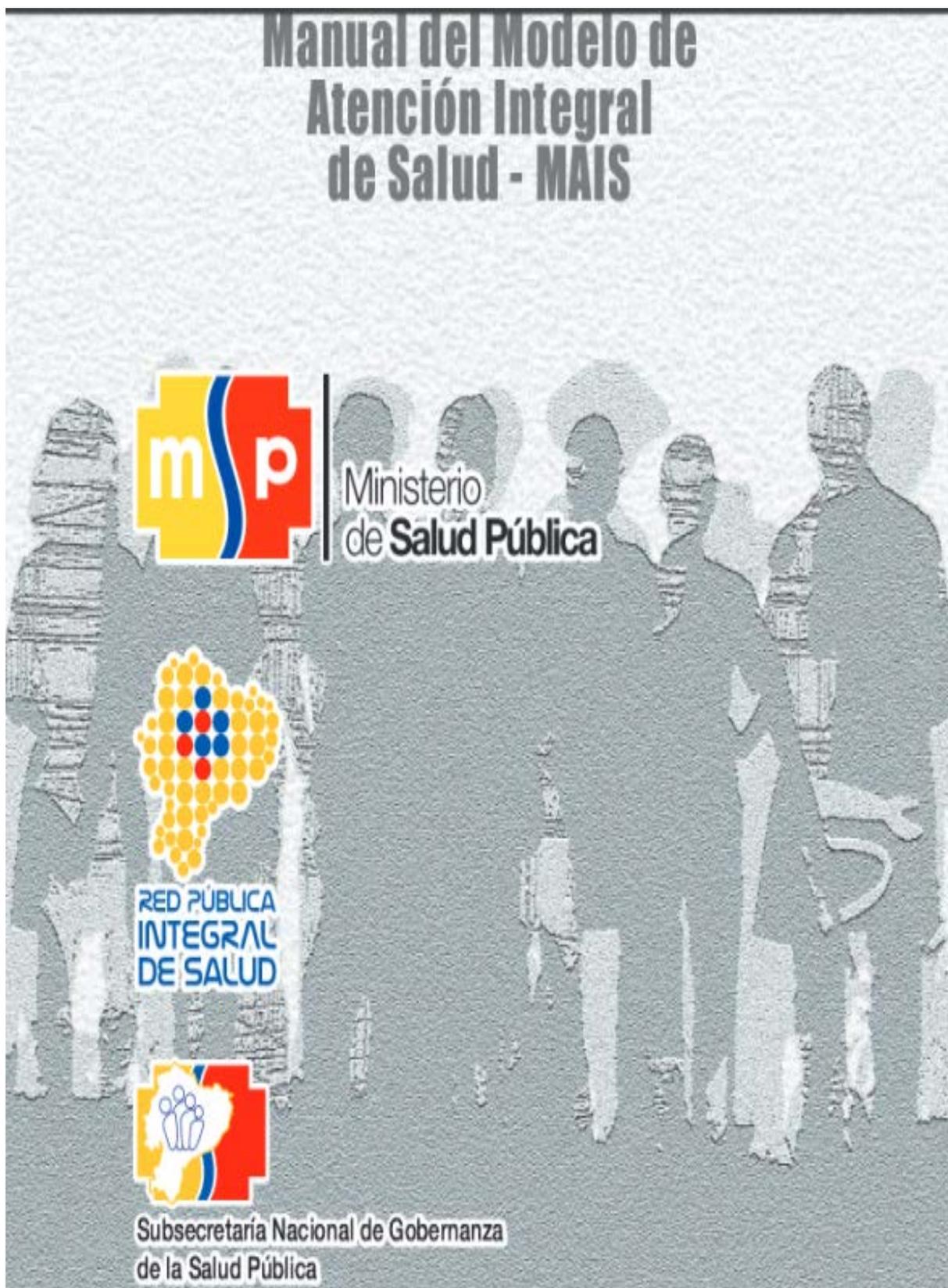
Aprobado por:

SUAREZ GALARZA MARCO AUGUSTO
DIRECTOR (A) PROVINCIAL DE SALUD

Verifique la validez del certificado



ANEXO 5



5.3.1. Herramientas de diagnóstico y monitoreo de las condiciones de salud: Diagnóstico de salud, Análisis situacional de Salud-ASIS

El ASIS es una herramienta metodológica para el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la población de un determinado espacio territorial en un momento dado. Anexo 5: ASIS, mapa parlante, sala situacional.

La OPS define al ASIS como los “Procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como

COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.” (OPS, 1999)³²

La elaboración del ASIS tiene diferentes momentos: el diagnóstico a través de la recolección de información cuantitativa y cualitativa sobre las condiciones sociales, de salud y de la oferta de servicios de salud identificando problemas y potencialidades, el análisis de actores y de manera participativa se realiza la priorización y análisis de los problemas y necesidades que se constituyen en la base de la planificación de las intervenciones de salud. La participación de los actores locales es fundamental para la elaboración del ASIS.

Diagnóstico dinámico: el diagnóstico dinámico se orienta a la actualización periódica de la situación inicial e identificar oportunamente a los individuos y familias con posibles y potenciales riesgos, a los cuales mediante una planificación adecuada, se implementarán acciones o intervenciones oportunas.

La información del diagnóstico dinámico se obtiene de las fichas familiares de seguimiento, la información recogida por los TAPS y los registros de atención de los establecimientos de Salud.

Mapa parlante: Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos, que permiten conocer en forma gráfica el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y protección: sanitario ambiental, socioeconómico y biológico. El mapa parlante es también una herramienta dinámica que permite identificar los riesgos, implementar acciones y monitorear las condiciones de salud de una población.

Sala situacional: Es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas. La información es difundida y presentada en diferentes formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos, informes, etc.

La sala situacional supera el quehacer tradicional de la epidemiología aplicada a los servicios de salud y se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de salud pública y que favorece la toma de decisiones en la búsqueda de una nueva realidad o una nueva situación

Anexos 6

Procedimientos Emergentes en la Amenaza de Aborto

Modelo de Atención Obstétrica



Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento en casos de amenaza de aborto a pacientes de consulta privada. La implementación de los procesos de emergencia para los casos de amenaza de aborto, tiene como fin entregar las recomendaciones más eficientes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de aborto a pacientes de consulta privada.

Obst. Sonia Vinueza C.

Guía general de emergencia ante amenaza de aborto

1.- Madre solicita atención con síntomas que indican amenaza de aborto

Madre embarazada menor a 20 semanas con uno o más de los siguientes síntomas:

Sangrado vaginal.

Dolor abdominal.

Expulsión de tejido o material con apariencia de coágulos.

2. Se realiza valoración inicial

3. Se confirma la amenaza de aborto preliminar

4. Determinación de las causas para la amenaza mediante exámenes

5. Se realizan los cuidados y tratamiento

Recomendaciones preliminares

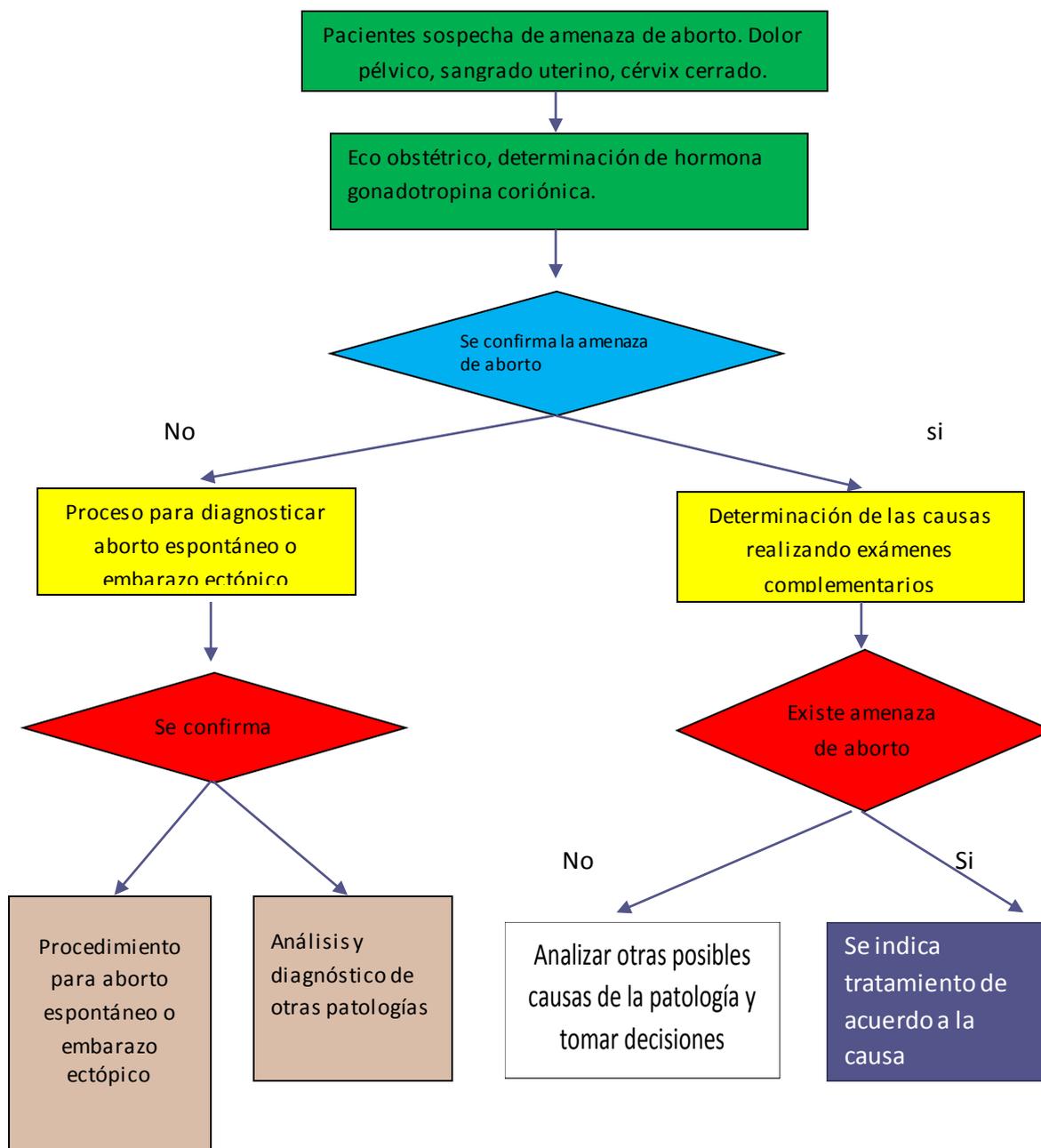
En un cuadro de amenaza de aborto se debe:

- Atender inmediatamente
- Paralelamente realizar la historia clínica y examen físico completo.
- Analizar la hemorragia (ligera o discreta).
- Análisis de dolor pélvico de leve intensidad, con persistencia de síntomas del embarazo y cérvix cerrado y formado.
- En caso de urgencias con sangrado temprano del embarazo se debe realizar historial clínico, examen físico, pruebas de b-GCH en suero y la ecografía.

Acciones que debe tomar una madre ante una amenaza de aborto

- Acudir a la consulta con el profesional de salud.

Diagrama de flujo



Tratamiento

- Identificar causas posibles
- Reposo en cama: la evidencia disponible por el momento es insuficiente para demostrar un efecto benéfico en la prevención de aborto mediante reposo; sin embargo se recomienda evitar esfuerzo físico excesivo y actividad sexual
- Descartar patología infecciosa
- Confirmar viabilidad fetal
- Medidas seriadas de B-HCG cada 2 a 3 días
- Seguimiento ecográfico transvaginal semanal
- Uso de analgésicos
- Antiespasmódicos (butilhioscina, terbutalina, isoxsuprina, clorhidrato de nilidrina, fenoterol y ritodrina)
- Progesterona natural 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación, en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo*
- Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales)

*Sólo se recomienda el uso de los progestágenos en los casos de deficiencia del cuerpo lúteo (en embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida o con el uso de inductores de la ovulación)

Manejo ambulatorio y tratamiento quirúrgico

Manejo ambulatorio

- Disminuir las actividades físicas durante el tiempo que persista la sintomatología.
- Valoración de los niveles de progesterona si estos se encuentran bajos.
- Realizar control clínico a las 48 horas o antes en caso de persistir o aumentar los signos y síntomas.

Tratamiento quirúrgico

El cerclaje cervical en pacientes con historia previa que sugiera incompetencia cervical (pérdida indolora del embarazo antes de las 24 semanas) y aquellos en donde se sometió a la paciente a cirugía cervical por alguna anomalía uterina

PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

Expectativas o pronóstico

Una gran mayoría de las mujeres con amenaza de aborto pueden continuar y tener un embarazo normal siguiendo las recomendaciones respectivas.

Las mujeres con dos o más amenazas de aborto seguidos pueden sufrir algún otra amenaza o aborto espontaneo que las demás mujeres.

La probabilidad de aborto espontaneo es más alta en mujeres mayores.

Muchas de las mujeres que presentan el sangrado en el primer trimestre sufrirán un aborto espontaneo.

Complicaciones relacionadas a la amenaza de aborto

Anemia derivada de la pérdida de sangre

Infección

Aborto espontáneo

PREVENCIÓN

Prevención para la madre

La mayoría de abortos espontáneos no pueden prevenirse, sin embargo es demostrado que las mujeres que reciben cuidado prenatal tienen mejores resultados en el embarazo para ellas y los bebés.

Es más saludable el embarazo cuando se evita los factores de riesgo como:

- Alcohol
- Enfermedades infecciosas
- Ingesta alta en cafeína
- Drogas recreativas
- Radiografías

Se recomienda:

- La toma de vitaminas prenatales o suplementos de ácido fólico antes y durante el embarazo.
- El tratamiento de pre-embarazo adecuado evita la amenaza aborto

Otros factores de riesgo son:

- Obesidad.
- Enfermedades pre-existentes.

PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Es necesario que en las consultas de control prenatal se deba establecer un historial clínico donde se proporcione toda la información necesaria para la toma de decisiones en caso de una amenaza de aborto, con signos y síntomas que presente la paciente se diagnostica la patología, la consulta con el familiar cercano y la información sobre el diagnóstico se considera de importancia cuando es necesario derivar a la paciente a la unidad de especialidad cuando ella necesite ser hospitalizada.

En la consulta privada se dispone de Laboratorio Clínico que realiza todos los exámenes especiales que necesita la paciente que acude a este servicio, además el equipo especializado de ecografía 3D se encuentra a disposición durante las horas de trabajo, todos ellos atendidos por personal especializado que garantizan los diagnósticos emitidos.

Amenaza de aborto clínicamente estables

Cuando el cuadro clínico es compatible con amenaza de aborto se encuentra controlado se procede a realizar las medidas preventivas como el reposo físico, sedación, y se mantiene un estado de vigilancia oportuna hasta la evolución completa de cuadro clínico.

La administración de vitaminas prenatales, y el monitoreo de la dosificación de progesterona en sangre de la paciente, medida que se la recomienda hasta la semana 12.

El control con ecografía T,V. o pélvica obstétrica, examen que se recomienda para verificar la vitalidad fetal, y continuar con la evolución del embarazo.

Anexos 7

Análisis de la prueba Chi-Cuadrado.

PRUEBA DE CHI CUADRADO							
EDAD DE LAS PACIENTES							
EDAD	FRECUENCIA DE VALORES OBSERVADOS			FRECUENCIA DE VALORES ESPERADOS			
	AMENAZA DE ABORTO SI	AMENAZA DE ABORTO NO	TOTAL	SI	NO	X2 CALCULADO	
>=18 <20	4	5	9	3,87	5,13	0,00436693	0,00329435
>=20 <30	15	35	50	21,5	28,5	1,96511628	1,48245614
>30	24	17	41	17,63	23,37	2,30158253	1,73628156
TOTAL	43	57	100	Sumatoria de X2 calculado		7,49309779	
Ho	La edad de los pacientes es independiente en la amenazas de aborto						
H1	La edad de los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto						

Concretamente, usaremos el estadístico $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ con $(n-1)(k-1)$ grados de libertad.

GRADO DE LIBERTAD (v)

$V = (\text{Cantidad de filas} - 1)(\text{Cantidad de columnas} - 1)$

Cantidad de	cantidad de	v
3	2	2

Nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad del 0.95 de que la hipótesis nula sea verdadera

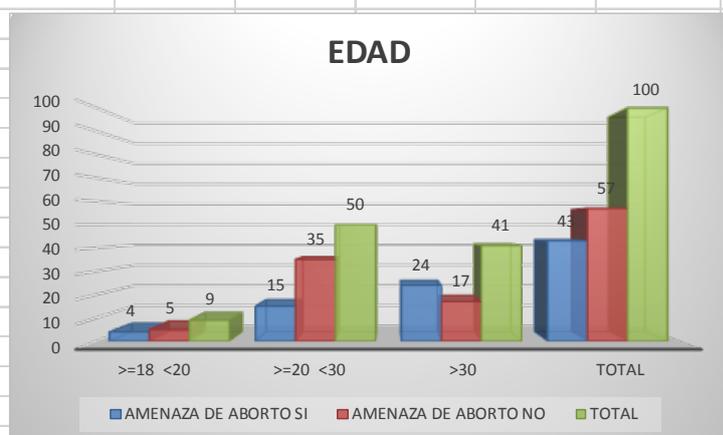
valor de p = 0,95

De la tabla de valores criticos de la distribución X2 se obtiene

X2 critico= 5,9915

si X2 calculado es \leq X2 valor critico SI Ho es verdadero
NO H1 es verdadero

7,49309778 \leq 5,9915 NO



PRUEBA DE CHI CUADRADO							
INSTRUCCIÓN DE LA PACIENTE							
INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA DE VALORES OBSERVADOS			FRECUENCIA DE VALORES ESPERADOS			
	NAZA DE ABORTO		TOTAL	SI	NO	X2 CALCULADO	
	SI	NO				SI	NO
PRIMARIA	28	12	40	18,4	21,6	5,00869565	4,26666667
SECUNDARIA	16	38	54	24,84	29,16	3,14595813	2,67989026
SUPERIOR	2	4	6	2,76	3,24	0,20927536	0,1782716
TOTAL	46	54	100	Sumatoria de X2 calculado		15,48875768	

Ho La instrucción de los pacientes es independiente en la amenazas de aborto

H1 La instrucción de los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto

Concretamente, usaremos el estadístico $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ con $(n-1)(k-1)$ grados de libertad.

GRADO DE LIBERTAD (v)

$V = (\text{Cantidad de filas} - 1)(\text{Cantidad de columnas} - 1)$

Cantidad de	cantidad de	v
3	2	2

Nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad del 0.95 de que la hipótesis nula sea verdadera

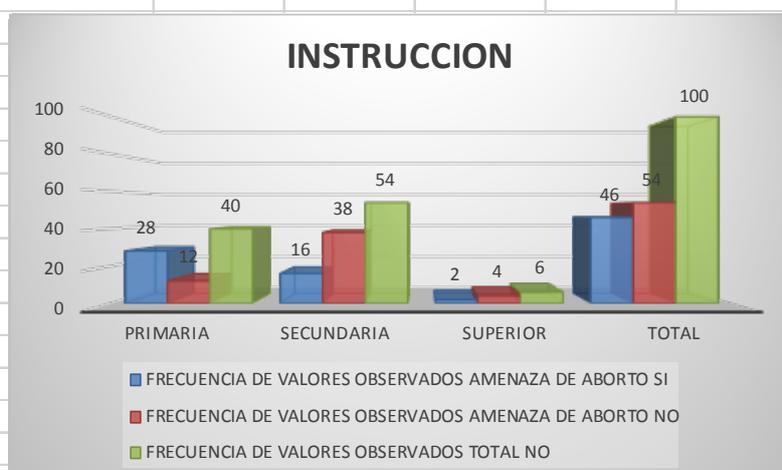
valor de p = 0,95

De la tabla de valores criticos de la distribución X2 se obtiene

X2 critico= 5,9915

si X2 calculado es =< X2valor critico SI Ho es verdadero
NO H1 es verdadero

15,4888 =< 5,9915 NO



PRUEBA DE CHI CUADRADO							
ESTADO CIVIL							
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA DE VALORES OBSERVADOS			FRECUENCIA DE VALORES ESPERADOS			
	AMENAZA DE ABORTO SI	AMENAZA DE ABORTO NO	TOTAL	SI	NO	X2 CALCULADO	
SOLTERA	31	18	49	21,07	27,93	4,67987186	3,53042965
CASADA	12	39	51	21,93	29,07	4,49634747	3,39198142
TOTAL	43	57	100	Sumatoria de X2 calculado		16,09863039	
Ho	El estado civil de los pacientes es independiente en la amenazas de aborto						
H1	El estado civil los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto						

Concretamente, usaremos el estadístico $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ con $(n-1)(k-1)$ grados de libertad.

GRADO DE LIBERTAD (v)

$V = (\text{Cantidad de filas} - 1)(\text{Cantidad de columnas} - 1)$

Cantidad de	cantidad de	v
2	2	1

Nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad del 0.95 de que la hipótesis nula sea verdadera

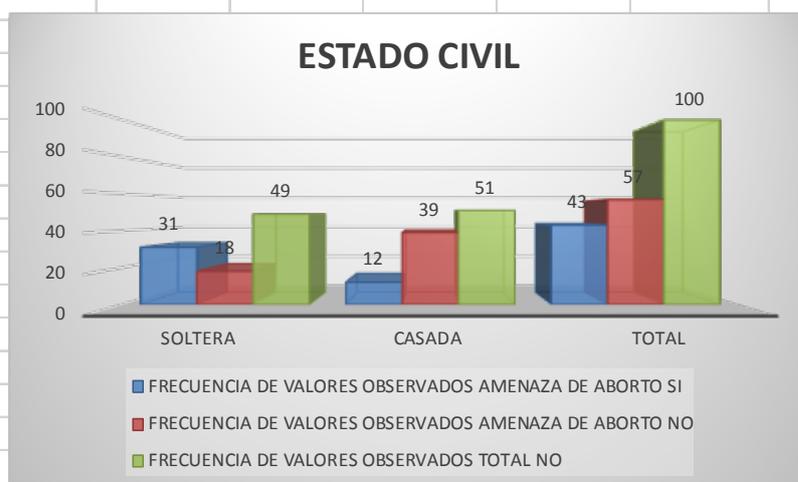
valor de p = 0,95

De la tabla de valores criticos de la distribución X2 se obtiene

X2 critico= 3,8415

si	X2 calculado es =< X2valor critico	SI	Ho es verdadero
		NO	H1 es verdadero

16,0986	=<	3,8415	NO
---------	----	--------	----



PRUEBA DE CHI CUADRADO							
CONTROL PRENATAL							
CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA DE VALORES OBSERVADOS			FRECUENCIA DE VALORES ESPERADOS			
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	X2 CALCULADO	
SI	8	26	34	18,02	15,98	5,57160932	6,2828786
NO	45	21	66	34,98	31,02	2,87022298	3,23663443
TOTAL	53	47	100	Sumatoria de X2 calculado		17,96134534	
Ho	El Control prenatal en los pacientes es independiente en la amenazas de aborto						
H1	El Control prenatal en los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto						

Concretamente, usaremos el estadístico $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ con $(n-1)(k-1)$ grados de libertad.

GRADO DE LIBERTAD (v)

$V = (\text{Cantidad de filas} - 1)(\text{Cantidad de columnas} - 1)$

Cantidad de	cantidad de	v
2	2	1

Nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad del 0.95 de que la hipótesis nula sea verdadera

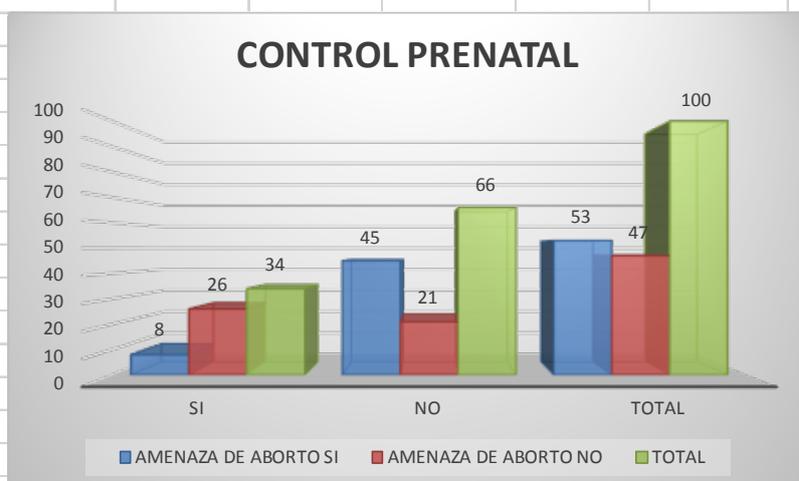
valor de p = 0,95

De la tabla de valores criticos de la distribución X2 se obtiene

X2 critico= 3,8415

si	X2 calculado es \leq X2valor critico	SI	Ho es verdadero
		NO	H1 es verdadero

17,9613	\leq	3,8415	NO
---------	--------	--------	----



PRUEBA DE CHI CUADRADO							
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS							
ANTECEDENTES	FRECUENCIA DE VALORES OBSERVADOS			FRECUENCIA DE VALORES ESPERADOS			
	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL	SI	NO	X2 CALCULADO	
	SI	NO				SI	NO
MAYOR NUMERO DE GESTACIONES	39	16	55	35,2	19,8	0,41022727	0,72929293
ANT. DE ABORTO	21	9	30	19,2	10,8	0,16875	0,3
NO ANT. DE ABORTOS	4	11	15	9,6	5,4	3,26666667	5,80740741
TOTAL	64	36	100	Sumatoria de X2 calculado		10,68234428	

Ho Los antecedentes obstétricos de los pacientes son independiente en la amenazas de aborto

H1 Los antecedentes obstétricos de los pacientes no son independiente en la amenaza de aborto

Concretamente, usaremos el estadístico $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ con $(n-1)(k - 1)$ grados de libertad.

GRADO DE LIBERTAD (v)

$V = (\text{Cantidad de filas} - 1)(\text{Cantidad de columnas} - 1)$

Cantidad de	cantidad de	v
3	2	2

Nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad del 0.95 de que la hipótesis nula sea verdadera

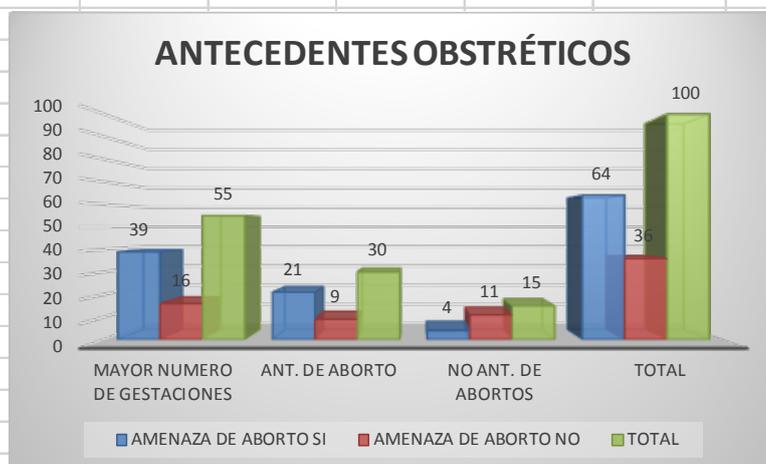
valor de p = 0,95

De la tabla de valores criticos de la distribución X2 se obtiene

X2 critico= 5,9915

si X2 calculado es =< X2valor critico SI Ho es verdadero
NO H1 es verdadero

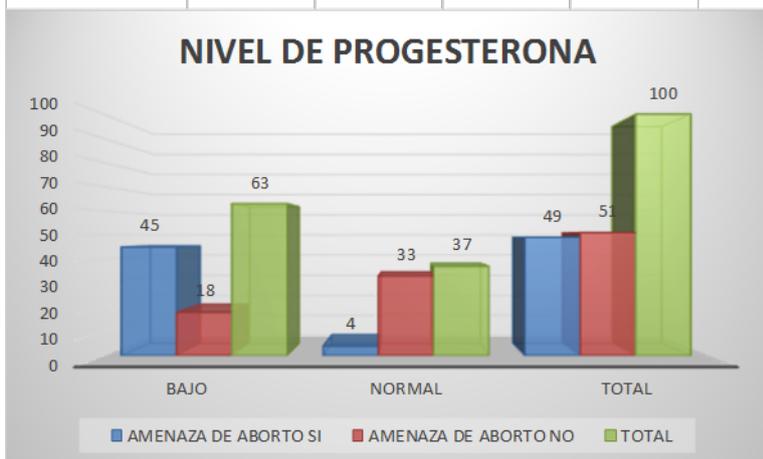
10,6823 =< 5,9915 NO



PRUEBA DE CHI CUADRADO							
NIVEL DE PROGESTERONA							
FRECUENCIA DE VALORES OBSERVADOS				FRECUENCIA DE VALORES ESPERADOS			
PROGESTERONA	AMENAZA DE ABORTO		TOTAL	SI	NO	X2 CALCULADO	
	SI	NO				SI	NO
BAJO	45	18	63	30,87	32,13	6,4677	6,2140
NORMAL	4	33	37	18,13	18,87	11,0125	10,5807
TOTAL	49	51	100	Sumatoria de X2 calculado		34,2749	
Ho	El nivel de progesterona en los pacientes es independiente en la amenazas de aborto						
H1	El nivel de progesterona en los pacientes no es independiente en la amenaza de aborto						

Concretamente, usaremos el estadístico $\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$ con $(n-1)(k - 1)$ grados de libertad.

GRADO DE LIBERTAD (v)			
V=(Cantidad de filas -1)(Cantidad de columnas - 1)			
	Cantidad de	cantidad de	v
	2	2	1
Nivel de significancia de 0.05 que indica que hay una probabilidad del 0.95 de que la hipótesis nula sea verdadera			
valor de p =	0,95		
De la tabla de valores criticos de la distribución X2 se obtiene			
X2 critico=	3,8415		
si	X2 calculado es =<X2valor critico	SI	Ho es verdadero
		NO	H1 es verdadero
	34,2749 =<	3,8415	NO





Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 4%

Date: jueves, noviembre 10, 2016

Statistics: 618 words Plagiarized / 16631 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE MEDICINA. MAESTRÍA EMERGENCIAS
MÉDICAS. "TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL" PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS "PROCEDIMIENTOS EMERGENTES EN
LA AMENAZA DE ABORTO" AUTORA: Obst. SONIA EUGENIA VINUEZA CASTILLO
TUTORA: DRA. VERONICA ROSERO ARMIJOS.

GUAYAQUIL - ECUADOR Noviembre 2016