UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo Diciembre 2015-Diciembre 2016

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

AUTORA: Stephany Catherine Herrera Sarango

DIRECTORA: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

LOJA-ECUADOR

2017

Certificación

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación previa a la obtención del título de médico general titulado: **Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo Diciembre 2015-Diciembre 2016**, de autoría de la señorita **Stephany Catherine Herrera Sarango**, estudiante de medicina, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

Loja, 10 de octubre del 2017

Atentamente,

.....

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Stephany Catherine Herrera Sarango declaro que el Trabajo de Titulación, "**Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo Diciembre 2015 -Diciembre 2016**" y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

AUTORA: Stephany Catherine Herrera Sarango

FIRMA: .....

CÉDULA: 1900546803

FECHA: 13 de octubre de 2017

Carta de autorización

Yo, **STEPHANY CATHERINE HERRERA SARANGO, autora de la tesis: "FACTORES ASOCIADOS A ABORTO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA EN ZAMORA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015 -DICIEMBRE 2016".** Cumpliendo el requisito que permite obtener el título de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de octubre del 2017, firma su autora.

Firma: .....

Autora: Stephany Catherine Herrera Sarango

Cédula: 1900546803

Dirección: Yantzaza, Zamora Chinchipe

Correo Electrónico: stephany.herrera@unl.edu.ec

Teléfono: 0991250088

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

TRIBUNAL DE GRADO.-

Dra. Karina Jessenia Calva Jirón. Esp.

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Dr. César Edinson Palacios Soto, Esp.

Dedicatoria

A mis Padres: Raúl Herrera y Maiela Sarango quienes a lo largo de mi vida, con amor y comprensión me han enseñado los mejores valores que el ser humano puede heredar.

A mi hermano, mi abuela Irma por estar pendientes de mis logros.

A sobre todo a mi hijo ya que él es mi motor y la razón por la cual nunca pensé en rendirme y siempre será el motivo para ser mejor día a día.

Agradecimiento

Mi infinito agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja y de manera especial al departamento de pre-grado del Área de Salud Humana quienes a base de su esfuerzo diario forman profesionales médicos capaces de responder a las altas exigencias que día a día conlleva esta vocación.

Quiero también hacer mención importante a mi familia por la paciencia, compresión y apoyo brindados en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

Mi gratitud a la Doctora Ximena Carrión quien con sus conocimientos y predisposición, me brindó su apoyo, y la orientación necesaria para que este trabajo de investigación llegue a concluir de la mejor manera.

Índice

CARATULA

Certificación……..ii

AUTORÍA III

CARTA DE AUTORIZACIÓN IV

DEDICATORIA V

AGRADECIMIENTO VI

ÍNDICE VII

1. TÍTULO 1

2. RESUMEN 2

SUMMARY 3

3. INTRODUCCIÓN 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA 6

4.1. Historia del aborto 6

4.2. Concepto de aborto 8

4.3. Tipos de aborto 8

4.3.1. Aborto espontáneos. 8

4.3.2. Abortos provocados. l. 14

4.4. Clasificación del aborto 14

4.4.1. Según su Etiología. 14

4.4.2. Según la Edad Gestacional. 14

4.4.3. Según su Recurrencia. 15

4.5. Etiopatogenia del aborto 15

4.5.1. Aborto Espontáneo 15

4.5.2. Aborto terapéutico. 19

4.5.3. Aborto inducido. 19

4.6. Posibles complicaciones del aborto 20

4.6.1. Mortalidad de la madre. 21

4.6.2. Cáncer de Mama. 21

4.6.3. Perforación de útero. 21

4.6.4. Embarazo Ectópico. 21

4.7. Signos y síntomas del aborto 21

4.8. Exámenes complementarios en el aborto 22

4.9. Diagnóstico del aborto 22

4.10. Tratamiento del aborto 22

5. MATERIALES Y MÉTODOS 24

6. RESULTADOS 27

7. DISCUSIÓN 32

8. CONCLUSIONES 33

9. RECOMENDACIONES 34

10. BIBLIOGRAFÍA 35

11. ANEXOS 37

1 Título

Factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo diciembre 2015-diciembre 2016

2 Resumen

El presente estudio fue realizado en el Hospital Básico de Yantzaza, con el fin de determinar cuáles son los factores que influyen en la frecuencia con la que se producen los abortos. Dentro de los objetivos específicos fueron determinar la frecuencia del aborto de las pacientes jóvenes y adultas, identificar los factores predisponentes de aborto en pacientes adultas y jóvenes y establecer los signos, síntomas y complicaciones más frecuentes en las pacientes con aborto. El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, el procedimiento se dio a través de revisión de historias clínicas y recolección de datos en una matriz que incluía todas las variables, y se tabuló en el programa Excel 2013. De un universo de 120 gestantes, se obtuvo una muestra de 42 pacientes con diagnóstico de aborto. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto antes de las 20 semanas y se excluyeron pacientes con gestaciones sin diagnóstico de aborto. Las pacientes jóvenes con edad de 14 –25 años presentaron mayor índice de abortos con un 28,6 %(n = 12), el factor principal para la presentación de aborto fueron los traumatismos (caída de su propia altura) con un 33,3 % (n = 14). El dolor abdominal en hipogastrio fue el síntoma más frecuente con 59.5% (n = 25), seguido de sangrado genital con 37 %. Después del aborto, en la mayoría de pacientes no se registraron complicaciones médicas en un 76% (n = 32) y en menor porcentaje se presentaron sangrados e infecciones.

Palabras claves: Factores de riesgo, aborto, jóvenes, adultas.

Summary

This research work was conducted at the Yantzaza Hospital in order to determine which factors influence on how frequent abortions occur. The study was aimed to determine the frequency of abortion on young and adult patients, to identify the pre-existing factors for abortion in adult and young patients, and to establish the most frequent symptoms and complications in patients who have suffered an abortion. This study is quantitative, descriptive and retrospective. Clinical records were studied and data was collected in a graph which included all variables. It was tabulated using the program Excel 2013. From a 120 pregnant women population, a sample of 42 patients with abortion diagnosis was obtained. Patients with clinical and ultrasound abortion di agnosis before reaching 20 weeks were included; however, pregnant patients without abortion diagnosis were excluded. Young patients aged 14 to 25 years had a higher abortion rate with a 28.6% (n = 12). The main factor was injuries (incidental falls) with a 33.3% % (n = 14). Abdominal pain located in the hypogastrium was the most frequent symptom with a 59.5% (n = 25), followed by genital bleeding with a 37%. After an abortion, in a 76% (n = 32) of most patients, medical problems were not reported; on the other hand, bleeding and infections appeared, but in a lower percentage.

Key words: factors, abortion, adult, young.

3 Introducción

El presente trabajo ha sido elaborado sobre el tema de "Aborto" debido a la importancia que tiene este tema, ya que hablar de "aborto" es versar sobre lo más trascendente del género humano "la vida misma".

El aborto, es más que la interrupción de la existencia humana, en sus diversas etapas de desarrollo de un embrión, es un asunto delicado que merece conocerse, analizarse y recapacitar muy seriamente antes de tomar partido como escéptico, adepto o inconforme.

En nuestra sociedad existe un sin números de factores que influye en el proceso del aborto teniendo en cuenta como medida el tener relaciones sexuales de forma precoz sobre todo de la juventud quien por vivir emociones se dejan llevar por momentos que le crean felicidad y placer, sin tener en cuenta las consecuencias que esto podría tener sobre todo porque no tiene la suficiente preparación para utilizar medidas preventivas y de planificación, que tal vez sería una de las primeras causas por las que muchas mujeres quedan embarazadas.

Para el sistema de salud las pacientes que cursan con abortos representan una emergencia médica y, en muchos casos es una condición de riesgo que pone en peligro la vida de las mismas.

El abordaje de la atención del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo profesional de la salud

La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% más termina en un aborto inducido. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación. Del total de concepciones, 30% se pierden por fallas en la implantación, 30% por abortos preclínicos, 10% por abortos clínicos y 30% nacen

vivos. (Publica, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente., 2013)

Un estudio publicado en la Revista Indexada “Pragmatic and Obsevational Research” durante el periodo 2004-2014 se reportaron un total de 431.614 abortos en el territorio ecuatoriano. Los registros de morbi-mortalidad y categorizando los abortos según la tabla CIE-10, en el Ecuador los legrados registrados como “otros embarazos terminados en aborto” ocupan el 85 por ciento del total. Las provincias donde más abortos en números absolutos se producen son Guayas abarcando un 29.2 por ciento del total, seguida de Pichincha con el 21.5 por ciento y Manabí con el 7.3 por ciento. Las mujeres que más abortan son aquellas más jóvenes en edades comprendidas entre los 16 a 25 años, un grupo vulnerable por varias razones sociales como la presión social, la falta de educación y recursos económicos” (Ortiz, 2017)

Este tema pertenece a la línea de investigación de salud sexual y reproductiva en la Región sur del Ecuador.

El propósito del presente trabajo es Determinar factores asociados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en Zamora en el periodo diciembre 2015-diciembre 2016, dentro de los objetivos específicos eran determinar la frecuencia del aborto de las pacientes jóvenes y adultas, identificar los factores predisponentes de aborto en pacientes adultas y jóvenes y establecer los signos, síntomas y complicaciones más frecuentes en las pacientes con aborto, para la cual la metodologia utilizada es de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, el instrumento de recolección que se utilizó fue la encuesta la cual permitió obtener como resultado 42 casos de aborto.

4 Revisión de literatura

4.1. Historia del aborto

El aborto, o sea, la expulsión del producto de la concepción cuando todavía no es capaz de sobrevivir fuera del seno materno, es tan antiguo como la propia humanidad, y ha sido permanente objeto de estudio desde diferentes puntos de vista.

De cada 10 embarazos, 1 se pierde bajo la forma de aborto. Es el llamado aborto espontáneo, con una morbilidad muy baja y una mortalidad prácticamente nula. Se considera que su etiología fundamental es la malformación del nuevo ser que va a nacer, convirtiéndose de esta forma en un hecho deseable.

Pero lo que hace a la interrupción del embarazo tema de discusión diaria en los diferentes medios, es la posición que se asume ante el aborto terapéutico y el que se hace por petición. No obstante la amplia difusión de los métodos anticonceptivos en la segunda mitad del presente siglo, el aborto continúa siendo utilizado incorrectamente como un método de control de la natalidad. Se estima que en el mundo se producen al año más de 40 millones de abortos provocados.

La práctica del aborto era ya conocida muchos siglos antes de nuestra era. En los 129 pueblos primitivos, de patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de nacer. En esas circunstancias, el aborto no tenía carácter punible. Se pensaba que el feto pertenecía al cuerpo femenino, a sus entrañas; y dado que la mujer tenía un estado de minoridad, el padre o el jefe de la familia ejercía absolutos derechos sobre el fruto de la concepción.

Durante siglos, no mejoró mucho la subestimación a la madre, que incluía o presuponía la del vientre también.

En general, las antiguas legislaciones no castigaron al aborto. En Grecia Antigua, donde se consideraba que el feto no tenía alma, Platón manifestó en su obra La República, que el aborto debería prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad; en tanto Aristóteles y otros filósofos, lo recomendaban como

fórmula para limitar las dimensiones de la familia. Aquí se consideraba al feto como parte de la madre, y era ella quien podía disponer al arbitrio de su cuerpo.

Desde un punto de vista científico, existe una clara división entre los científicos.

Por un lado, están quienes defienden que el embrión es una vida humana desde el momento de la fecundación, independientemente del grado de desarrollo y de la viabilidad del feto fuera del útero. Éstos sostienen que "los cuerpos de la mujer y del embrión son distintos, pues el ADN del feto es diferente al de la madre, por lo que se considera un ser distinto, tal y como define la Genética –al apuntar que la fecundación es el momento en que se constituye la identidad genética singular; la Biología celular que explica que los seres pluricelulares se constituyen a partir de una única célula inicial, el cigoto, en cuyo núcleo se encuentra la información genética (huella genética) que se conserva en todas las células y que es la que determina la diferenciación celular; y la Embriología –que describe el desarrollo embrionario y revela cómo se desenvuelve sin solución de continuidad". Así, derivan en que independientemente de cuál sea el desarrollo del embrión, éste debe ser protegido.

Por otro lado, están los que rechazan que el embrión sea una vida humana desde la fecundación, existiendo dentro de este grupo diversas posturas respecto al momento en el que puede considerarse que comienza a existir un ser humano. Por ejemplo, algunos científicos opinan que "el embrión de 12 semanas no es un individuo biológico, ni mucho menos una persona: carece de vida independiente, ya que es totalmente inviable fuera del útero. El desarrollo del cerebro está apenas en sus etapas iniciales, y no se han establecido las conexiones nerviosas que caracterizan al ser humano. El embrión, por tanto, no experimenta dolor ni ninguna otra percepción sensorial".

Existe también la postura, dentro del colectivo científico, que niega el debate legal-filosófico, desde el punto de vista científico, y rechazan la "utilización ideológica y partidista de la ciencia presentando como argumentos científicos lo que pertenece al ámbito de las creencias personales, ideológicas o religiosas", puesto que para ellos "el momento en que puede considerarse humano un ser no puede establecerse mediante criterios científicos ya que el conocimiento científico puede clarificar características funcionales determinadas, pero no puede afirmar o negar si esas características confieren al embrión la condición de ser humano, tal y como se aplica a los individuos

desarrollados de la especie humana”. (Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2002)

4.2. Concepto de aborto

Es la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500 g.

4.3. Tipos de aborto

4.3.1. Aborto espontáneos. Se denomina de manera indistinta como aborto natural, pérdida temprana del embarazo o insuficiencia gestacional temprana. se presenta en las primeras 12 semanas de gestación.

El aborto espontáneo es lejos la complicación más frecuente de cualquier gestación, estimándose que un 15% de los embarazos clínicos terminan en aborto, y que aproximadamente el 25% de las mujeres experimentarán un aborto clínicamente reconocido a lo largo de su vida reproductiva. Esta cifra podría estar subvalorada si consideramos que hasta 30 a 50% de los embarazos se detienen precozmente en su desarrollo, los llamados embarazos subclínicos, que generalmente la mujer no alcanza a reconocer por presentar escaso o ningún atraso menstrual.

La principal razón por la que un embarazo se pierde son las alteraciones genéticas.

El aborto espontáneo presenta las siguientes etapas clínicas:

4.3.1.1. Amenaza de Aborto.- Cualquier hemorragia uterina que se presente en la primera mitad del embarazo hace sospechar una amenaza de aborto, dado que hasta 25 % de las embarazadas pueden presentar cierto grado de sangramiento durante los primeros meses del embarazo.

La hemorragia que acompaña a la amenaza de aborto se caracteriza por ser casi siempre escasa. Esta varía desde una coloración parduzca a una sangre roja brillante, que puede presentarse de manera repetida durante varios días, por lo que generalmente aparece antes que el cólico uterino y no presenta modificaciones.

El diagnóstico diferencial se realiza con el embarazo ectópico, la enfermedad trofoblástica gestacional, úlceras vaginales, la cervicitis sangrante, las erosiones cervicales, pólipos cervicales y el carcinoma del cuello uterino.

La conducta obstétrica es la realización de una ecografía, para precisar vitalidad y características fetales. Es imprescindible este examen para realizar el diagnóstico diferencial.

El tratamiento es el reposo físico de la gestante, no se utilizan tratamientos hormonales ni sedantes. El reposo en cama es lo aconsejable, así como la orientación a la embarazada y su familia del posible riesgo de pérdida de la gestación.

De existir infección cérvicovaginal, se recomienda el tratamiento específico.

El tratamiento moderno apropiado puede ser la observación o la evacuación uterina.

4.3.1.2. Aborto Inminente.- En el caso del aborto inevitable el cuello uterino se dilata y el volumen de sangre que se pierde suele ser mayor, pero aún no se ha expulsado hacia la vagina, tejido alguno. La mayoría de las mujeres experimentan dolor tipo cólico en el hemiabdomen inferior, aumentada la sensibilidad en el hipogastrio cuando se realiza el examen abdominal.

Cuando se confirma que el embarazo no puede alcanzar la viabilidad fetal a causa de la dilatación del cuello uterino y por la hemorragia excesiva, se procede a la evacuación uterina y se efectúa una revisión de la cavidad por aspiración.

A todas las pacientes se les indica estudio hematológico que incluye el factor Rh y se les administra la inmunoglobulina anti D, después de evacuar el útero en caso de que fueran clasificadas como factor Rh negativo.

En abortos de 12 semanas se realiza la evacuación completa del útero por legrado o por aspiración con cánula. Si es de más de 12 semanas y no existe buena actividad uterina, puede estimularse por medio de una infusión de dosis altas de oxitocina (10 a 40 U en 500 a 1 000 mL de solución salina fisiológica) o misoprostol 400 μg por vía sublingual, bucal, oral o rectal.

4.3.1.3. Aborto Incompleto.- Se define como aborto incompleto la expulsión parcial de los tejidos del embarazo, antes de las 22 semanas de gestación. La placenta y el feto pueden expulsarse en conjunto pero, después de este tiempo a menudo se expulsan por separado. Clínicamente este se manifiesta por la presencia de una hemorragia vaginal, dolor tipo cólico y la expulsión de algún tejido.

Al examen físico se encuentra el cuello borrado o dilatado, observándose la hemorragia a través del mismo y, en ocasiones, se han expulsado coágulos.

La ecografía vaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial ≥ 15 mm). Se produce con mayor frecuencia en abortos > a 10 semanas.

El tratamiento recomendado por la mejor evidencia científica hasta la fecha, es la evacuación uterina, utilizando una aspiración endouterina: manual (AMEU) o por vacío eléctrico. De no estar disponibles, o en caso de no contar con profesionales entrenados en su uso, también se puede utilizar el legrado evacuador, que se realiza con cureta bajo anestesia. En algunos casos es preciso reponer el volumen de sangre, en caso que la pérdida sanguínea haya provocado una anemia aguda. El legrado evacuador tiene como complicaciones la perforación uterina y lesiones post-operatorias cervicales, así como la posibilidad de sinequias uterinas que se presentan en pocos casos y se deben a la realización de múltiples legrados, llevando a la mujer a la infertilidad.

A la paciente portadora del factor Rh negativo se le administrará la inmunoglobulina anti D.

4.3.1.4. Aborto Completo.- "Se considera a la expulsión completa del producto de la concepción, disminución del sangrado uterino y del dolor y es frecuente el cierre del orificio cervical"

Esta sucede cuando la gestación es menor de 8 semanas y el tejido placentario no tiene fijación compacta a través de las vellosidades, permitiendo sospechar un diagnóstico de aborto completo cuando existe desaparición del dolor hipogástrico y la escasa hemorragia, sumados a los hallazgos del examen pélvico tales como cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y contraído.

La ecografía vaginal muestra un endometrio de < de 15 mm de grosor.

4.3.1.5. Aborto Retenido.- Es la ausencia de vitalidad fetal, en la que no se ha producido ninguna actividad uterina que expulse los productos de la concepción. Es un cuadro asintomático, diagnosticado por ecografía. La presentación clínica sólo consiste en un tamaño uterino adecuado o levemente menor al esperado para la edad gestacional. Puede formularse el diagnóstico en dos escenarios:

- Embrión sin LCF: en la ecografía TV es posible la detección de LCF en embriones > 3 mm. Para mayor seguridad, hacemos el diagnóstico de aborto retenido en presencia de un embrión >5 mm de LCN en que no se detectan LCF. Cuando se hace una ecografía, y se observa un embrión de 3-4 mm, sin LCF, se solicita repetir la ecografía en 2 semanas (mínimo 10 días) para verificar el desarrollo embrionario o confirmar la sospecha de aborto retenido.
- Huevo anembrionado: corresponde e un embarazo en que se desarrolla el saco gestacional, pero el embrión no es visible en la ecografía. Es posible formular el diagnóstico de huevo anembrionado si el saco gestacional es > 30 mm (algunos autores hablar de > a 20 mm) y el embrión no es visible. Si detectamos un saco gestacional de 10-30 mm, y el embrión no es visible, solicitamos repetir la ecografía en 2 semanas para verificar el crecimiento normal y aparición del embrión, o confirmar la sospecha de aborto retenido.

Recordar: Si en una mujer con embarazo de 7 semanas según FUM, se observa un saco gestacional de 1-2 cm (no se visualiza el embrión), existen dos posibilidades: un embarazo normal de 5 semanas, o un huevo anembrionado (de 7 semanas), el diagnóstico definitivo se efectúa repitiendo la ecografía en dos semanas. (Ralph, 2016)

4.3.1.6. Aborto Séptico.- Llamamos aborto séptico a aquel aborto espontáneo o provocado que sufre una complicación infecciosa y progresa, como veremos más adelante, al cuadro de sepsis con todo su cortejo signo-sintomático y fundamentalmente con las alteraciones hemodinámicas típicas de la sepsis. La infección normalmente empieza como endometritis, involucra el endometrio e infecta a los productos retenidos de concepción. La sepsis por aborto se presenta con un gran compromiso general, metrorragia y fiebre, leucocitosis, a veces loquios fétidos. En su forma más grave hay participación de órganos distintos al ginecológico, constituyendo un espectro amplio de patología infectológica.

"Es aquel aborto donde la infección se ha propagado por vía linfática, hemática y/o canalicular, o bien existe endo o exotoxemia, con diseminación a distancia o por contigüidad, comprometiendo de esta manera la estructura y función de otros parénquimas. Clínicamente pueden observarse signos locales o regionales de infección como pelviperitonitis, peritonitis difusa, tromboflebitis pelviana y/o signos de diseminación de los microorganismos o sus toxinas *(sepsis,* alteraciones hemodinámicas, hígado, pulmón y riñón de sepsis, trastornos de la coagulación, encefalopatía, hemorragia digestiva). La activación de los mediadores inflamatorios son los que provocan, dentro un gran espectro de consecuencias nefastas, hemólisis y el grave cuadro de shock, con la posibilidad de evolucionar al SIMO", cuadro que encierra una altísima mortalidad.

4.3.1.6.1. *Complicaciones inmediatas del aborto séptico*

- ***Infecciosas:***

- Localizadas: confinada al útero: endometritis (metrorragia) con escasos signos infecciosos.
- Propagadas: cuadros de mayor gravedad, con compromiso de órganos pélvicos o intraperitoneales. La propagación puede ser linfática, hematógena o traumática y puede afectar la fertilidad futura de la paciente.
- Generalizadas: complicación potencialmente más grave (cuadros de septicemia y shock séptico, con una letalidad entre 11-50%). En algunos casos la solución es la histerectomía, e incluso, en casos más graves, puede ser necesaria la anexectomía.

- *Hemorrágicas:* secundario a restos ovulares. Dependiendo de su magnitud puede provocar anemia o hipovolemia e incluso constituir una emergencia. En caso que la paciente esté hemodinámicamente inestable es perentorio realizar una intervención quirúrgica.

- ***Traumáticas*:** compromiso de genitales externos, internos u otros órganos intraabdominales como consecuencia de perforaciones secundarias a las maniobras abortivas.

- *Embólicas:* Complicación grave, menos frecuentes hoy en día. De este tipo de complicaciones, las más frecuentes son las de tipo sépticas o del líquido amniótico.

4.3.1.6.2. *Complicaciones tardías del aborto séptico*

- *Infertilidad*: producto de incompetencia cervical o estenosis del cérvix, sinequias uterinas (principalmente después de un legrado uterino, se presentan como amenorrea secundaria), lesiones del endosálpinx, adherencias tuboperitoneales e histerectomía.
- *Alteraciones menstruales*: amenorrea o hipomenorrea por sinequias uterinas (Síndrome de Asherman). El manejo es con adhesiolisis, sin embargo es difícil revertir el cuadro en su totalidad.
- *Alteraciones psicológicas*: pueden acompañar a las pacientes de por vida

La elección del antibiótico y la precocidad en el inicio del tratamiento es uno de los pilares para la curación de esta patología. El esquema inicial debe incluir la cobertura con por lo menos tres drogas, teniendo en cuenta que es una infección polimicrobiana y que usualmente está involucrada la flora vaginal normal, aerobios y anaerobios Gram positivos y Gram negativos, N. Gonorrhoeae, Clamydia trachomatis y el Clostridium (perfiringens/welchii).

El tratamiento se divide en:

1. Medidas generales (corrección de anemia, evaluación de la condición hemodinámica, analgesia, etc.).
2. Tratamiento específico (antibióticos).
3. Tratamiento del foco séptico uterino (desfocación).
4. Tratamiento del síndrome séptico endotóxico o de la séptico- toxemia.

Antibióticos

- Bajo riesgo
    - Penicilina (5 millones de unidades cada 6 h ev)
    - Ampicilina (2 a 3 gramos cada 6 h ev) vo + Cloramfenicol.
    - Amoxicilina/Ácido Clavulánico vo.
- Alto riesgo (ev)

- Clindamicina (900 mg cada 6 h) + Gentamicina (2 mg/kg de carga, seguido de 1,5 mg/kg cada 8 h)
- Ceftriaxona + Metronidazol.

Manejo del foco uterino

Antes de realizar la desfocación, es importante tomar cultivos de sangre, orina y de secreción cervical. También se debe considerar la toma de cultivo del tejido obtenido desde la cavidad endometrial, para posteriormente poder ajustar el tratamiento antibiótico.

El contenido uterino debe ser evacuado sin retardo, una vez iniciado la terapia antibiótica.

- Aborto séptico incompleto: cobertura antibiótica por 48 horas o 24 horas afebril y luego legrado uterino
- Aborto séptico retenido: cobertura antibiótica similar al aborto incompleto más vaciamiento uterino (según condición cervical y edad gestacional). (Ralph, 2016)

4.3.2. Abortos provocados. Se define como la culminación médica o quirúrgica del embarazo antes del momento de la viabilidad fetal.

4.4. Clasificación del aborto

4.4.1. Según su Etiología.

- **Abortos espontáneos**: ocurren por causas naturales.
- **Abortos provocados:** a su vez pueden ser:
  - Terapéuticos: con justificación médico-legal
  - Criminales o ilegales.

4.4.2. Según la Edad Gestacional.

- **Temprano**: Ocurre antes de la semana 12 de gestación.
- **Tardío:** Ocurre entre las semanas 12 y 20 de gestación.

4.4.3. Según su Recurrencia. Se define por tradición como la presencia de tres o más abortos consecutivos a las 20 semanas o menos de gestación o con un peso fetal menor de 500 g.

- **Aborto recurrente primario**.- sin embarazos satisfactorio.
- **Aborto recurrente secundario**.- con un nacido vivo previo.

4.5. Etiopatogenia del aborto

4.5.1. Aborto Espontáneo

4.5.1.1. Causas Fetales.- El aborto se produce por degeneración y muerte del embrión. Los del primer trimestre suelen exhibir alguna anomalía embrionaria del cigoto, embrión, feto, o en ocasiones, placenta.

La frecuencia de los errores cromosómicos disminuye a medida que avanza el embarazo y se observan en 33% de los abortos del segundo trimestre pero sólo en 5% de los óbitos (mortinato) del tercer trimestre

Entre los factores que condicionan estos trastornos se mencionan:

4.5.1.1.1. *Anomalía cromosómica en el feto.-* Más del 50 por ciento de los abortos que tienen lugar durante el primer trimestre se originan en problemas cromosómicos del feto. Los cromosomas son las estructuras celulares diminutas con forma de filamento donde se encuentran nuestros genes. Cada persona tiene 23 pares de cromosomas, o 46 en total. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro de la madre. La mayoría de las anomalías cromosómicas es resultado de un óvulo o espermatozoide defectuoso que tiene cromosomas de más o de menos. El embrión resultante tiene una cantidad incorrecta de cromosomas, lo que suele llevar a un aborto. Las anomalías cromosómicas se vuelven más comunes a medida que aumenta la edad, al igual que el riesgo de aborto.

4.5.1.1.2. *Cigoto detenido.-* El cigoto detenido es un saco de embarazo que no contiene feto alguno, ya sea porque el embrión no se formó o porque dejó de desarrollarse muy temprano. En algunos casos, es causado por anomalías cromosómicas. En las primeras semanas, la mujer puede notar que sus síntomas de embarazo han desaparecido y puede tener sangrado vaginal de color marrón oscuro. Con un ultrasonido podrá observarse que el saco de embarazo está vacío. Un cigoto

detenido resultará en última instancia en un aborto, aunque en algunos casos éste no tiene lugar hasta varias semanas más tarde.

4.5.1.1.3. *Aborto aneuploide.-* Se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anormalidades cromosómicas; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna. Menos de10% fue error en la fertilización y división cigótica. Son mal formaciones frecuentes en los embriones y fetos iniciales y son responsables de la mayor parte de abortos tempranos, mal formación cromosómica del producto de la concepción.

- *Trisomía:* es la alteración más frecuente, y es resultado de la translocaciónaislada o inversión del brazo de un cromosoma, siendo más común en el 13, 16, 18, 21 y22. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.
- *Monosomía*: anormalidad cromosómica más común compatible con la vida un 70% termina en aborto y 30% llega a término.
- *Triploidía:* Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma. La triploidía puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide, o falla en la meiosis del huevo en la cual el primero o el segundo cuerpo polar son retenidos.

4.5.1.1.4. *Aborto euploide: Los* abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos. La edad materna avanzada aumenta dramáticamente la incidencia de abortos euploides, que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos. Se presenta alrededor de las 13 semanas de embarazo, estos aumentan cuando la madre supera los 35 años, las razones suelen desconocerse pero existen algunas posibilidades como son:

- Factores poligénicos
- Factores maternos
- Probables factores paternos.

4.5.1.2. Causas Maternas

4.5.1.2.1. *Procesos Generales*

- Infecciones específicas (TORCH, clamidias, tifoidea, TBC, micoplasmas, etc.).

- Infecciones agudas.
- Alteraciones orgánicas: hepatopatías, nefropatías, HTA. cardiópatas.
- Trastornos endocrinos: diabetes mellitus, insuficiencia del cuerpo lúteo (deficiente producción de progesterona), alteraciones tiroideas, síndrome adrenogenital, etc. Enfermedades del tejido conectivo: LES.
- Trastornos carenciales (desnutrición, avitaminosis, etc).
- Isoinmunización Rh
- Factores psicosomáticos.

4.5.1.2.2. *Procesos Locales*

- Malformación congénita (útero unicorne, bicorne, etc).
- Útero hipoplásico o displásico.
- Secuelas quirúrgicas locales o vecinas (bridas, adherencias).
- Sinequias endouterinas consecutivas a legrados muy profundos (síndrome de Asherman).
- Infecciones intrauterinas. Tumores (miomas, fibromas, pólipos, etc).
- Insuficiencia del OCI, lesiones cervicales (desgarros).
- Deficiente preparación del endometrio y decidua debido a deficiencia de progesterona.
- Alteraciones de posición: antiguamente se consideraba al útero retroflexo como posible causa de abortos, lo que se ha descartado

4.5.1.2.3. *Agresiones Extrínsecas*

- *Radiaciones ionizantes*. En las dosis terapéuticas utilizadas para el tratamiento del cáncer, la radioterapia sin duda es abortiva
- *Toxicomanías (alcohol, tabaco, drogas).* El tabaquismo se ha vinculado con un mayor riesgo de padecer abortos euploides. El consumo de alcohol durante las primeras ocho semanas de embarazo provoca tanto abortos espontáneos como anomalías fetales.
- *Traumatismos directos (golpes) o indirectos (cirugía).* Se supone que existe la posibilidad de que los traumatismos abdominales precipiten un aborto, pero esto es raro. La repercusión de los traumatismos menores es difícil de determinar

4.5.1.3. Factores Inmunológicos. Algunas personas producen proteínas (anticuerpos) que en vez de protegerlas contra las infecciones destruyen sus propios tejidos, lo que les producen las llamadas enfermedades autoinmunes. Entre el 3% y el 15% de los abortos son causados por anticuerpos.

La reproducción involucra a progenitores genéticamente diferentes de una misma especie, a dichas diferencias se las denomina aloinmunes, por ello el embarazo es un modelo único de injerto natural. Esto determina que el embrión, el feto y trofoblasto sean blancos inmunológicos naturales para el sistema inmune materno, debido a aquellos productos de genes heredados del padre y antígenos específicos de tejido de diferenciación.

Por tanto, las alteraciones auto/aloinmunes pueden provocar abortos y/o muertes fetales. Probablemente pueden relacionarse con alteraciones inmunológicas. En algunos casos, los problemas inmunológicos solo afectarán a la madre durante el embarazo. En otros, será la enfermedad general autoinmune de la madre, por ejemplo el lupus eritematoso sistémico, la que puede incidir sobre el embrión o feto. En ocasiones, las alteraciones detectadas durante la gestación nos alertarán sobre la posible enfermedad de la madre (latente).Después de la fertilización y durante todo el embarazo, se producen numerosos cambios en la fisiología de la mujer, y entre estas modificaciones, las inmunológicas son relevantes.

El cuerpo humano está preparado genéticamente para reconocer todas sus estructuras como propias. Cuando esto no ocurre y el organismo fabrica anticuerpos contra sus propias estructuras, estamos delante de un fenómeno que denominamos autoinmunidad. Por otro lado, el organismo "rechazará" todo aquello que no reconozca como suyo. Esta es una de las funciones del sistema inmunitario, y se conoce como aloinmunidad.

La madre "permite" que el óvulo fecundado, siga su curso natural. A este mecanismo se le conoce con el nombre de tolerancia inmunológica. Esta tolerancia inmunológica, se consigue a través de complejos mecanismos que deprimen el sistema inmunitario de la madre, aunque esta inmunosupresión" solo se localiza en la inter-fase feto materna. Si alguno de los mecanismos implicados en esta tolerancia inmune fracasa, o si aparecen alteraciones autoinmunes, se producirá el aborto y/o pérdida fetal, que en ocasiones podrá ser de repetición.

Es importante señalar que la incompatibilidad sanguínea materna fetal influye ante la presencia de un aborto, tal es el caso que cuando la madre es Rh negativo y el padre Rh positivo, es importante tomar precauciones durante el embarazo para prevenir una incompatibilidad sanguínea entre la mamá y el bebé. Con un buen control prenatal y el tratamiento adecuado, no habrá complicaciones.

4.5.1.4. Factores Psíquicos. Este tipo de factor es tal vez es el menos estudiado y considerado, sobre los factores emocionales o psíquicos, que son determinantes en muchos abortos; entre estos factores podemos identificar al estrés psicológico, la depresión, los conflictos de personalidad, los problemas de pareja, el miedo al embarazo y el propio deseo de no querer tener el hijo concebido son algunas de las razones invocadas, donde se asegura que la falta de identidad psicológica feto-materna es una desarmonía psicosomática que va a determinar el predominio de los conflictos negativos de expulsión del feto frente a los positivos de retención.

Suele ser difícil diagnosticar las causas psicológicas, porque muchas veces la propia paciente no es consciente de ellas o las oculta ante el médico. Por tanto, cuando no se hallen causas orgánicas después de una exploración completa, hay que empezar a investigar los factores emocionales. La importancia de la comunicación abierta y amable entre el ginecólogo y la paciente debe ser ante todo comprensión y escucha.

4.5.2. Aborto terapéutico. Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto.

4.5.3. Aborto inducido.

4.5.3.1. Aborto Inducido o Provocado. Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.

4.5.3.2. Succión o Aspiración. La aspiración por vacío es la técnica más utilizada para el legrado por aspiración. Para él se necesita una cánula rígida unida a una fuente eléctrica de vacío. Como otra posibilidad, la aspiración es de tipo manual con una

cánula similar que se une a una jeringa manual, como fuente de vacío y la aspiración llega a 60 mmHg. Las complicaciones son similares a las que acarrean con otros métodos quirúrgicos.

4.5.3.3. Dilatación y Curetaje. Las técnicas transcervicales del aborto quirúrgico requieren primero la dilatación del cuello uterino y luego la evacuación del embarazo raspando de manera mecánica el contenido, con una legra cortante, o bien succionando el contenido, legrado por succión, o ambas. La aspiración es el método que se utiliza con más frecuencia para el legrado y se emplea una cánula rígida unida a una aspiradora eléctrica

4.5.3.4. Aborto por las Prostaglandinas. El misoprostol, en dosis de 400 a 600 μg, se administra por vías oral o sublingual o se coloca en el fondo de saco posterior de la vagina.

La mifepristona, antagonista de la progesterona, en dosis de 200 a 600 μg por vía oral, también es eficaz, pero es un fármaco costoso para madurar el cuello uterino

4.5.3.5. Inyección Salina. Se utiliza solamente después de las 16 semanas. El líquido amniótico que protege al bebé se extrae, inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos y convulsiones. Esta solución salina produce dolorosas quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto" y da a luz un bebé muerto o casi muerto.

4.6. Posibles complicaciones del aborto

El aborto acarrea complicaciones médicas a las mujeres que lo sufren. Estas complicaciones pueden ser inmediatas o tardías, las cuales se manifiestan a corto, mediano o largo plazo. Conviene destacar, además, que el aborto es mucho más riesgoso que el embarazo llevado normalmente a término. Sin embargo, existe una auténtica "conspiración de silencio" con relación a los riesgos o complicaciones que conlleva la práctica del aborto: los medios especializados, como los de información general, habitualmente no divulgan la amplia documentación existente.

Entre las complicaciones inmediatas provocadas por el aborto se pueden dar las siguientes:

4.6.1. Mortalidad de la madre. El aborto legal, realizado por ginecólogos preparados y en particular si se efectúa en los dos primeros meses de la gestación, tiene una tasa de mortalidad <1 caso por 100 000 procedimientos. El riesgo relativo de mortalidad por la técnica, según cálculos, se duplica por cada dos semanas que transcurran después de las ocho semanas de gestación.

4.6.2. Cáncer de Mama. El aborto aumenta en 30 % el riesgo de que la mujer desarrolle cáncer de mama. El aumento de ese riesgo es atribuido al crecimiento anormal de células en las mamas que, en la gravidez, se convierten en productoras de leche, y al interrumpiese el embarazo se atrofian y mueren. Como la mayoría de los abortos ocurren antes que dicha muerte celular, esas células pueden convertirse en cancerosas.

4.6.3. Perforación de útero. La manipulación de la cureta puede provocar la perforación del útero, causando inflamación (peritonitis), que a su vez exigirá, en algunos casos, la propia extracción del útero, dejando en consecuencia a la mujer con incapacidad de tener hijos.

4.6.4. Embarazo Ectópico. Las mujeres que se someten a abortos adquieren la predisposición a los embarazos ectópicos, es decir, embarazos que se desarrollan fuera del lugar normal (útero). En este tipo de embarazos, el feto se desarrolla en las trompas de Falopio y no en el útero, lugar apropiado. Esta es una situación muy peligrosa que aumenta significativamente el riesgo de vida de la madre y que puede provocar la perforación de la trompa. Los estudios científicos están indicando que el riesgo del embarazo ectópico se duplica después del primer aborto provocado y puede cuadruplicarse después del segundo.

4.7. Signos y síntomas del aborto

En primer lugar surge la hemorragia, pero horas a días después aparece el dolor. Este último puede surgir como un cólico en la zona baja de la línea media del vientre; también puede aparecer como una forma de lumbalgia persistente con la sensación de presión pélvica o como una molestia sorda en la línea media a nivel suprapúbico. Algunas mujeres tienen varias de las manifestaciones anteriores. Sea cual sea el cuadro clínico inicial, la combinación de hemorragia y dolor conlleva un mal diagnóstico en cuanto a la continuación del embarazo.

4.8. Exámenes complementarios en el aborto

La medición seriada de las concentraciones séricas cuantitativas de β-hCG, se han descrito diversos modelos de predicción basados en las concentraciones séricas de hCG obtenidas con diferencias de 48 hs.

El uso de la ecografía transvaginal (TVS, transvaginal sonography), es posible corroborar el sitio y la viabilidad de los embarazos. Uno de los primeros signos identificados es el saco gestacional, que es un cúmulo anecoico de líquido, el cual representa la cavidad exocelómica.

4.9. Diagnóstico del aborto

- El diagnóstico inicial es de tipo clínico considerando la anamnesis y el examen físico.
- En el caso de un embarazo "robusto" intrauterino, las concentraciones séricas de β-hCG deben aumentar como mínimo 53 a 66% cada 48 hs.
- Específicamente, en el caso de un embarazo "robusto" intrauterino, las concentraciones séricas de β-hCG deben aumentar como mínimo 53 a 66% cada 48 hs.
- En el caso de las concentraciones séricas de progesterona, aquellas <5 ng/ml sugieren que el embarazo evoluciona a su terminación, en tanto que la concentración >20 ng/ml refuerza el diagnóstico de un embarazo sano.

4.10. Tratamiento del aborto

4.10.1. Clínico. La recomendación de dosis inicial de misoprostol es de 800ug vía vaginal, una dosis repetidas se pueden administrar como sea necesario, no antes de las 3 horas.

El tratamiento farmacológico tiene mayor éxito cuando se prescribe en aborto incompleto y en dosis de Misoprostol 600 μg por vía oral o 400 μg por vía sublingual.

El aborto incompleto, diferido, inevitable y en evolución puede ser manejado únicamente con prostaglandinas. Estudios demuestran que no existe diferencia significativa entre la evacuación médica o quirúrgica para el aborto con pérdidas de menos de 10 semanas o saco gestacional con diámetro de 24 mm.

Las pacientes que serán sometidas a tratamiento farmacológico por abortos de más de 12 semanas deberán ser hospitalizadas hasta la expulsión del feto y placenta. Embarazos menores a 12 semanas pueden recibir tratamiento domiciliario

4.10.2. Quirúrgico

Son indicaciones para AMEU:

Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades siempre y cuando se tenga una altura uterina menor a 11 cm. y dilatación cervical menor o igual a 1 cm. Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

El LUI debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento farmacológico cuando el sangrado es abundante y persistente.

4.10.2.1. Preparación cervical para el aborto quirurgico. Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de nueve semanas completas en mujeres nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos mayores a 12 semanas completas.

Se recomienda el siguiente régimen hasta la semana 14:- misoprostol 400 µg administrados vaginalmente tres horas antes de a la cirugía o vía sublingual dos horas antes de a la misma.

Tabla 4. Descripción de los métodos quirúrgicos

Método	Descripción
Aspiración manual endouterina (AMEU)	Método por el cual, a través del cérvix, el contenido uterino es evacuado por aspiración al vacío a través de una cánula que se introduce en el útero. Se lo puede realizar con anestesia paracervical.
Legrado uterino instrumental (LUI)	Procedimiento por el cual, a través del cérvix y del uso de una cureta de metal, se evacúan el interior del útero bajo anestesia general.

Grafico.- *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente 2013.*

5 Materiales y métodos

Tipo de diseño

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo que se realizó en el Hospital Básico de Yantzaza

Unidad de estudio

El trabajo investigativo se realizó en el Hospital Básico de Yantzaza perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe del 1 de diciembre del 2015 al 31 de diciembre del 2016.

Universo

Lo conformaron 120 gestantes atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza.

Muestra

Estuvo constituido por 42 gestantes con diagnóstico de aborto.

Criterios de inclusión

- Gestantes que cursan un embarazo menor de 20 semanas
- Pacientes con diagnóstico de aborto

Criterios de exclusión

- Pacientes sin sintomatología de aborto
- Gestantes que llevan su embarazo a término

Métodos, técnicas

Para el desarrollo de la investigación se sustentó la base teórica, mediante consultas a: fuentes bibliográficas, textos, revistas, así como también fuentes informáticas de Internet. La técnica utilizada: cuestionario

Instrumentos

Para la recolección de la información se obtendrá a través de la base de datos de las pacientes seleccionadas del Hospital Básico de Yantzaza, correspondientes al periodo diciembre 2015- diciembre 2016 previo permiso de las autoridades.

Dichas historias fueron estudiadas teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

1. Edad
2. Tipo de enfermedad, causas y frecuencia de la misma
3. Complicaciones

Los resultados obtenidos mediante las respuestas será determinado a través de datos estadísticos que será una contribución para el análisis de este tema, lo que me permitirá obtener datos reales.

Para la validación de contenido, el Cuestionario presentó un coeficiente de fiabilidad en el alfa de Cronbach de 0,679 suficiente para garantizar la fiabilidad del instrumento y su confiabilidad, tienen consistencia interna porque es mayor del 0.6, el nivel recomendado para establecer un nivel adecuado de confianza y validez del instrumento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,679	,674	13

Procedimiento

La recolección de datos se realizó mediante el previo consentimiento del Director del Hospital Básico de Yantzaza.

Posteriormente se desarrolló la recolección de la base de datos conforme las preguntas del cuestionario a aplicar. **(Ver Anexo 1).**

Plan de tabulación

Se tabulará los datos obtenidos de las historias clínicas de manera numérica y en porcentajes expresados en tablas que facilitaran su interpretación.

6 Resultados

CUADRO N°1

EDAD DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAR ABORTOS EN EL HOSPITAL DE YANTZAZA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015- DICIEMBRE 2016

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 -19	12	28,6
20 – 25	9	21,4
26 – 31	5	11,9
32 – 37	5	11,9
38 - 43	8	19,0
44 - 49	3	7,1
Total	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas del Hospital Básico de Yantzaza.

Elaborador.- Stephany Herrera

ANÁLISIS.- El 28,6% (n = 12) corresponde a pacientes 14–19 años, seguida por pacientes en edades de 20 -25 años que representa el 21, 4% (n = 9) y en menor porcentaje usuarias de más de 44 años que representan el 7% (n = 3)

CUADRO N° 2

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE YANTZAZA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015- DICIEMBRE 2016

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN CAUSA APARENTE	12	28,6
ETS (VAGINOSIS - CANDIDIASIS)	9	21,4
FARMACOS	2	4,8
TRAUMA (CAIDA PROPIA ALTURA)	14	33,3
EJERCICO FISICO	5	11,9
TOTAL	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas del Hospital Básico de Yantzaza

Elaborador.- Stephany Herrera S.

ANÁLISIS.- De acuerdo al grafico n° 2 el principal factor asociado a aborto atendidas en el periodo 2015-2016 en el Hospital de Yantzaza, fueron las caídas de su propia altura con un 33,3 % (n= 14), seguido de causas no determinadas que corresponden a 28,6 % (n=12).

CUADRO N° 3

FACTORES PREDISPONETES DE ABORTO EN PACIENTES JOVENES Y ADULTAS EN EL HOSPITAL DE YANTZAZA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015- DICIEMBRE 2016

	FACTORES					Total
EDAD	**SIN CAUSA APARENTE**	**ETS**	**FARMACOS**	**TRAUMA (CAIDA)**	**EJERCICIO FISICO**	
14 -19	3	4	1	3	1	12
20 - 25	3	1	0	2	3	9
26 - 31	2	1	0	2	0	5
32 - 37	0	1	1	2	1	5
38 - 43	3	2	0	3	0	8
44 - 49	1	0	0	2	0	3
TOTAL	12	9	2	14	5	42

FUENTE: Historias clínicas del Hospital Básico de Yantzaza

Elaborado por: Stephany Herrera S.

En el presente grafico se puede visualizar que de acuerdo a la edad, las pacientes jóvenes tienen como factor de riesgo causas no aparente y los traumas físicos, a diferencia de las pacientes adultas que tiene como factor de riesgo el trauma físico.

CUADRO N°4

SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS PACIENTES CON ABORTO EN EL HOSPITAL DE YANTZAZA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015-DICIEMBRE 2016

SIGNOS Y SINTOMAS	Frecuencia	Porcentaje
DOLOR EN HIPOGASTRIO	25	59,5
SANGRADO LEVE	14	33,3
SANGRADO MAS RESTOS	3	7,1
Total	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas del Hospital básico de Yantzaza

Elaborador: Stephany Herrera

El grafico representa la sintomatología que presentaron las pacientes con aborto, siendo el dolor localizado en epigastrio el que prevalece con el 60%, seguido de sangrado genital con un 33% y finalmente la dismenorrea que representa el 7%.

CUADRO Nº 5

COMPLICACIONES EN LA PACIENTES CON ABORTO EN EL HOSPITAL DE YANTZAZA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015- DICIEMBRE 2016

COMPLIACIONES	Frecuencia	Porcentaje
SANGRADO	5	11,9
INFECCIÓN ENDOMETRITIS IVU	5	11,9
SIN COMPLICACIÓN	32	76,2
Total	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas del Hospital básico de Yantzaza

ELABORADO: Stephany Herrera

ANÁLISIS.-El 76% (n=32) de las pacientes no presentaron complicaciones mientras que un pequeño porcentaje presentaron infección y sangrado en el 11.9 % (n=%).

7 Discusión

Como se ha descrito, el aborto es un tema importante en la salud publica además de su impacto en la sociedad es una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población femenina ecuatoriana por esta razón se llevó a cabo este estudio con la finalidad de conocer los factores relacionados a aborto en el Hospital Básico de Yantzaza en el periodo Diciembre 2015- Diciembre 2016, se registramos 42 casos en una población de 120 gestantes atendidas, correspondientes a una edad gestacional menor de 20 semanas.

En el presente estudio, se diagnosticaron 42 casos de aborto, la población en la que prevalece son aquellas pacientes de 14 - 19 años, al realizar una comparación con el trabajo realizado por Morales y Lopez, en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues se diagnosticaron 201 casos de abortos lo que dio como resultado el 43,8%, siendo el grupo de edad más frecuente el de 20-29 años.

Hace 10 años se realizó un estudio en el Hospital básico de Yantzaza, donde se obtuvo que las pacientes que presentaron aborto comprendían edades de 20 a 29 años, con un total de 49 casos, además la primera causa de dicha patología fue trauma físico con una frecuencia del 26%, al comparar con éste estudio se corrobora que sigue siendo la primera causa de aborto el trauma con una prevalencia del 33,3 %, la principal complicación que presentaron fue la retención de restos placentario, en la actualidad no se presentan complicaciones en la mayoría de la pacientes.

Buenaño, en el año 2010 realizo el trabajo investigativo en el Hospital Docente de Riobamba donde obtuvo que el mayor porcentaje de pacientes atendidas corresponde al grupo etario de 19 – 23 años con el 34,66%, se llegó a determinar que la principal complicación con mayor porcentaje es la Infección con el 6,26%. En el presente estudio la mayoría de las pacientes no presento complicaciones en el 76%.

El trabajo investigativo realizado en el Hospital Básico de Yantzaza reporto 42 casos de aborto, de los cuales el 76% de las pacientes no presentó complicaciones, al igual que el estudio presentado por Rivero y Pintado en Abril del 2017, ejecutado en el HOSPITAL MARIANA DE JESÚS de Guayaquil, donde obtuvieron que el 91% no presentaron complicaciones.

8 Conclusiones

- El aborto se presenta en mayor proporción en pacientes jóvenes, en edades comprendidas de 14- 19 años y en menor porcentaje en las pacientes adultas.

- El principal factor desencadenante de aborto en las pacientes atendidas durante el periodo 2015-2016 fue la caída de su propia altura (traumas) y no hubo diferencia con la edad.

- Los principales síntomas que manifiestan las pacientes atendidas por aborto son el dolor abdominal de localización hipogastrio y el sangrado genital.

- En general, las pacientes atendidas por aborto en el hospital de Yantzaza no presentaron complicaciones mayores, excepto por un pequeño porcentaje que presento sangrado e infección

9 Recomendaciones

- Implementar programas que proporcionen información sobre educación sexual y métodos anticonceptivos, modo de acción y tiempo de duración de los mismos, para de esta forma disminuir los embarazos no deseados que pueden terminar en abortos.

- Promocionar los controles prenatales tempranos y oportunos.

- Instruir a la gestante para que reconozca los signos y síntomas de aborto y asista oportunamente a su tratamiento.

- Efectuar una valoración psicológica a todas las pacientes que han presentado un aborto de cualquier tipo, debido a las grandes repercusiones que esta patología puede llegar a desencadenar.

10 Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. Disponible en: “[1] *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/”*.

Organización Mundial de la Salud. Estadisticas Sanitarias Mundiales 2013. Disponible en: “[2] *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf*”

Ministerio de Salud Pública. Habla serio- sexualidad sin misterio. Disponible en: “[3] *www.comminit.com/la/content/habla-serio-sexualidad-sin-misterios*”

Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente 2013. Disponible en: “ [4] *http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf*”

CARDENAS J, CELY J. Estudio Comparativo entre la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino Instrumental en el Tratamiento del Aborto en Curso, Diferido, Incompleto y Anembrionado. Hospital Vicente Corral Moscoso, 1994-1995; Cuenca-Ecuador; 1995”

Ministerio de Salud Pública. Estadísticas. Disponible en: “[6] *https://public.tableau.com/profile/publish/egresoshospitalariosinec2014/Menu#!/publish-confirm*”

El Aborto en el Sistema de Salud Pública. Disponible en: “[7] *www.slideshare.net/saludmujeres/el-aborto-en-el-sistema-de-salud-publica-msp-2012*.”

Ministerio de Salud Pública. Estadísticas. Disponible en: “[8] *https://public.tableau.com/profile/publish/egresoshospitalariosinec2014/Menu#!/publish-confirm*” *http://www.monografias.com/trabajos55/contra-aborto/contra-aborto2.shtml*

WILLIAMS. (Año 2011). *OBSTETRICIA 23a edición.* Mexico: Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA

WILLIAMS. (2014.). *GINECOLOGÍA, 2da Edición.* México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. Páginas 171-191

Díaz, P. •. (2014). *OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Guia de Actuación.* Quintanapalla, 8, 4.a planta - 28050 Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S. A.

ABORTO SIN RIESGOS: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. 2da Edición. Organización Mundial de la Salud, 2012

Gutierrez., H. A. (2013.). *ASPECTOS CLAVES OBSTETRICIA . 1ra Edición.* Medellin: CIB Fondo Editorial. Capítulo 14. Hemorragias del primer trimestre- Páginas. 145-155

Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28 (2):128-33. ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICO-SOCIALES DEL ABORTO Páginas. 1-2 http://www.smiba.org.ar/revista/smiba_03/aborto2.htm

11 Anexos

Anexo 1

1.- Test

N° HC……

Edad: 10 – 19 años ☐
20 años o + ☐

Residencia: Urbana ☐
Rural ☐

Estado civil: Soltera ☐
Casada ☐
Viuda ☐
Divorciada ☐
Unión libre ☐

Instrucción: Primaria ☐
Secundaria ☐
Superior ☐
Analfabeta ☐

Hábitos: Alcohol ☐
Tabaco ☐
Drogas ☐
Sin hábitos ☐
Otros ……..

Ocupación: .....

Factores Predisponentes: ☐ HIV
☐ ETS……
☐ Fármacos……
☐ Otros:……
☐ No refiere……

Antecedentes Obstétricos: ☐ Abortos previos
☐ Gestas previas
☐ Otros:……
☐ No refiere

Signos y Síntomas: Sangrado vaginal ☐
Dolor Abdominal ☐
Otros……

Tratamiento: AMEU ☐
Legrado ☐
Misoprostol ☐
Otros ☐

Complicaciones: Hemorragia ☐
Infección ☐
Perforación del útero ☐
No presenta complicaciones ☐

Otros……

Tipo de aborto: Provocado ☐
Espontaneo ☐
Completo ☐
Incompleto ☐
Inevitable ☐
Diferido ☐

Embarazo fue: Planificado ☐
No deseado ☐
No refiere ☐

Observaciones……...
……..

Anexo 2

Yantzaza, 13 de junio de 2016

Dr. Ángel Chamba

DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo Stephany Catherine Herrera Sarango, con cédula de identidad No. 1900546803, estudiante de la carrera de Medicina Humana, por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente se me autorice en el Hospital Básico de Yantzaza, la recolección de datos de las historias clínicas del Área de Consulta Externa y Hospitalización de Ginecología en el período comprendido diciembre 2015- diciembre 2016, necesarias para la elaboración de mi tesis titulada: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ABORTO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA EN ZAMORA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2015- DICIEMBRE 2016"** dirigida por la Dr. Paúl Carvajal, docente de la Universidad.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anticipo mis sinceros agradecimientos.

ATENTAMENTE:

STEPHANY HERRERA SARANGO

CI. 1900546803

DIRECCIÓN DISTRITAL 19D04 EL PANGUI - YANZATZA - SALUD
RECIBIDO
GESTIÓN DOCUMENTAL
FECHA: 13-06-2016
HORA: 10:01
RESPONSABLE: Lic. Elena A.

Anexo 3

BRENTWOOD LANGUAGE CENTER
Making a difference

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado ***"FACTORES ASOCIADOS A ABORTO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE YANTZAZA EN ZAMORA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2015-DICIEMBRE 2016"***., de la estudiante STEPHANY CATHERINE HERRERA SARANGO, egresada de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 13 de octubre de 2017

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE B.L.C.

Anexo 4

PROYECTO DE TESIS

TEMA

Factores Asociados A Aborto En El Hospital Básico De Yantzaza En Zamora En El Periodo Diciembre 2015-Diciembre 2016

PROBLEMÁTICA

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia…” (NN.UU. CIPD, 1943)

Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos (Salud O. M., 2015).

En los países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte entre las adolescentes de este grupo de edad, y se calcula que en 2008 se llevaron a cabo tres millones de abortos peligrosos entre esas jóvenes (Salud O. M., 2013).

Aún hoy, y a pesar de los enormes avances que ha experimentado la medicina de la reproducción, el aborto permanece como la complicación más frecuente del embarazo.

Se han emprendido campañas para erradicar mitos y tabúes alrededor de la sexualidad. Programa q brinda información especializada a la población en general, pero se enfoca en los y las adolescentes para prevenir embarazos a temprana edad (Publica, 2015). A pesar de los métodos disponibles aún existen tabúes entre los jóvenes sobre todo en mujeres.

De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% más termina en un aborto inducido. El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y

se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción. Otras complicaciones como hemorragias, infecciones, perforaciones de órganos, etc. pueden ser muy frecuentes (Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente., 2013).

En el Ecuador las cifras de aborto que se registran oficialmente están por debajo del número de abortos que se realizan en el país, es así que en el año 2007 la principal causa de morbilidad femenina fue el aborto no especificado con una tasa de 34.9 por cada 10000 mujeres lo que significa que se produjeron 23698 "abortos no especificados" a nivel nacional (Cardenas J, 1995).

Las cifras oficiales de aborto en el año 2014 fueron de 15.783, de los cuales 860 casos fueron adolescentes en edad de 21 años y 442 casos en pacientes mayores de 35 años (Publica, Ministerio de Salud Publica, 2015).

Los hospitales estatales de Guayas son los que más tipo de aborto registran en el país; en el 2007. Son tres las maternidades estatales que más expulsiones concentraron: la Isidro Ayora, de Quito, con 2.465 abortos frente a 11.231 partos; la Mariana de Jesús, del Suburbio de Guayaquil, con 1.170 abortos frente a 3.660 nacimientos (uno de cada tres); y el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, con 1.168 abortos frente a 4.131 partos (uno de cada cuatro)1

En el Hospital Básico de Yantzaza se observa un incremento significativo del número de pacientes con diagnóstico de aborto, con información estadística de 20 casos en el 2013 y 41 en el 2014 siendo prevalente en adolescentes, no se precisa su frecuencia ni se identifican las causas que motivan este incremento (Publica, Estadisticas, 2015).

En tal virtud, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su frecuencia e identificar los factores asociados al mismo.

[1] www.slideshare.net/saludmujeres/el-aborto-en-el-sistema-de-salud-publica-msp-2012.

JUSTIFICACIÒN

El presente trabajo ha sido elaborado sobre el tema de "Aborto" debido a la importancia que tiene este tema, ya que hablar de "aborto" es versar sobre lo más trascendente del género humano "la vida misma".

Tratar sobre el aborto, es de vital importancia ya que aun cuando ha querido plantearse por algunos sectores, como un asunto trivial al que el ser humano puede o no darle importancia; lo cierto es, que se trata de un concepto que en sí mismo engloba la parte coyuntural de la existencia humana.

El aborto, es más que la interrupción de la existencia humana, en sus diversas etapas de desarrollo de un embrión, es un asunto delicado que merece conocerse, analizarse y recapacitar muy seriamente antes de tomar partido como escéptico, adepto o inconforme (López, 2007).

En nuestra sociedad existe un sin números de factores que influye en el proceso del aborto teniendo en cuenta como medida el tener relaciones sexuales de forma precoz sobre todo de la juventud quien por vivir emociones se dejan llevar por momentos que le crean felicidad y placer, sin tener en cuenta las consecuencias que esto podría tener sobre todo porque no tiene la suficiente preparación para utilizar medidas preventivas y de planificación, que tal vez sería una de las primeras causas por las que muchas mujeres quedan embarazadas.

Es entonces la de necesidad profundizar en este problema, y poner a disposición del público en general, así como del gremio médico, la información obtenida, para que la misma sea utilizada como cimiento para la formación de un criterio responsable de toda la sociedad y de esta forma impedir que este fenómeno social y de salud pública siga aumentando y causando estragos.

Por estas y muchas otras razones, es que elegí el tema de aborto para la realización de este trabajo, con el fin de que podamos tener las nociones básicas acerca del aborto, de sus implicaciones y sus repercusiones físicas y psicológicas que trae consigo y de esta manera disminuir el número de casos.

Cabe destacar que este trabajo no tiene posturas definidas, ni la intención de inferir en la voluntad de los individuos, tocamos el tema desde sus distintos aspectos, siendo responsabilidad del lector las conclusiones y decisiones que al respecto pueda tomar.

MARCO TEORICO

1. CONCEPTO DE ABORTO
2. TIPOS DE ABORTO
   - 2.1 ABORTO ESPONTANEOS
   - 2.2 ABORTOS PROVOCADOS
3. CLASIFICACIÓN DEL ABORTO
   - 3.1 Según Su Etiología
   - 3.2 Según La Edad Gestacional
   - 3.3 Según Su Recurrencia
4. ETIOPATOGENIA DEL ABORTO
   - 4.1 ABORTO ESPONTANEO
     - 4.1.1 Causas Ovulares
     - 4.1.2 Causas Maternas
       - 4.1.2.1 Procesos Generales
       - 4.1.2.2 Procesos Locales
       - 4.1.2.3 Agresiones Extrínsecas
   - 4.2 ABORTO TERAPEUTICO
   - 4.3 ABORTO INDUCIDO
     - 4.3.1 Aborto Inducido o Provocado
       - 4.3.1.1 Succión o Aspiración
       - 4.3.1.2 Dilatación y Curetaje
       - 4.3.1.3 Operación Cesárea.
       - 4.3.1.4 Aborto por las Prostaglandinas
       - 4.3.1.5 Inyección Salina.
5. CAUSAS DE ABORTO INDUCIDO
   - 5.1 Miedo Por Falta De Capacidades Económicas
   - 5.2 Miedo a Lo Que Digan Los Padres y Demás Personas
   - 5.3 Miedo a los 9 meses de embarazo y dolor del parto.
   - 5.4 Violación
6. POSIBLES COMPLICACIONES DEL ABORTO
   - 6.1 Cáncer de Mama
   - 6.2 Cáncer de ovario, hígado y cervical (cuello de útero).
   - 6.3 Perforación de útero

6.4 Desgarros cervicales
6.5 Placenta Previa
6.6 Embarazo Ectópico
6.7 Afección inflamatoria pélvica
6.8 Endometritis
6.9 Riesgos añadidos para las adolecentes
7. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO
8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO
9. DIAGNÓSTICO DEL ABORTO
10. TRATAMIENTO DEL ABORTO

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los Factores Asociados A Aborto En El Hospital Básico De Yantzaza En Zamora En El Periodo Diciembre 2015-Diciembre 2016

ESPECÍFICOS.

2. Determinar la frecuencia del aborto de las pacientes jóvenes y adultas
3. Identificar los factores predisponentes de aborto en pacientes adultas y jóvenes.
4. Establecer los signos, síntomas y complicaciones más frecuentes en las pacientes con aborto.

METODOTOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, Descriptivo y analítico que se realizará en el Hospital Básico de Yantzaza

LUGAR

El trabajo investigativo se realizará en el Hospital Básico de Yantzaza perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe. del 1 de diciembre del 2015 al 31 de diciembre del 2016.

UNIVERSO

Lo conforman todas las gestantes atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza.

MUESTRA

Está constituido por las gestantes con diagnóstico de aborto.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Gestantes que cursan el embarazo de 1 a 20 semanas
- Pacientes con diagnóstico de aborto

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes sin sintomatología de aborto
- Gestantes que llevan su embarazo a término

METODOS, TECNICAS y PROCEDIMIENTOS

Para la recolección de la información se obtendrá a través de la base de datos de las pacientes seleccionadas del Hospital Básico de Yantzaza, correspondientes al periodo diciembre 2015- diciembre 2016 previo permiso de las autoridades.

Dichas historias fueron estudiadas teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

4. Edad
5. Tipo de enfermedad, causas y frecuencia de la misma

6. Complicaciones

PLAN DE TABULACION

Se tabulará los datos obtenidos de las historias clínicas de manera numérica y en porcentajes expresados en tablas y gráficos que facilitaran su interpretación.

VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Factores Asociados	Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes.	Edad gestacional. Infección de vías urinarias Infecciones Vaginales		
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	Adolecentes Adultas	Edad 14-21 años Edad 35 a más años	
Residencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente	Social	Lugar en que se reside la paciente	Urbano Rural
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Social	Clase o condición de una persona en el orden social	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre
Instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos	Social	Nivel de instrucción de la paciente.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Signos y	Fenómenos objetivos	Biológico	Indican las	Sangrado

síntomas	o subjetivos que representan un fenómeno fisiológico.		manifestaciones que se producen durante el aborto	vaginal Dolor abdominal Otros
Tratamientos	Conjunto de medios que se utilizan para curar o aliviar una enfermedad.	Biológico y social	Indica el tipo de tratamiento por: Aspiración manual endouterina, legrado instrumental quirúrgico, clínico con misoprostol, y otros	AMEU Legrado Misoprostol Otros

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	**TIEMPO EN MESES**													**RESPONSABLE**
Objetivos	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov		
• Presentación y aprobación del protocolo														Coordinadores de cada carrera
• Elaboración de marco teórico														Stephany Herrera
• Revisión de los datos de los instrumentos de recolección														
• Aplicación del test														
• Recolección de los datos														Stephany Herrera
• Tabulación de Datos														Stephany Herrera
• Análisis e interpretación de datos														
• Conclusiones y recomendaciones														Stephany Herrera
• Elaboración y presentación de la información														
• Difusión de los resultados														

RECURSOS

HUMANOS:

Directos: los responsables de la investigación: los autores, directores y asesores.

- Stephany Herrera Sarango, autora de investigación
- Personal de estadística del Hospital Cantonal de Yantzaza

Indirectos: los que apoyan la realización de la investigación como líderes comunitarios, personal del equipo de salud, directores institucionales, etc.

MATERIALES:

- Fichas de recolección de Datos
- Materiales de Escritorio
- Computadoras
- Bibliografía, Internet

PRESUPUESTO

Objetivo de Gastos	V.Total
Impresiones	$ 20
Computadora	$600
internet	$25
Materiales de escritorio	$5
TOTAL	$650

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. Disponible en: "[1] *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/"*
2. Organización Mundial de la Salud. Estadisticas Sanitarias Mundiales 2013. Disponible en: "[2] *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf*"
3. Ministerio de Salud Pública. Habla serio- sexualidad sin misterio. Disponible en: "[3] *www.comminit.com/la/content/habla-serio-sexualidad-sin-misterios*"
4. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente 2013. Disponible en: " [4] *http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf* "
5. "[5] CARDENAS J, CELY J. Estudio Comparativo entre la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino Instrumental en el Tratamiento del Aborto en Curso, Diferido, Incompleto y Anembrionado. Hospital Vicente Corral Moscoso, 1994-1995; Cuenca-Ecuador; 1995"
6. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas. Disponible en: "[6] *https://public.tableau.com/profile/publish/egresoshospitalariosinec2014/Menu#!/publish-confirm*"
7. El Aborto en el Sistema de Salud Pública. Disponible en: "[7] *www.slideshare.net/saludmujeres/el-aborto-en-el-sistema-de-salud-publica-msp-2012*."
8. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas. Disponible en: "[8] *https://public.tableau.com/profile/publish/egresoshospitalariosinec2014/Menu#!/publish-confirm*"
9. [9] *http://www.monografias.com/trabajos55/contra-aborto/contra-aborto2.shtml*
10. WILLIAMS. (Año 2011). *OBSTETRICIA 23a edición.* Mexico: Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA
11. WILLIAMS. (2014.). *GINECOLOGÍA, 2da Edición.* México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. Páginas 171-191

12. Díaz, P. •. (2014). *OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Guia de Actuación.* Quintanapalla, 8, 4.a planta - 28050 Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S. A.

13. ABORTO SIN RIESGOS: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. 2da Edición. Organización Mundial de la Salud, 2012

14. Gutierrez., H. A. (2013.). *ASPECTOS CLAVES OBSTETRICIA . 1ra Edición.* Medellin: CIB Fondo Editorial. Capítulo 14. Hemorragias del primer trimestre- Páginas. 145-155

ANEXOS

1.- Test

N° HC…….

Edad: 10 – 19 años ☐
20 años o + ☐

Residencia: Urbana ☐
Rural ☐

Estado civil: Soltera ☐
Casada ☐
Viuda ☐
Divorciada ☐
Unión libre ☐

Instrucción: Primaria ☐
Secundaria ☐
Superior ☐
Analfabeta ☐

Hábitos: Alcohol ☐
Tabaco ☐
Drogas ☐
Sin hábitos ☐
Otros ……..

Ocupación: .....

Factores Predisponentes: ☐ HIV
☐ ETS……
☐ Fármacos…….
☐ Otros:…….
☐ No refiere…….

Antecedentes Obstétricos: ☐ Abortos previos
☐ Gestas previas
☐ Otros:…….
☐ No refiere

Signos y Síntomas: Sangrado vaginal ☐
Dolor Abdominal ☐
Otros……

Tratamiento: AMEU ☐
Legrado ☐
Misoprostol ☐
Otros ☐

Complicaciones: Hemorragia ☐
Infección ☐
Perforación del útero ☐
No presenta complicaciones ☐

Otros…….

Tipo de aborto: Provocado ☐
Espontaneo ☐
Completo ☐
Incompleto ☐
Inevitable ☐
Diferido ☐

Embarazo fue: Planificado ☐
No deseado ☐
No refiere ☐

Observaciones……...
……..