



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

**“ PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU
RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL
LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017 ”**

AUTORAS:

CAYAMBE PEÑAFIEL CARMEN PRISCILA

MORAN TIGRERO CARLA KATHERINE

TUTORA:

OBST. ANA PASOS BAÑO

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA

TEMA:

**“ PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÈRTIL Y SU
RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL**

LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017 ”

AUTORAS:

CAYAMBE PEÑAFIEL CARMEN PRISCILA

MORAN TIGRERO CARLA KATHERINE

TUTORA:

OBST. ANA PASOS BAÑO

BABAHOYO-LOS RÌOS-ECUADOR

2018



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO, MSC.
DECANO O DELEGADO (A)**

**DR. BERMEO NICOLA CESAR AUGUSTO, MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**LCDA. BERNAL MARTÍNEZ ELSA MARÍA, MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELÁ
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **OBS, ANA PASOS BAÑO** en calidad de tutor del Informe Final del Proyecto de investigación, tema **PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO – MILAGRO 2017**, elaborado por las Srtas. **CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO Y CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL**, egresadas de la Carrera de obstetricia, de la Escuela de obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para finalizar con el proceso de titulación y la correspondiente sustentación ante el Jurado designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad y determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de septiembre del año 2018

.....
OBS. ANA PASO BAÑO
C.I. 120555612-7
DOCENTE - TUTORA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Obstetricia

Carrera de Obstetricia

Por medio del presente dejo constancia de ser las autoras de este Proyecto de Investigación titulado:

**PREVALENCIA DE OBORTO EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y SU RELACION
AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA
CAMACHO – MILAGRO 2017**

Damos fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 20 de septiembre del 2018

Autoras

**CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO
C.C 094049539-3**

**CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL
C.C 120704577-3**

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PREVALENCIA DE ABORTO.docx (D41535291)
Submitted: 9/18/2018 4:30:00 AM
Submitted By: carmenpriscilacayambe@hotmail.es
Significance: 12 %

Sources included in the report:

ABORTO.docx (D14994241)
OLVERA VARAS MARÍA LAURA- TESIS.DOC COSTO BENEFICIO DE LAS TECNICAS UTILIZADAS EN S ITUACIÓN DE ABORTO.docx (D37754778)
Lisette Morocho Coronel tesis.docx (D37904326)
vero tesois.docx (D37761988)
Aborto en la Adolescencia y sus consecuenciasCORREGIDO (1).docx (D27544415)
Tesis final Imbago Meneses.docx (D38232398)
ocampo tesis urkun jueves.docx (D38016734)
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458184>
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/884/1/Laurente%20Huaman%20Lilian%20Nathaly_2017.pdf
<https://docplayer.es/4487562-Diagnostico-y-tratamiento-del-aborto-espontaneo-incompleto-diferido-y-recurrente-guia-de-practica-clinica-gpc-2013.html>
<https://es.slideshare.net/pomicin/guia-prctica-clinica-aborto>
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/2973/4/CD000008-ANEXO.pdf>
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/809/Magda_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=7&isAllowed=y
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
http://html.rincondelvago.com/aborto_62.html

Instances where selected sources appear:

53


.....
OBS. ANA PASO BAÑO
C.I. 120555612-7
DOCENTE - TUTORA

ÍNDICE GENERAL	PAG
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	IV
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPITULO I.	1
1. PROBLEMA	1
1.1 Marco Contextual	1
1.1.2 Contexto Internacional	1
1.1.3 Contexto Nacional.	6
1.1.4 Contexto Regional.	8
1.1.5 Contexto Local y/o Institucional	10
1.2 Situación problemática	11
1.3 Planteamiento del Problema	13
1.3.1 Problema General	13
1.3.2 Problemas Derivados	13
1.4 Delimitación de la Investigación	14
1.5 Justificación	15
1.6 Objetivos	16
1.6.1 Objetivo General	16
1.6.2 Objetivos Específicos	16
CAPITULO II	17
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Marco teórico	17
2.1.1 Marco conceptual	38
2.1.2 Antecedentes investigativos	41
2.2 Hipótesis	45
2.2.1 Hipótesis general	45
2.2.2 Hipótesis específicas (si las tiene)	45
2.3 Variables	45
2.3.1 Variables Independientes	45
2.3.2 Variables Dependientes	45
2.3.3 Operacionalización de las variables	46
CAPITULO III.	47
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1 Método de investigación	47
3.2 Modalidad de investigación	47
3.3 Tipo de Investigación	47
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	48
3.4.1 Técnicas	48
3.4.2 Instrumento	48
3.5 Población y Muestra de Investigación	48
3.5.1 Población	48
3.5.2 Muestra	49
3.6 Cronograma del Proyecto	50
3.7 Recursos	51

3.7.1	Recursos Humanos	51
3.7.2	Recursos económicos	51
3.8	Plan de tabulación y análisis	52
3.8.1	Base de datos	52
3.8.2	Procesamiento y análisis de los datos	52
CAPITULO IV		53
4	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
4.1	Resultados obtenidos de la investigación	53
4.2	Análisis e interpretación de datos	53
4.3	Conclusiones	58
4.4	Recomendaciones	59
CAPITULO V		60
5	PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	60
5.1	Título de la Propuesta de Aplicación	60
5.2	Antecedentes	60
5.3	Justificación	61
5.4	Objetivos	61
5.4.1	Objetivos generales	61
5.4.2	Objetivos específicos	61
5.5	Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación	62
5.5.1	Estructura general de la propuesta	62
5.5.2	Componentes	62
5.6	Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	63
5.6.1	Alcance de la alternativa	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		
ANEXOS		
Anexo 1 Aborto clasificación y manejo		
Anexo 2 Etapas y diagnostico del aborto – Aspiracion manual endouterina		
Anexo 3 Legrado uterino – Manejo quirurgico del aborto		
Anexo 4 Aborto incompleto y Aborto completo		
Anexo 5 Aborto asociado al riesgo reproductivo		
Anexo 6 Manejo del aborto terapéutico		
Anexo 7 Tratamiento medico del aborto		
Anexo 8 Matriz de consistencia		

ÍNDICE DE CUADROS	PAG
CUADRO N° 1 Recursos humanos.	51
CUADRO N° 2 Recursos económicos.	51
CUADRO N° 3 Frecuencia de aborto asociado a la edad en las pacientes atendidas en emergencia del hospital león becerra 2017.	55
CUADRO N° 4 Cruce de variantes de los factores riesgo reproductivo y aborto.	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS	PAG
GRAFICO N° 1 Pacientes que fueron diagnosticadas con aborto en el Hospital León Becerra Camacho en el 2017 del total de las mujeres en edad fértil atendidas en el área de emergencia de Ginecología.	53
GRAFICO N° 2 Distribución del tipo de aborto en las pacientes atendidas en emergencia del Hospital León Becerra 2017.	54

DEDICATORIA

Lo dedicamos a nuestros padres que son y siempre han sido un gran apoyo en nuestras vidas, por sus sacrificios y esfuerzos para vernos combertidas en profesionales, gracias a ellos esto hoy es posible .

A nuestros esposos que continuamente nos alentaban en seguir adelante para no decaer ante las adversidades que se nos presentaron y asi cumplir esta meta.

Dedicado al amor de nuestras vidas nuestros hijos Jeyko y Anahy que de alguna manera soportaron ausencias valiosas en sus vidas y fueron ese motor de arranque que dia a dia nos motivo a seguir luchando.

A nuestros hermanos que de manera directa o indirecta han sabido ayudar en este largo proceso.

Carla Moran
Carmen Cayambe

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a nuestros padres por aarnos brindado esta gran oportunidad de prepararnos académicamente y por inculcarnos los valores necesarios para poder ser las personas que somos.

Por ese cariño y apoyo incondicional que siempre nos demostraron mas que todo en los momentos mas duros de nuestra carrera y de nuestras vidas

A nuestros hijos, esposos y hermanos por la comprensión y amor, por que estuvieron en el momento justo para ayudarnos y motivarnos .

A nuestra tutora la obst: Ana Pasos Baños que nos impartio sus conocimientos para guiarnos en el presente proyecto.

Carla Moran
Carmen Cayambe

TEMA

“ PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÈRTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017 ”

RESUMEN

Aborto se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o antes de que el feto pese 500 gramos. Este estudio tiene como objetivo asociar la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo, hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017. El tipo de investigación es analítica ya que se utilizó información de la base datos RDACAA del Hospital, se obtuvieron los resultados para el análisis mediante un estudio observacional, cuali-cuantitativo, inductivo, descriptivo, retrospectivo, no experimental al estudiar las diversas variables que son ilustradas en gráficos y tablas. Entre los resultados obtenidos en nuestro análisis tenemos que el aborto representa el 15,2 % de las pacientes atendidas por emergencia y el que predomina es el aborto incompleto con el 35,46 % que es significativo entre las edades de 15 – 24 años, generalmente esta son las adolescentes con embarazo no deseados que se inducen el aborto. Por lo que se establece en las conclusiones del estudio se plantearon recomendaciones, tales como: Implementar campañas dirigidas a la población adolescente ya que son a ellos a los que se le atribuye el embarazo no deseado y post abortos inducidos por causas no médicas y Trabajar e implementar un plan junto con el distrito de salud para educar a la población urbana y rural en el ámbito sexual y reproductivo para así reducir la tasa de abortos en Milagro.

PALABRAS CLAVE: ABORTO, RIESGO REPRODUCTIVO, INTERRUPCIÓN,
PREVALENCIA, MORBILIDA

SUMMARY

Abortion is defined as the spontaneous or induced interruption of pregnancy before 20 weeks of gestation or before the fetus weighs 500 grams. This study aims to associate the prevalence of abortion in women of childbearing age and its relationship to reproductive risk, León Becerra Camacho-Milagro 2017 general hospital. The type of research is analytical since information from the Hospital's REDAACA database was used, the results were obtained for the analysis by means of an observational, quali-quantitative, inductive, descriptive, retrospective, non-experimental study when studying the various variables that are illustrated in graphs and tables. Among the results obtained in our analysis we have that abortion represents 15.2% of patients attended by emergency and the one that predominates is incomplete abortion with 35.46% that is significant between the ages of 15 - 24 years, generally These are adolescents with unwanted pregnancies who induce abortion. For what is established in the conclusions of the study, recommendations were made, such as: Implementing campaigns aimed at the adolescent population since they are the ones that are attributed to unwanted pregnancy and post-abortions induced by non-medical causes and to work with them. implement a plan together with the health district to educate the urban and rural population in the sexual and reproductive area to reduce the abortion rate in Milagro.

KEYWORDS: ABORTION, REPRODUCTIVE RISK, INTERRUPTION, PREVALENCE, MORBIDITY.

INTRODUCCION

El aborto siendo la interrupción del embarazo que puede producirse de manera espontánea como también inducida representa un gran riesgo para la mujer y su reproducción, “Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en 2013 el aborto por causas no especificadas en Ecuador representa la segunda causa de morbilidad femenina estimándose una tasa de 22,51 por cada 10000 mujeres”. (INEC, INEC, 2013)

“Una de las mayores limitaciones fue no poder diferenciar cuando un aborto fue autoinducido (por la mujer, con medicamentos para este fin) o clandestino (por gente no preparada y en lugares poco adecuados).” (ORTIZ E. , 2016)

Ante los ojos de la sociedad el aborto inducido ilegalmente debe ser considerado como un peligro potente para la vida de la mujer ya que en muchas ocasiones se lo realiza sin ningún tipo de conocimiento o información acarreando como consecuencias riesgos extremos para su salud y su vida, entre ellos el riesgo reproductivo.

El aborto realizado en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo. 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. Afecta particularmente a las mujeres que, por su condición socioeconómica, tiene dificultad de acceder a atención médica calificada. (MSP, 2013)

El presente proyecto está enfocado en la determinación de la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil, con el propósito de disminuir los ingresos hospitalarios y la morbimortalidad materna relacionándolo al riesgo reproductivo, debido a que se evidencia un alto índice de abortos en el hospital general León Becerra de Milagro y a la falta de interés por parte del personal

de salud ya que no se investigan ni se registran las causas que ocasionaron el aborto.

Se lo realizara mediante una investigación analítica utilizando la información de la base de datos estadísticos de dicho hospital, complementándolo con artículos científicos, guías del MSP, libros ginecológicos y obstétricos apoyándose en internet, obteniendo resultados para el análisis mediante un estudio retrospectivo no experimental, incluyéndose a todas las pacientes que pasaron por un caso de aborto durante el periodo de estudio, porcentaje que se lo obtuvo del total de pacientes atendidas en el área de ginecología, concluyéndose que el 15,2% de todas las pacientes atendidas en dicha área corresponde a las atendidas con diagnóstico de aborto siendo más alto en el grupo etario de entre 15 a 24 años con un 48,5% de los casos regularmente las adolescentes con embarazos no deseados que poco acuden al control prenatal y reflejan mayor riesgo de aborto por complicaciones como anemias, infecciones de vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Por lo que se debe concientizar a la sociedad en general sobre las complicaciones que puede generar un aborto con campañas educativas dirigido más que todo a los adolescentes ya que son el grupo más vulnerables, implementando un plan junto al distrito de salud para educarlos en el ámbito sexual y reproductivo.

Capacitando también al personal de salud ya que son los que se encuentran en contacto con las pacientes de alto riesgo reproductivo.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en 2015 a nivel nacional la razón de mortalidad materna es de 44,58 de las cuales en la provincia de Guayas es de 39,47, presentándose el aborto espontaneo como la séptima causa de mortalidad materna con un 2,67% y el aborto no especificado como la décima causa con un 2,00% a nivel nacional.

El número de defunciones fetales a nivel nacional es de 1829, mediante los cuales en la región costa se presentaron 1079 casos, pertenecientes a la provincia de Guayas 799 casos de muertes fetales. (INEC, 2015)

En la provincia del Guayas el aborto sigue siendo un problema muy preocupante debido a sus elevados porcentajes de aborto y a que se encuentra liderando las estadísticas de las provincias que mayor cantidad de abortos registran, es por esto de la realización del tema prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo, ya que los autores creen conveniente que se deba crear más conciencia tanto en la comunidad como en el personal de la salud debido a que de ambos depende que se refleje un verdadero cambio.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual.

El aborto es un grave problema a nivel ginecológico - obstétrico ya que con este acarrea complicaciones y riesgos reproductivos en la mayoría de los países y representa la mayor tasa de mortalidad materna post aborto. Para algunas pacientes el aborto se ha vuelto un factor de riesgo reproductivo relacionado a aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

1.1.2 Contexto Internacional.

Según la OMS el 97% de los abortos peligrosos se producen en África, Asia y América Latina, donde a los impedimentos legales se unen las barreras para lograr métodos anticonceptivos eficaces, y reclama a los Gobiernos que garanticen el acceso seguro a esta intervención sanitaria. De hecho, insisten, las leyes más restrictivas no reducen los abortos, sino que los aumentan y convierten en clandestinos e inseguros. (OMS, EL PAIS, 2017)

En Uruguay la interrupción voluntaria del embarazo fue legalizada en 2012. La ley le quitó responsabilidad penal a la mujer que recurra a un aborto en las primeras 12 semanas de embarazo. Para ello debe asistir a una consulta médica en hospitales del sistema nacional de salud e informar de su decisión de interrumpir la gestación. Profesionales de la salud deben organizar ese mismo día o al siguiente una consulta con un equipo interdisciplinario de apoyo psicológico y social para informar a la mujer de otras alternativas. Desde la vigencia de la ley, Uruguay se convirtió en el segundo país, detrás de Canadá, con menor mortalidad materna en América, según la Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia.

En Cuba la interrupción voluntaria del embarazo es legal en Cuba desde hace más de medio siglo. Está contemplado hasta la semana 12 de gestación y se puede practicar en instituciones del sistema de salud pública. El plazo para practicar un aborto podrá extenderse, por razones médicas o de salud, hasta la semana 22 de gestación. (comercio, 2018)

Generalmente la mayor parte de abortos son la consecuencia de embarazos no planeados, por parte de parejas jóvenes, mujeres solteras, pero sexualmente activas o parejas inestables. “Durante el período 2010–2014, las tasas estimadas de embarazo no planeado a nivel global fueron de 45 y 65 por 1,000 mujeres en edades de 15 a 44 años, de los cuales el 56% terminan en abortos inducidos” (Institute, 2018), esta es una gran problemática que constantemente está presente, debido a que no se está planeando un embarazo, pero tampoco se está empleando una anticoncepción adecuada o simplemente no se la utiliza. “A nivel mundial, la proporción de abortos que ocurren en las regiones en desarrollo aumentó de 76% a 88% entre los períodos de 1990–1994 y 2010–2014.” (Institute, 2018)

Hay quienes creen que el trabajo debería comenzar desde antes, acompañando a la mujer para que no se vea en la necesidad de abortar. Ese es el caso de la fundación Chile Unido, quienes el año pasado contaron de su Plan de Acompañamiento Integral para las madres que viven su embarazo en una situación de vulnerabilidad y que están inclinadas por abortar. A través del acompañamiento durante el proceso de gestación, el nacimiento de la guagua (si la madre no abortó) y su primer año de vida, la organización aseguró tener resultados increíbles, de aquellas con las cuales han hablado, el 85% continúa su embarazo y más de 4.300 niños que iban a ser abortados, finalmente nacieron. Mientras que al 15% que sí abortó, las acompañan, apoyan y luego derivan a otras instituciones y especialistas para que les den el soporte necesario. (OMS, EL DEFINIDO, 2016)

Algo parecido plantean las organizaciones Idea País y Comunidad y Justicia, quienes hace algo más de un año elaboraron una propuesta con diez políticas públicas para prevenir los abortos:

1. Red de Ayuda a la Madre

2. Unidad de Cuidados Paliativos Prenatales en los Hospitales Regionales
3. Potenciar los Programas de Educación Sexual
4. Restablecer el Centro Especializado de Atención Apoyo a la Maternidad (CEAAM)
5. Protección y Seguridad Social para la Maternidad
6. Incorporar la Categoría de Maternidad y Nacimiento en la Ley Antidiscriminación
7. Modificación de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes
8. Potenciar la actual Red de Hogares de Acogida para Mujeres con Embarazo Vulnerable del SENAME
9. Creación de Centros de Apoyo a Madres Adolescentes en Facultades Universitarias
10. Introducir Indicación al Proyecto de la Ley de Reforma Integral al Sistema de Adopción en Chile. (Araus, 2014)

Si en las instituciones de salud o en las comunidades se dispusiera de mecanismos para identificar mujeres en edad reproductiva no embarazadas y portadoras de uno o más factores de riesgo, el paso siguiente sería el de instruir las sobre el peligro de enfermedad o muerte que representaría un embarazo futuro. La acción del personal de salud no termina allí; deben buscarse los mecanismos para ofrecerle a tales mujeres, métodos anticonceptivos temporal o definitivos a fin de espaciar el siguiente embarazo o evitarlo en forma definitiva. (Dr. José Rubén López Canales**, 2009)

Razones por lo que las adolescentes deciden abortar

1. No podemos mantener al bebé en este momento
2. Nuestros padres se enojarían y estarían desilusionados
3. Podrían echarnos de la casa
4. Si tenemos este bebé no vamos a poder terminar la secundaria
5. Ni podremos ir a la universidad y nos quedaremos sin una carrera

Razones por lo que las mujeres deciden abortar

1. El papa del niño o de la niña no va a ayudar
2. Tener este bebe no sería saludable ni para nosotros ni para el
3. No tenemos el dinero para cuidar a un bebe
4. Nos embarazamos por causa de incesto o violación. (Olsen., 2012)

Las cosas han cambiado mucho en la última década. Los procedimientos invasivos, practicados por aborteras en la mesa de la cocina han dado paso, mayoritariamente, a la auto administración de fármacos para interrumpir el embarazo. Sin embargo, alertan estos expertos, el empleo de medicamentos inapropiados, sin control o suministrados por personal no cualificado entraña también riesgos para la salud de las mujeres. (OMS, EL PAIS, 2017)

Esta falta de preocupación o de empoderamiento por parte de la sociedad es realmente alarmante ya que se presentan “más necesidades insatisfechas de anticoncepción moderna entre mujeres solteras y sexualmente activas que entre mujeres con pareja, debido a que el estigma continúa siendo un impedimento para que las mujeres solteras —especialmente las adolescentes — obtengan consejería y servicios de anticoncepción” (Institute, 2018)

Por un amplio margen, la disminución más pronunciada en las tasas de aborto ocurrió en Europa Oriental, donde el uso de anticonceptivos efectivos aumentó sustancialmente; la tasa de aborto también disminuyó significativamente en la subregión en desarrollo de Asia Central. Ambas subregiones incluyen estados del anterior bloque soviético, donde la disponibilidad de anticonceptivos modernos se aumentó pronunciadamente después de la independencia política. Esto ejemplifica cómo el aborto se reduce cuando se aumenta el uso de anticonceptivos efectivos (Institute, 2018)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) explico en el 2007 en un documento escrito por ginecólogos y

obstetras que el aborto inseguro es un problema reconocido de salud pública que contribuye significativamente a la mortalidad materna. Al menos 13% de la mortalidad materna es causada por el aborto inseguro, sobre todo entre las mujeres pobres y marginalizadas, también expreso en el 2017 en su boletín sobre Aborto médico legal que el aborto nunca es un resultado deseable, por lo que debería ser prevenido y evitado. Para esa organización el aborto está ampliamente justificado, desde el punto de vista ético, cuando se realiza por razones médicas. (FIGO, 2017)

Cabe puntualizar que en ciertas circunstancias medicas el aborto se lo realiza como opción para mantener la salud y la vida de la paciente

El MSP en el 2015 afirma que la mayoría de los embarazos tienen un curso normal; sin embargo, algunas veces pueden representar un peligro para la salud integral de la mujer o para su vida. En reconocimiento de estas circunstancias, en la mayoría de los países en el mundo se han aprobado leyes y protocolos que permiten la terminación del embarazo ante tales condiciones. Según los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo permiten la práctica del aborto terapéutico para salvar la vida de las mujeres, 63% para preservar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales. (MSP, 2015)

1.1.2 Contexto Nacional.

En el Ecuador con relación a los demás países las cifras de aborto son elevadas se cree que es debido fundamentalmente a que en nuestro país se encuentra penalizado el aborto ilegal con seis meses hasta dos años de prisión

El artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano, publicado en el Registro Oficial el 10 febrero de 2014, establece: “El aborto practicado por un médico u otro profesional de Atención del aborto terapéutico de salud capacitado, que cuente con el

consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental". (MSP, ABORTO TERAPEUTICO, 2015)

Según ha expresado la OMS en su comunicado de prensa, donde con datos estadísticos afirma que la solución para evitar los abortos no es su total restringían o como se lo ejecuta en ciertos países por razones necesaria.

En los países donde al aborto está completamente prohibido o se permite solo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro; por el contrario, en los países donde el aborto es legal en supuestos más amplios, casi 9 de cada 10 abortos se realizó de manera segura. Restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos. (Bela, 2017)

Sin embargo, para ciertas entidades no existe ningún tipo de justificación para realizar un aborto, sin importar cuales sean las consecuencias que puedan producir un embarazo complicado.

(FESGO, 2008): la FESGO" En un documento que contiene 15 Conclusiones de un "Taller de Prevención del Aborto" organizado en Guayaquil, Ecuador, por la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO), los profesionales de la salud coincidieron en la necesidad del rechazar el aborto como camino para solucionar cualquier problema real en el ámbito de salud de la mujer. Las conclusiones señalan que "los que integramos la FESGO no estamos de acuerdo con ninguna forma de aborto provocado. La vida es inviolable desde el momento de la concepción. La eliminación de un ser humano inocente es siempre inaceptable, ética y médicamente hablando".

Para las mujeres que abortan también resulta al complicado en el sentido emocional, ya que presentan el sentimiento de culpabilidad por haber acabado con la vida de lo que en un futuro hubiera sido su hijo,

Además de las complicaciones físicas las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el “síndrome postaborto.” Estos efectos del aborto incluyen sentimiento de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebe abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiese nacido, etc. (Olsen., 2012)

según los datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) desde 2004 hasta 2014, 431.614 mujeres tuvieron alguno de los siguientes tipos de abortos: espontáneo (9%), médico justificado (6%), o algún otro tipo de embarazo que terminó en aborto (85%), en el Ecuador las mujeres que más abortan son menores de 25 años. Por otro lado, más de 45 de cada 100 mil mujeres mueren cada año a causa de un aborto en el Ecuador —la provincia que más registra por cada 1000 nacimientos es Pastaza (186/1000) seguido por Pichincha (174/1000) Guayas (166/1000) Galápagos (165/1000) y Esmeraldas (164/1000). (ORTIZ E. , 2016)

Las cifras de aborto desde el 2004 al 2014 son realmente elevadas y una vez más se constata que el grupo que mayor riesgo reproductivo presentan son las mujeres menores de 25 años a consecuencia de que no existe un interés real para llevar un buen control prenatal, Ya que verdaderamente nunca desearon estar embarazadas, pero se les dio como resultado de no acceder al plan de anticoncepción.

Ya sea por temor a ser criticadas por la sociedad o por miedo a ser descubiertas por sus familiares y en caso de usarlos los estarían utilizando mal puesto que no cuentan con una orientación adecuada y si a esto le sumamos el uso indiscriminado de alcohol, tabaco y drogas, tendremos como resultado un

alto riesgo reproductivo que podría provocar grandes consecuencias para la mujer y su salud, “Se precisan más esfuerzos, especialmente en las regiones en desarrollo, para garantizar el acceso a los anticonceptivos y al aborto seguro.” (Bela, 2017)

Cuando las mujeres y las niñas no pueden acceder a servicios eficaces de anticoncepción y aborto seguro, hay graves consecuencias para su propia salud y la de sus familias. Esto no debería pasar. Sin embargo, pese a la evidencia y a los recientes avances en materia de tecnología, siguen produciéndose demasiados abortos peligrosos y demasiadas mujeres continúan sufriendo y muriendo. (Bela, 2017)

“El 70% de la población no tiene factores de riesgo y solo requieren de control prenatal simple. El 30% de la población puede presentar de riesgo reproductivo, solo el 10 a 15% de la población presenta un riesgo reproductivo alto”. (Barrueta, 2009)

1.1.3 Contexto Regional.

En la provincia del Guayas es donde se registra la mayor cantidad de aborto pero acorde al ajuste poblacional del número de personas por provincias según el INEC la que mayor porcentaje presenta es Pastaza, en un estudio realizado por Esteban Ortiz argumenta que “según las cifras analizadas, 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”. (ORTIZ E. , 2016)

Según la (OMS) es un problema social que cada vez va incrementándose, estimándose que anualmente ocurre aproximadamente 600.000 muertes maternas, de las cuales el 90% ocurre en países subdesarrollados especialmente en

aquellos con escaso acceso al servicio de salud; siendo la causa más frecuente de mortalidad materna el aborto practicado de forma ilegal. En Guayas se registra el índice más alto en los entes estatales, pues en esta provincia la relación es de un aborto por cada cuatro partos e incluso hay instituciones –como la maternidad Mariana de Jesús, en el suburbio de Guayaquil– que atendieron en el 2007 un aborto por cada tres embarazadas. (RIVERO NAVIA MARIA JOSE, 2017)

No cabe duda de que en nuestro medio el aborto realizado de manera ilegal mantiene índices elevados.

Según la OMS Para prevenir embarazos involuntarios y abortos peligrosos, los países deben formular políticas propicias y adquirir compromisos financieros con el fin de proporcionar una educación integral en materia de sexualidad; un amplio abanico de métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de urgencia; asesoramiento en materia de planificación familiar; y acceso a un aborto sin riesgos y legal. Un aborto peligroso se produce cuando un embarazo es interrumpido bien por personas que carecen de la calificación o la información necesarias, bien en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o en ambos casos.

(Bela, 2017)

Teniendo presente que existen mucho más aborto que se practican de los cuales no se tienen ningún tipo de registro, aunque Ortiz “reporta que la gran mayoría de los abortos son tratados en hospitales de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) alcanzando más del 84.2 por ciento”. (ORTIZ E. , 2016).

Esto se debe a que en la mayoría de los casos las pacientes se practican un aborto en casa donde les surge algún tipo de complicación, se asustan y acuden de inmediato a un establecimiento de salud mintiendo y alegando que es un aborto espontaneo y siendo este procesado como tal.

De cualquier manera, los dos tipos de abortos (autoinducido o clandestinamente ocasionado) tiene tres posibles consecuencias.

En la primera, la paciente aborta, sin complicaciones, sin acudir al médico y por ende sin registro oficial. En la segunda, la paciente aborta completa o incompletamente, se complica, acude al hospital (miente porque si no va presa) y egresa como aborto espontáneo, médicamente justificado, u otros tipos de embarazos que terminan en aborto, se registra y se oficializa. En la última, la mujer aborta completa o incompletamente, se complica, acude (o no acude) al hospital, muere en el intento, egresa como mortalidad materna, se registra. Existe un gran vacío en relación a poder identificar los abortos clandestinos, pero sabemos que están ahí y están ahí desde siempre. (ORTIZ E. , 2016)

1.1.4 Contexto Local y/o Institucional.

“El hospital león becerra Camacho de milagro es un hospital general correspondiente al segundo nivel de atención de salud atiende en un horario de 24 horas y pertenece al distrito de salud 09D17”. (ecuador, s.f.), se encuentra ubicado en las calles epicachima y Eloy Alfaro.

“El Hospital León Becerra de Milagro fue creado como lazareto para la atención a los pacientes de enfermedades epidémicas, en particular la fiebre amarilla, el paludismo y la peste bubónica, se inauguró el 24 de mayo de 1917” (Yapur, 2014), pero debido a su creciente incremento de pacientes tuvo que ser ampliado brindando atención correspondiente a un segundo nivel.

Según las normas norteamericanas de salud el Hospital “León Becerra” de Milagro es un centro de salud de nivel secundario; es decir, que además de ofrecer los servicios médicos básicos, también ofrece servicio de hospitalización a sus pacientes. Se puede considerar como un hospital pequeño, debido a que el número total de camas que posee es menor que 100, Consta de 4 edificaciones de una sola planta.

- A. Edificio 1
- B. Edificio 2
- C. Edificio 3
- D. Edificio 4

En el edificio 1 se halla el área administrativa y ciertas áreas de consulta externa.

El edificio 2 cuenta con secciones de Hospitalización, Áreas Médicas, Emergencia y Administración.

El edificio 3 cuenta con otras secciones de Consulta Externa y con el Departamento de Estadística, controlado desde la administración.

El edificio 4 cuenta con una Sala de Partos, una Sala de Maternidad, el Área de Neonatología, 3 Quirófanos, Sala Posoperatorio y la Sección de Anestesiología. (Yapur, 2014)

El área de admisión ginecológica atiende anualmente un promedio de 2.782 pacientes de las cuales en el 2017 423 fueron atendidas con diagnóstico de aborto sin que se lleve ningún registro de sus causas, en un trabajo realizado en el 2015 se observó que “el aborto incompleto se presentó con mayor frecuencia en mujeres de entre los 15 a 20 años siendo las pacientes primigestas que mayor porcentaje de abortos incompletos presenta con un 64% de los casos”. (ALVAREZ, 2016).

Genera gran preocupación por lo que en esta institución los datos estadísticos sobre aborto se encuentran en constante crecimiento ya que “el número de pacientes atendidas durante el período 2015 con diagnóstico de aborto incompleto fue de 247” (ALVAREZ, 2016). Mientras que en el año 2017 fueron 301 las pacientes atendidas con el mismo diagnóstico

1.2. Situación Problemática

“En el mundo, durante el período 2010–2014, ocurrieron cada año 36 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años en las regiones en desarrollo las mujeres abortan sea por razones espontaneas, condiciones genéticas o de manera accidental”. (Institute, 2018)

A pesar de que mujeres de todas las condiciones abortan, son las mujeres más pobres las que generalmente ponen en riesgo su salud y su vida en abortos inseguros por falta de acceso a información o por falta de recursos para pagarse un aborto con un o una proveedor/a de salud capacitado/a. (mujer, 2014)

En los últimos años se ha constatado una “revolución sexual” en la que se evidencia un incremento en el inicio de las relaciones sexuales en menores de 14 años.

Este hecho reconocido de forma universal ha confirmado que existe una conducta muy precoz para las relaciones tanto en uno como en otro sexo.

De estudios realizados se ha comprobado que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años mantienen una vida sexual y activa, por lo que la información y la educación en este ámbito cada vez debe cobrar gran importancia y adaptarse a las necesidades y a la edad de cada cliente (GONZALEZ, 2013)

El riesgo reproductivo se encuentra altamente ligado al aborto puesto que como riesgo reproductivo nos encontramos con factores como la “edad menor a 20 años y mayor a 35 años, condiciones sociales desfavorables o conductas personales inadecuadas como alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.” (Dra. V. Herrear, 2014), todos estos factores son los que conllevan a un aborto espontaneo o inducido

En Ecuador en los artículos 147 a 149 se establecen los casos en que el aborto está penado y en las penas que se incurrir.

Se penaliza con 5 a 7 años de reclusión a quién haya hecho abortar a una mujer que no ha consentido en ello, y en caso de que la mujer lo haya consentido con prisión de 1 a 3 años. Se penaliza con prisión de seis meses a 2 años en el caso que la mujer consienta voluntariamente el aborto o se lo cause.

En el caso que los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer causen la muerte de esta, se penaliza la persona que los haya aplicado o indicado con pena de 7 a 10 años de reclusión, si la mujer ha consentido en el aborto; y con reclusión de 13 a 16 años, si la mujer no ha consentido. (unidas, 2017)

El aborto instrumental, provocado es el que se relaciona de manera directa al riesgo reproductivo, la mujer se somete a procesos invasivos que comprometen su aparato reproductor teniendo como consecuencia que su matriz se debilite y daños en la capa basal del endometrio con consecuencias como la infertilidad. Procesos genéticos como la incompatibilidad sanguínea, ligada a controles tardíos y escasos, pueden generar en la mujer condiciones hostiles para un futuro embarazo.

El síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos, el hipotiroidismo, la incompetencia cervical son algunos de los factores que asociados a un episodio de aborto único o recurrente incrementan el riesgo reproductivo.

Para disminuir el daño causado por el aborto inseguro, los principales tomadores de decisiones deben:
Expandir los criterios legales para el aborto.
Promover directrices clínicas actualizadas para el aborto seguro y la atención postaborto.
Hacer que el aborto seguro y la atención postaborto estén más disponibles. (INSTITUTE, 2018)

1.3PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál es la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?

1.3.2 PROBLEMAS DERIVADOS

¿Cuál es la edad más frecuente que se presenta el aborto en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?

¿Cuál es la relación entre aborto y riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?

¿Cómo disminuir la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?

1.4 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

Delimitación espacial.

El lugar de investigación es el hospital León Becerra Camacho de Milagro, que se encuentra ubicado en las calles epiclachima y Eloy Alfaro, usando como referencia las historias clínicas de todas las pacientes atendidas en el área de ginecología con diagnóstico de aborto de los cuales se presentaron 423 casos durante este año, basándose en el estudio de la información registrada en las estadísticas de dicho hospital.

Delimitación Temporal.

Periodo 2017

1.5 JUSTIFICACIÓN

El aborto es un acto que se lo ejecuta en todo el mundo, este o no aprobada la tan discutida legalización del aborto, no importa raza, etnia, estatus social o edad, se lo realiza legal o ilegalmente, existan o no las condiciones necesarias para llevarlo a cabo sin tener el conocimiento de las posibles complicaciones que conlleva un hecho de tal magnitud.

En nuestro país el aborto va en total crecimiento más que todo en la provincia del Guayas que es donde se evidencia el mayor porcentaje estadísticamente hablando.

En el hospital León Becerra de Milagro se evidencio que desde el 2015 al 2017 hubo un incremento de 54 casos de aborto incompleto, esto es lo que a los autores realmente les preocupa, que siendo un tema del que se difunde bastante y se trata de instruir a la población sigue siendo un problema que acarrea graves consecuencias

El presente tema de investigación nace ante la alta incidencia de abortos que se evidencia en el hospital general León Becerra Camacho – Milagro y al poco interés o falta de preocupación sobre este hecho, con el objetivo de determinar los factores de riesgo y principales causas que conllevan a un aborto y su relación al riesgo reproductivo, en mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el servicio de ginecología en dicho hospital durante el año 2017.

Con el propósito de disminuir la tasa de ingresos hospitalarios por dicha causa y la morbimortalidad, creando conciencia ante la sociedad que el aborto no es un hecho tan sencillo que lo puede realizar cualquier persona desde la comodidad de su hogar, ya que gracias a estos se agotan innecesariamente los recursos y ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva por representar un problema que desde el punto de vista social , psicológico y moral, afecta la vida de la paciente, es un problema económico y un compromiso para el sistema de salud.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General.

Establecer la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017.

1.6.1 Objetivos Específicos.

- Identificar en que edad es más frecuente que se presente el aborto en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017.
- Establecer la relación entre aborto y riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017.
- Fomentar las estrategias dirigidas a la prevención del aborto en mujeres en edad fértil que permita disminuir la relación al riesgo reproductivo, hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017.

CAPITULO II

2.MARCO TEÓRICO.

2.1 Marco Teórico

ABORTO.

El aborto según la definición del MSP es la “Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos”. (MSP, 2013)

EPIDEMIOLOGIA

Cada año, más de 210 millones de mujeres cursan un embarazo. De ellos, al menos 85 millones son considerados no deseados. Los datos a nivel mundial dicen que, de todos los embarazos anuales, más de 41 millones terminan en abortos. Un estudio del Instituto Guttmacher encontró que la proporción de embarazos no deseados varía de región en región: América Latina y el Caribe (con un 56%) son las zonas más afectadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 21 millones de mujeres a nivel mundial experimentan algún tipo de aborto clandestino o inseguro, a raíz de los cuales, más de 47 mil mujeres mueren cada año, principalmente en países en vías de desarrollo. (ORTIZ E. , 2016)

La tasa de pérdida clínica es del 10% al 15% de las gestaciones, 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.

La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. (OMS, 2013)

Según el MSP en su guía clínica los tipos de aborto pueden clasificarse en:

AMENAZA DE ABORTO.

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Además, el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continua. Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan una amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva, presencia de vitalidad fetal, cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal, volumen uterino acorde con amenorrea y sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas) (Rivera, 2012)

TRATAMIENTO.

Su manejo puede ser ambulatorio, para lo cual se deben realizar las siguientes actividades: reposo absoluto por 48 horas, manejo analgésico, evitar la actividad sexual, hacer tratamiento médico de la causa y las enfermedades asociadas. Sin embargo, debe definirse el pronóstico del embarazo, y para esto se utiliza el ultrasonido, con el fin de evidenciar la vitalidad embrionaria, la implantación del saco o la presencia de sangrado y se debe realizar control clínico a las 48 horas o antes si aumentan los signos o síntomas. (fiesco, 2010)

ABORTO INMINENTE O EN CURSO.

El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico se encuentran cambios cervicales orificio cervical interno permeables membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación, las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable. (ASBOG, 2011)

TRATAMIENTO.

Requiere atención inmediata. Hospitalizar para:

1. Hidratar.
2. Reforzar actividad uterina.
3. Analgesia parenteral.
4. Posterior a expulsión feto legrado uterino o revisión

ABORTO INCOMPLETO.

Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico. Su manejo puede ser de corta estancia, (horas) dependiendo de las condiciones de la paciente, e incluye las siguientes actividades: Realizar control de signos vitales, Suspender la vía oral durante 6 horas, Suministrar líquidos endovenosos, Suministrar sedación y oxitócicos, Hacer evacuación uterina. (RAMIREZ, 2014)

TRATAMIENTO.

El manejo puede ser de corta estancia (horas), dependiendo de las condiciones de la paciente y la edad gestacional a la que se presenta, e incluye las siguientes actividades: control de signos vitales, suspender la vía oral durante 6 horas, aporte de líquidos endovenosos, analgésicos y oxitócicos en caso de sangrado. No existe evidencia que permita recomendar o abandonar el uso de antibióticos profilácticos en mujeres con un aborto incompleto. El prestador de salud deberá recurrir a su criterio clínico y decidir cuándo usar la profilaxis o el tratamiento según existan indicaciones claras como ruptura prolongada de las membranas en gestaciones menores de 24 semanas o la presencia de signos locales o sistémicos de infección. Una vez reunidas las condiciones apropiadas de estabilidad hemodinámica, madurez cervical y nivel adecuado de atención, se debe realizar la evacuación uterina. (fiesco, 2010)

ABORTO COMPLETO.

“Es un aborto (inducido o espontáneo) en el cual todo el feto y la placenta

han salido del útero antes de la semana 20 del embarazo” (COLOMBIA, 2013). “También se presenta Disminución del sangrado uterino y del dolor, es frecuente el cierre del orificio cervical” (MSP, 2013)

TRATAMIENTO.

Puede ser ambulatorio y consiste en observación y consejería a la pareja, indicando los signos de alarma y las instrucciones de consultar nuevamente en las siguientes dos semanas para valorar y descartar la evacuación incompleta de la cavidad uterina con los métodos mencionados. (fiesco, 2010)

ABORTO DIFERIDO.

Se refiere a la muerte “in útero” del embrión o feto antes de la 22 semana de la gestación, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo. Según la imagen ecográfica se definen dos tipos: de aborto diferido donde se observa un embrión sin latidos y la gestación anembrionada (“huevo huero”) donde se observa un saco sin embrión de menos de 20mm. Clínicamente el útero suele ser más pequeño de la edad gestacional esperada, el cérvix está cerrado y no hay sangrado vaginal activo y la ecografía es la base del diagnóstico. (SEGO, 2010)

TRATAMIENTO.

Su manejo debe ser hospitalario, e incluye la solicitud de ultrasonido. El diagnóstico se confirma cuando no se visualiza embrión o fetocardia, y se encuentra distorsión del saco gestacional o disminución del líquido amniótico. Su tratamiento depende de la edad gestacional y del tamaño uterino. Puede escogerse tratamiento médico o quirúrgico para hacer la evacuación uterina. (fiesco, 2010)

ABORTO SEPTICO.

“El término aborto séptico se considera que existe en toda mujer con aborto completo, incompleto o frustrado, acompañado que además se complican por una infección”. (WILLIAMS, 2012)

Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto, existe escurrimiento intrauterino de secreción hematurpúntica a través del cérvix con olor fétido, presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección, hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero, alteraciones del estado general (MSP, 2013)

TRATAMIENTO.

El tratamiento completo del aborto séptico incluye iniciar líquidos por vía intravenosa para la estabilización de la madre, toma de muestras para cultivo, y administración de antibióticos seguidos de una pronta evacuación quirúrgica de los productos infectados de la concepción, independientemente de la actividad cardíaca fetal; porque el aborto séptico, especialmente en el segundo trimestre, puede ocurrir con un feto vivo. (David A. Eschenbach, 2015)

ABORTO ESPONTÁNEO.

“Esta categoría incluye a la amenaza de aborto, el aborto inevitable, el incompleto o completo y el aborto retenido (diferido). El término aborto séptico se utiliza para referirse a cualesquiera de los anteriores que además se complican por una infección.” (williams, 2015)

ETIOLOGIA

Según la FIESCO, los abortos pueden deberse a causas: cromosómicas, endocrinas, anomalías autoinmunes y trombóticas. Las causas más importantes de las pérdidas gestacionales espontáneas reconocidas clínicamente son las **anomalías cromosómicas**. Al menos el 50% de las pérdidas se deben a esta causa. Los hallazgos histológicos son: un saco gestacional muy grande, degeneración quística de las vellosidades coriónicas, hemorragias intracoríales y trofoblasto hidrópico o degeneración pseudomolar. Aparecen defectos del tubo neural y onfalocelo, dismorfia facial y defectos de las extremidades. **Trastornos endocrinos**. Incluyen defectos de la fase lútea, deficiencia de progesterona, ovarios poliquísticos e hipersecreción de LH. También se consideran la

hiperandrogenemia y la hiperprolactinemia, en las **anomalías autoinmunes** están las más conocidas, Diabetes mellitus: Las mujeres con diabetes mellitus mal controlada tienen mayor riesgo de sufrir pérdidas fetales. Se debe considerar la diabetes no controlada como causa de aborto precoz. Anomalías tiroideas: El hipotiroidismo y el hipertiroidismo se asocian con tasas de concepción disminuidas y aumento de la frecuencia de pérdidas fetales. Sin embargo, se considera que la presencia asintomática de anticuerpos anti-tiroideos no es una causa frecuente de pérdidas gestacionales. (fiesco, 2010)

Las causas por las cuales una mujer embarazada decide voluntariamente interrumpir su embarazo pueden ser múltiples y dependen de la situación personal de ella y del contexto ante el que se encuentre en ese momento, pero podemos clasificarlos en los siguientes subgrupos, por razones terapéuticas, en las que la salud de la mujer se encuentra en peligro y el embarazo supone un riesgo para su vida o puede agravar cualquier enfermedad física o psíquica que padezca de por vida por cuestiones éticas o humanitarias, en las que la mujer decide no continuar con el embarazo porque el feto ha sido engendrado como consecuencia de una violación, incesto, trato sexual con menores o con personas con deficiencia mental por motivos sociales, como pueda ser la situación socioeconómica de la familia, motivos familiares, ilegitimidad, etc.

Por razones personales, en los que la embarazada por voluntad propia sin obligación de dar pruebas de ello, decide realizar la práctica abortiva, las estadísticas que estudian el motivo por el cual las mujeres toman la decisión de interrumpir el embarazo, muestran los siguientes porcentajes, pudiendo comprobar como el contexto social abarca la mayor parte de los motivos por los que se procede a la práctica del aborto.

Razones sociales: 52%

Razones económicas: 23%

Razones familiares: 14%

Razones de salud: 5%

Razones personales: 3%

Por violación 2%. (GONZALEZ, 2013)

CAUSAS OVULARES.

(GOMEZ, 2015) Son las más frecuentes (50 - 80%). se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o defectos cromosómicos adquiridos. Estos abortos ocurren en forma temprana (primer mes de gestación) y están

precedidos por muerte o ausencia de embrión. generalmente no son reconocidos por la gestante, que los confunde con (retraso menstrual).

Edad de los padres.
Envejecimiento de los gametos.
Asincronismo de la fecundación.
Gemelos anormales.

CAUSAS MATERNAS

Procesos generales.
Infecciones específicas. (TORCH, clamidia, listeriosis, tifoidea, TBC, micoplasmas). La sífilis es una causa rara, en tanto que la brucelosis es cuestionable.
Infecciones agudas.

INFECCIONES ORGÁNICAS.

hepatopatías, nefropatías, HTA, cardiopatías.

TRASTORNOS ENDOCRINOS.

Diabetes mellitus
Insuficiencia de cuerpo lúteo
Alteraciones tiroideas
Síndrome adrenogenital.
Enfermedades del tejido conectivo.
Trastornos carenciales (desnutrición, avitaminosis)
Factores psicosomáticos.
Procesos locales.
Malformaciones congénitas.
Útero hipoplásico o displásico.
Secuelas quirúrgicas locales o vecinas.
Sinequias endouterinas consecutivas a legrados muy profundos.
Sinequias intrauterinas (tumores).

AGRESIONES EXTRÍNSECAS.

Radiaciones ionizantes.
Ingesta de medicamentos.
Intoxicaciones profesionales (Pb, Hg, As, etc.)
Toxicomanías.
Traumatismo directo (golpes) indirecto (cirugías).

CAUSAS PATERNAS

Alteraciones del semen.
Toxicomanías.

Trastornos endocrinos.
Trastornos carenciales.

CAUSAS AMBIENTALES.

El tabaquismo y el alcoholismo se consideran embriotoxinas por lo que aumentan las tasas de aborto.

Cafeína: se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de aborto y otras complicaciones en el embarazo.

Factores inmunológicos: síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide. (DONADO, 2011)

DIAGNOSTICO DEL ABORTO

Se deben realizar las siguientes estudios y pruebas de laboratorio

1. Prueba de embarazo si el embarazo no está confirmado.
2. Hemoglobina (Hb) o hematocrito si se sospecha anemia.
3. Pruebas de Rhesus (Rh), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativas.
4. Pruebas de VIH /asesoramiento.
5. Despistaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis).
6. Tamizaje de cáncer cervical (realizado durante el examen de pelvis).
7. Otras pruebas de laboratorio según el examen médico (pruebas de funcionalidad renal o hepática, etc.).
8. Diagnóstico ecográfico, de estar indicado, para confirmar las fechas de embarazo
9. la ubicación del embarazo. (OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro., 2014)

CUADRO CLÍNICO.

La presencia de uno o más síntomas y signos dependerá de la categoría clínica del aborto: ginecorragia, dolor espasmódico intermitente localizado en el hipogastrio e irradiado a la región sacrolumbar, membranas rotas o integra, expulsión parcial, total o retención del producto, desaparición de signos y síntomas de embarazo y signos generales.

ECOGRAFÍA.

La ecografía es útil a las 6 semanas para confirmar la presencia o ausencia del producto, su viabilidad, actividad cardíaca y movimientos permite además confirmar la presencia de restos embrionario dentro del útero (aborto incompleto), y establecer el diagnóstico diferencial con mola hidatiforme y embarazo ectópico.

LABORATORIO.

Una de las principales formas de diagnóstico del embarazo es el dosaje cualitativo y cuantitativo de HCG los niveles de B-HCG menores a los correspondientes para la edad gestacional puede indicar aborto espontaneo.

Urocitograma, citología vaginal: el aborto espontaneo esta precedido de un índice cariopicnotico mayor de 10%.

Pregnandiol urinario y progesterona sérica: estas hormonas caen notablemente en aborto frustrado.

Perfil de coagulación en aborto frustrado.

Otros exámenes: grupo Rh, Hb, Hcto, etc. (DONADO, 2011)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El aborto en curso, consumado, frustrado y el séptico no ofrecen mayor duda de diagnóstico, en cambio la amenaza de aborto debe diferenciarse de hemorragia de la primera mitad del embarazo, embarazo ectópico, mola hidatiforme, metropatías hemorrágicas tipo pseudoaborto, enfermedad de Brennecke-Shroeder, miomas, neoplasia cervical, cervicitis, varices, pólipos, etc. (MEXICO G. C., 2015)

TRATAMIENTO.

Los tratamientos pueden ser invasivos y no invasivos y se los emplea de acuerdo al tipo de aborto que se presente entre los métodos puntualizaremos y que se pueden emplear encontramos tratamientos quirúrgicos como legrado o AMEU, antibioticoterapia en caso de infección y el uso de misoprostol.

Antes de instaurar el tratamiento debe realizarse una aproximación diagnóstica sistemática, con el fin de establecer el manejo acertado para cada paciente en particular por medio del siguiente análisis clínico.

1. ¿La paciente se encuentra hemodinámicamente estable?
 2. ¿La paciente ha presentado picos febriles?
 3. ¿Al examen físico presenta síntomas o signos de irritación peritoneal?
 4. ¿Cuál es el origen del sangrado intra o extrauterino?
 5. ¿El embarazo es intrauterino o ectópico?
 6. ¿El embarazo es viable?
- (DONADO, 2011)

PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ABORTO

En un estudio cohorte multicéntrico se analizaron 4.400 mujeres con aspiración o dilatación y curetaje, y se observó que la tasa de complicación varía con la edad gestacional y el método usado. La aspiración fue asociada con disminución de las complicaciones en la 7 y 8 semana de gestación; se observaron tasas similares desde la 9 a la 14 semana y altas tasas después de la semana 12 cuando fue comparado con dilatación y curetaje. Las complicaciones observadas fueron sangrado severo, injuria uterina, sangrado prolongado, enfermedad pélvica inflamatoria y curetaje repetido fueron altas en ambos grupos con aumento de la edad gestacional. La aspiración fue asociada con alta tasa de revacunación en todas las edades gestacionales. En la paciente bajo el efecto de anestesia local es importante tener en cuenta la reducción estadísticamente significativa del tiempo de duración del procedimiento quirúrgico con aspiración. (DONADO, 2011)

“Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Método por el cual el contenido uterino es evacuado a través de una cánula, existe evidencia que el AMEU es preferible en abortos completo o aborto diferidos.” (MSP, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, 2013)

VENTAJAS

1. Procedimiento rápido
2. El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el contenido uterino
3. Tiene lugar en dependencias sanitarias

4. La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento
5. Muy bajo riesgo de lesión uterina o cervical
6. Requiere instrumentación del útero (OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro., 2014)

Son indicaciones para AMEU cuando el 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. Para el tratamiento del aborto con indicaciones de LUI en cualquiera de sus variedades con altura uterina mayor o igual a 12 cm y dilatación cervical, Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico. (MSP, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, 2013)

Muchos estudios han documentado la seguridad de la aspiración y la Organización Mundial de la Salud la incluye como un servicio obstétrico esencial de primer nivel de atención. En países desarrollados la aspiración ha reemplazado el curetaje metálico, pero aun en los países en vía de desarrollo los médicos continúan utilizando curetaje metálico a causa de falta de entrenamiento, falta de equipo necesario para desarrollar el procedimiento o, en algunos casos, no tienen la convicción de la efectividad del procedimiento. Forna F. et al., efectuó una revisión, cuyos resultados indican que la aspiración es segura, rápida de realizar y menos dolorosa que el curetaje; estadísticamente significativo se encontró disminución del sangrado, de la percepción del dolor y duración del procedimiento, Aunque la conclusión de esta revisión puede ser limitada por el número de estudios analizados y el alto porcentaje de pérdida de seguimiento en uno de los estudios evaluados, los resultados sugieren que la aspiración es tan efectiva en el manejo del aborto incompleto, sin embargo, el curetaje continúa siendo usado ampliamente en muchas partes del mundo. (DONADO, 2011)

Legrado Uterino Instrumental (LUI): Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se raspan las paredes del útero bajo anestesia general y está indicado cuando existe un sangrado excesivo y persistente, inestabilidad

hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

Las complicaciones más serias del LUI incluyen perforación uterina, lesión cervical trauma intraabdominal, Síndrome de Asherman (adherencias endouterinas poslegrado) y hemorragia con una morbilidad de 2,1% y mortalidad de 0,5/100.000, La AMEU disminuye la posibilidad de estas complicaciones. (OMS, 2013)

Antes de realizar un legrado se debe preparar el cuello uterino

Si bien no se recomienda de rutina para embarazos de menos de 12 semanas de duración, se puede considerar el uso de la preparación cervical para todas las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico. Entre los factores que inciden en esta consideración se puede incluir si la mujer tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones por el aborto, así como la experiencia del personal de salud, una adecuada preparación del cérvix disminuye la morbilidad asociada con el aborto quirúrgico del segundo trimestre, incluyendo el riesgo de lesionar el cuello, una perforación uterina o un aborto incompleto, Para preparar el cérvix se puede usar dilatadores osmóticos y agentes farmacológicos, en el momento de preparar el cérvix se debe dar analgésicos como ibuprofeno y/o narcóticos, así como ansiolíticos orales a demanda, antes del procedimiento, para maximizar su efectividad. (OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro., 2014)

ANTIBIOTICOTERAPIA.

En infecciones Gineco-Obstetra, los anaerobios se aíslan en un 70% de cultivos, y en un 30% son los únicos causantes de infecciones. Esto se tendrá en cuenta al orientar el tratamiento, mientras se espera el resultado de los cultivos se inicia antibioticoterapia contra aerobios asociando:

Penicilina: 4-8 millones UI o EV cada 4 horas y

Gentamicina: 80mg IM o EV cada 8 horas.

Si no hay mejoría tras 8 horas, o si desde el inicio se sospecha anaerobios puede usarse Penicilina + Gentamicina asociado con alguna de los siguientes fármacos.

Metronidazol: 500mg EV cada 8 horas.

Cloranfenicol: 750mg VO, o 1g EV cada 6-8 horas.

Clindamicina:600mg Evo IM cada 4-8 horas.

Cefoxitina:1-2g EV o IM cada 4-8 horas.

Eliminación de focos infecciosos.

Debe ser precoz no más allá de 4-6 horas de inicio de la antibioticoterapia dependiendo de la extensión de la infección. (SPOG, 2015).

MISOPROSTOL.

Misoprostol es el componente de una pastilla que las mujeres usan para abortar, este medicamento provoca contracciones en el útero lo que genera que las mujeres expulsen los productos del embarazo: sangre, coágulos y el saco gestacional con el embrión. Es más seguro abortar con pastillas hasta la semana 12 de embarazo. Desde la semana 13 de embarazo en adelante, una mujer puede usar Misoprostol para abortar, pero las complicaciones pueden ser mayores y más difíciles de detectar y tratar. (mujer, 2014)

Uso de misoprostol y mifepristona en el manejo del aborto.

En el manejo del aborto incompleto, 600 µg por vía oral o 400 µg por vía sublingual. En presencia de aborto, retenido se debe utilizar dosis de 800 µg por vía vaginal o 600 µg por vía sublingual con tasas de éxito de 50% al 93%. (MSP, GUIA CLINICA, 2013)

Hasta las 9 semanas de embarazo

Mifepristona 200 mg oral en única dosis

Mifepristona y misoprostol

Misoprostol 800 µg Vestibular, vaginal o sublingual en única dosis o si no teniendo la paciente más de 7 semanas (49 días) misoprostol 400 µg oral en única dosis se debe usar 24–48 horas después de recibir mifepristona

En pacientes de 9 a 12 semanas

Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg vaginal, luego vaginal o sublingual cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis iniciar 36–48 horas después de recibir mifepristona

Misoprostol sola

Misoprostol 800 µg vaginal o sublingual cada 3–12 horas hasta 3 dosis.

Pacientes con más de 12 semanas de embarazo

Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg vaginal, luego vaginal o sublingual o misoprostol 400 µg, seguido de 400 µg oral, luego vaginal o sublingual cada 3 horas hasta 5 dosis comenzar a usar 36–48 horas después de tomar mifepristona.

Misoprostol 400 µg vaginal o sublingual cada 3 horas hasta 5 dosis. (OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro., 2014)

Se ha demostrado que la evacuación con tratamiento farmacológico tiene beneficios económicos potenciales. Sin embargo, la presencia de dolor y sangrado puede ser un factor negativo que afecte la aceptación a este tratamiento se recomienda realizar tratamiento farmacológico en pacientes con menos de 10 semanas de gestación con aborto incompleto o aborto diferido. Se debe informar a la paciente de los efectos adversos del medicamento como son: dolor y sangrado transvaginal, náusea, vómito, diarrea y fiebre, para evitarle ansiedad y preocupación se debe informar que son de corta duración y no traen consecuencias graves. (MSP, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, 2013)

El uso del aborto medicamentoso no es tan inocuo por lo que se debe tener en cuenta las siguientes contraindicaciones.

CONTRAINDICACIONES

1. “Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos
2. involucrados
3. Porfiria hereditaria
4. Insuficiencia suprarrenal crónica
5. Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni

mifepristona).” (OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro., 2014)

Efectos adversos y complicaciones de los tratamientos del aborto

El aborto médico es un procedimiento seguro. Se ha reportado ruptura uterina asociada a aborto quirúrgico en los procedimientos realizados en mujeres con más de 20 semanas de gestación, con un riesgo menor de 1 en 1000 casos, siendo un procedimiento más seguro, si se lo realiza en gestaciones de menos de 20 semanas, se han informado de complicaciones poco frecuentes como hemorragia severa que requiere transfusión, con un riesgo de 1 en 1000 casos antes de la semana 20 de gestación y, con un riesgo de 4 en 1000 en casos mayores a 20 semanas de gestación y; trauma cervical posquirúrgico con daño del os cervical menor a 1 de cada 100 casos, siendo menor a menos semanas de gestación. Sigue siendo, por lo tanto, un procedimiento seguro, en caso de complicaciones puede requerirse transfusión sanguínea, laparoscopia o laparotomía para resolver las mismas. La paciente debe ser informada de estos riesgos, aun cuando sean muy bajos. (MSP, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, 2013)

Es muy importante que después de haberse practicado un aborto la mujer acceda a un método anticonceptivo, para así disminuir posibles abortos a repetición.

OFRECIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS

Toda mujer que se haya atendido a causa de un aborto deberá ser asesorada y darle la oportunidad de escoger y optar por un método anticonceptivo, si desea, o si su situación clínica exige el espaciamiento de un nuevo embarazo. (Donado, 2011)

RIESGO REPRODUCTIVO.

Es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer,

que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto. (Murrieta, 2013)

O como lo expresan en un trabajo científico los Drs. José López y Arnulfo Cárcamo que el “riesgo reproductivo es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo” (Dr. José Rubén López Canales**, 2009)

Actualmente es notable observar que los adolescentes sienten desorientación, confusión, poca seguridad y confianza en sí mismos; convirtiéndolos en un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, tales como, el inicio precoz de actividades sexuales, conllevándolos a infecciones de transmisión sexual, VIH - SIDA, embarazos no planificados y abortos; poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva. (Sahuiña, 2009)

El Riesgo Reproductivo se clasifica en:

Riesgo Preconcepcional.

Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. Su objetivo es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o recién nacido.

Riesgo Obstétrico.

Se aplica a las mujeres durante la gestación, el trabajo de parto, parto, alumbramiento y en el puerperio.

Riesgo Perinatal.

El periodo perinatal abarca desde la vigésimo cuarta semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal

precoz. En esta etapa de proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluyen los riesgos para el feto o recién nacido. (Dra. V. Herrear, 2014)

El riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto, el recién nacido y a la madre, son objetivos priorizados en el diagnóstico y seguimiento. Además, de ser posible, por medio de todos los factores del sistema sanitario y extra sectoriales encargados de la salud de la población, se debe brindar capacitación o instrucción no solo a la mujer con riesgo pre-concepcional, sino también a su pareja. (Lic. Damile Ardevol Cordovez, 2015)

Durante la consulta el obstetra cumple un rol fundamental y altamente necesario para la detectación de los diferentes factores de riesgo reproductible que puede presentar una paciente, para así, de este modo evitar futuros abortos o embarazos de alto riesgo ya que muchas mujeres si desearan llevar un embarazo normal y satisfactorio.

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

“Es toda característica o circunstancias detectable en una mujer en edad fértil no embarazada que se asocia o incrementa la probabilidad de que ocurra un daño a la salud, por lo que necesario especificar el tipo de daño”. (Murrieta, 2013). “Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos”. (ESPINO, 2016)

Los factores de riesgo reproductivo se dividen en factores biológicos, ambientales, sociales, económicos y por el estilo de vida.

CARACTERISTICAS.

Los factores de riesgo son observables o identificables antes de que ocurra el hecho que predicen, la presencia de varios factores de riesgo en la misma persona, incrementa aun mas la probabilidad de experimentar un daño a la salud, algunos factores de riesgo son modificables atraves de cambios de conducta o de otro tipo de intervencion. (Murrieta, 2013)

FACTORES BIOLÓGICOS

Antecedentes Personales.

Embarazo de Alto Riesgo dos o más factores presentes.

- Aborto
- Muerte perinatal
- Cesárea
- Parto prematuro
- Defectos al nacimiento fetales
- Bajo peso al nacer
- Toxemia
- Hemorragia puerperal
- Infección urinaria crónica
- Edad menor de 20 años
- Peso materno

Antecedentes Personales.

Embarazo de Alto Riesgo uno o más factores presentes.

- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Cardiopatía
- Endocrinopatías
- Otras enfermedades crónicas
- Dos o más abortos
- Dos o más cesáreas
- Cinco o más embarazos previos
- Mayor de 35 años

FACTORES AMBIENTALES

- Potencializan o sinergizan factores biológicos
- Drenaje
- Agua potable
- Acceso a electricidad
- Áreas contaminadas

Áreas potencialmente tóxicas

FACTORES SOCIALES

Potencializan o sinergizan riesgos biológicos

Soltera-

Adolescente:

Bajo nivel educativo-

Bajo nivel socioeconómico-

Sin control prenatal-

Tabaquismo- Desnutrición

Fármaco dependencia

Existen factores de riesgo "sociales", que tienen un gran poder predictivo tales como la pobreza y su relación con el nacimiento de un niño de bajo peso. Otros están menos asociados al daño, pero pueden ser indicadores de riesgo útiles. La baja calidad de la vivienda o el bajo nivel educativo son factores de riesgo fácilmente detectados y que constituyen indicadores de un grupo de fuerzas interactuantes (quizás la más importante es la pobreza) que hacen que las madres en esas características se encuentran dentro de la categoría de alto riesgo. Los factores de riesgo constituyen por lo tanto indicadores de lo que sucede dentro de un sistema biológico y social interactuante. (Dr. José Rubén López Canales**, 2009)

FACTORES ECONÓMICOS

Sinergizan factores biológicos

Ingresos

Capacidad de gasto-

Otros gastos prioritarios

Acceso a fuentes de trabajo

FACTORES POR EL ESTILO DE VIDA

Potencializan o sinergizan factores biológicos

Promiscuidad

Tabaquismo

Drogadicción

Alcoholismo

Dieta inadecuada

Desintegración familiar (Barrueta, 2009)

Es recomendable que toda mujer deje pasar, por lo menos, dos años entre un embarazo y otro, para recuperarse del desgaste físico "que órganos vuelvan a la normalidad" que el embarazo produce además el recién nacido podría tener una mejor lactancia

materna, los cuidados y atenciones serán por más tiempo y el crecimiento y desarrollo se dará en mejores condiciones, si la mujer tiene más de cuatro embarazos, puede presentar un mayor deterioro de su estado físico y presentar anemia o hemorragias con un alto riesgo de morir. (ORTIZ A. , 2018)

“Finalmente conviene destacar que algunos factores de riesgo constituyen la cadena causal de situaciones que conducen a enfermedad o la muerte. Una intervención trata de la presencia de tales factores de riesgo para disminuir la posibilidad de enfermar o morir.” (Dr. José Rubén López Canales**, 2009)

Actualmente es notable observar que los adolescentes sienten desorientación, confusión, poca seguridad y confianza en sí mismos; convirtiéndolos en un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, tales como: el inicio precoz de actividades sexuales, conllevándolos a infecciones de transmisión sexual, VIH - SIDA, embarazos no planificados y abortos; poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva. (Sahuiña, 2009)

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO REPRODUCTIVO

(Dra. V. Herrear, 2014) Ésta se hace según el manual de diagnóstico y tratamiento de la Habana en 1997

BAJO RIESGO

1. Déficit nutricional grados III y IV.
2. Muerte perinatal.
3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pre término y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoinmunización.
6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u otra operación uterina.

ALTO RIESGO

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes (sickleemia).
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.

CONDICIONES QUE SE DEBEN VIGILAR EN EL CONSULTORIO

1. Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.
2. Aborto habitual.
3. Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
4. Déficit sociocultural.
5. Déficit nutricional grado II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Paridad: mayor que 6 hijos
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervicovaginales.

Las condiciones que se deben vigilar en la consulta son muy importantes ya que de ellas depende que se presente algún tipo de riesgo reproductivo y son las que en nuestro medio mayor porcentaje de aborto nos presentan como la edad, aborto habitual, intervalo intergenésico menor a un año, déficit sociocultural e infecciones cervicovaginales.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera parcial).

Esto implica que para llevar adelante una adecuada planificación familiar se necesita de una buena información y educación, necesarias para modificar costumbres y actitudes. (Lic. Damile Ardevol Cordovez, 2015)

2.1.1 MARCOS CONCEPTUALES.

(MSP, 2013) La (OMS) expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60% de los casos en algunos países.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD CIE-10.

003 Aborto espontáneo
005 Otro aborto
006 Aborto no especificado
002.1 Aborto retenido

Son muchas las complicaciones que se pueden presentar a consecuencia de un aborto entre las más comunes son las hemorragias, retención de restos y las infecciones o abortos sépticos, mientras que las más extremas se encuentran la perforación uterina, laceración intestinal, histerectomía y pérdida de la vida

Efectos físicos del aborto.

1. Esterilidad
2. Abortos espontáneos
3. Embarazos ectópicos

4. Nacimiento de niños muertos
5. Trastornos menstruales
6. Hemorragia
7. Infecciones
8. Shock
9. Coma
10. Útero perforado
11. Peritonitis
12. Coágulos de sangre pasajeros
13. Fiebre/sudores fríos
14. Intenso dolor
15. Pérdida de otros órganos
16. Pérdida de peso
17. Agotamiento
18. Nerviosismo
19. Disminución de la capacidad de trabajo
20. Vómitos
21. Trastornos gastrointestinales
22. Frigidez
23. Muerte. (Olsen., 2012)

El aborto acarrea complicaciones médicas a las mujeres que lo sufren. Esas 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.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos en el mundo. Los hospitales estatales de Guayas son los que más abortos registran en el país; en el 2007, 5.415 mujeres abortaron en entidades públicas, frente a 24.524 que sí tuvieron a sus hijos. (ALVAREZ, 2016)

Por otro lado, se podría decir que el aborto es la consecuencia de una mala anticoncepción, pero que es lo que está ocurriendo realmente con la anticoncepción si los centros de salud se encuentran llenos de anticonceptivos o por lo menos los más comunes inyectable, píldoras y preservativos, se imparten charlas informativas a la comunidad por diferentes medios incluso hasta en las unidades educativas se habla de la anticoncepción y el aborto, al parecer es la falta de empoderamiento por parte de los servidores de la salud y

de la población ya no digamos de la mujer porque en muchos casos el aborto depende también de la decisión de la pareja.

(MEXICO S. P., 2010) Un archivo escrito en un debate entre ginecólogos y obstetras en el 2010 llegando a una conclusión, que el aborto y la anticoncepción son problemas que los médicos/as consideran muy relevantes para la salud pública.

La asignación de prioridades en las acciones parece tomar en cuenta la factibilidad de su implementación. Las propuestas son pragmáticas; se centran en aquello que se "puede" hacer en el corto plazo y sin requerir cambios importantes.

Cabe pensar que los seres humanos tienen presente los avances y cambios ligados a la anticoncepción, como también el estancamiento de la situación normativa respecto del aborto.

La relación entre anticoncepción y aborto es vista como una relación causa-efecto (las fallas en el acceso a la planificación familiar constituyen el principal determinante del aborto inducido) que legitima su intervención. La anticoncepción es el "tratamiento" que permite evitar la "desviación" (el aborto) y la falta del empoderamiento del anticonceptivo por la mujer.

(MACHADO, 2011) En un archivo investigativo escrito junto a ginecólogos y obstetras dicen que el aborto ha sido uno de los temas más polémicos a lo largo de la historia. ya sea por factores médicos ecológicos, sociales o psicológicos, incontables mujeres han pensado recurrido a esta práctica para poner fin a este estado que se siente incapaz de sobrellevar dada sus circunstancias. Además de la repercusión físicas y morales, esto les ha valido ser objetivos de críticas, amenazas peligrosas y agresiones. Es considerado un procedimiento quirúrgico que pone en riesgo la vida de la mujer y anula la posibilidad de vida del producto el aborto es un problema que supera los principios médicos morales. No proviene de estatus culturales, económicos o sociales, ni puede ser tratado o debatido de una sola perspectiva.

(PABLO, 2010) En un documento expresa que quienes se declaran partidarios del aborto sostienen su punto de vista en la negación. Está claro que eso será un ser humano en un momento dado, pero aún no lo es determinar cuál es concretamente ese «momento dado» se convierte entonces en el quid de la cuestión. Algunos afirman que será humano cuando nazca (sería mejor decir, si nace); otros dicen que lo será a partir de la semana 12, otros que a partir de la 24 y, en general, cada cual pone la fecha

según su gusto o la costumbre de su país. También se utilizan abundantemente prefijos para remarcar la potencialidad de ese ser: el más conocido es pre-embrión, pero hay ya quien habla de pre-humano. Finalmente, algunos, más osados, manejan también el concepto de viabilidad: un feto es verdaderamente humano sólo cuando es viable. Ello hace que la conversación derive en determinar por qué no es entonces legítimo eliminar a un ser humano ya nacido si de repente deja de ser viable (ancianos, enfermos, etc.). Se concluye entonces con un tajante «no es lo mismo», o se acepta que en realidad la eutanasia es una opción asimismo recomendable, para lo cual se disertará ampliamente acerca del concepto de vivir con dignidad y, por ende, de morir o matar con ella.

2.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, y la coacción y violencias sexuales son los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes con una vida sexual activa. Se estima que cada año se practican 19 millones de abortos en condiciones de riesgo a nivel mundial, de los cuales 95% se realizan en países de bajos recursos económicos, según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina cuatro millones de casos (31%) de todos los embarazos pueden terminar en aborto y se practican cerca de 444 abortos anuales por cada 1 000 nacidos vivos.

Se estima que, en América Latina, 26 de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva han tenido por lo menos un aborto inseguro alguna vez en su vida, generalmente el aborto inducido o provocado es una respuesta a un embarazo no deseado.

Los riesgos que representa para las adolescentes son considerables, por que ocurre clandestinamente y en condiciones insatisfactorias, generando complicaciones, como hemorragias, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones de vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte, es por esto que se crea este proyecto con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes, mediante una investigación de tipo cuantitativo y método descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por 165 adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, la técnica utilizada para la recolección de datos fue la Encuesta, utilizando el cuestionario y la Escala de Lickert como instrumentos, las cuales fueron validadas previamente mediante un juicio de expertos y sometidos a la prueba piloto para realizar la confiabilidad estadística.

Obteniendo como resultados que los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas presentan en su mayoría nivel de conocimientos “medio” sobre el aborto inducido (73.04%), actitudes de “indiferencia” hacia el aborto inducido (66.06%); y al relacionar ambas variables se encuentra que existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el aborto inducido. Concluyendo así que El nivel de conocimientos de los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas sobre el aborto inducido es “medio”; lo que evidencia que la información que reciben sobre esta problemática es insuficiente; por lo que es considerado un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo y tienen actitudes hacia el aborto inducido de “indiferencia”; probablemente porque aún falta incrementar y reforzar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo que va a permitir que posteriormente presenten una actitud de rechazo al aborto inducido. (Sahuiña, 2009)

En el mundo, millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados, cada día se realizan 55 000 abortos en condiciones de riesgo y el 95 % de ellos se realiza en países en vías de desarrollo, conduciendo a la muerte a más de 200 mujeres diariamente, muchos de ellos son realizados en condiciones de riesgo por lo que representa un porcentaje significativo de todas las muertes maternas el objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en adolescentes del quinto año.

El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 128 estudiantes matriculados en el periodo académico 2015.

El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos sobre aborto inducido que consta de 14 preguntas y la escala de actitudes hacia el aborto inducido que consta de 18 ítems con respuesta en la escala de Likert, tiene como duración de 15 minutos.

Los resultados indican que el 53.9% de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido y solamente el 22.7% presenta un nivel alto; con respecto a las actitudes el 43.0% de los estudiantes presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido y el 21.9% presentan una actitud de rechazo hacia el aborto inducido, encontrándose correlación y significativa entre la variables de estudio como conclusiones: Mientras más alto el conocimiento mayor actitud de rechazo hacia el aborto inducido y mientras más bajo es el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido. (Trujillo Mamani, 2015)

Se puede deducir que en la población más joven que de hecho es el grupo más vulnerable en cuanto a riesgo reproductivo y aborto se habla, lo que se debe hacer es brindarles más información sobre el aborto, salud sexual y reproductiva, las consecuencias que conllevan un aborto y los factores de riesgo reproductivo con información clara y concisa para que la puedan entender, que puedan palpar la magnitud del problema y las consecuencias que este ocasiona.

En todo el mundo cualquier tipo de aborto representa una causa real de preocupación. En la mayor parte de países subdesarrollados los organismos públicos no invierten suficiente en el sistema de salud y mucho menos en la problemática del aborto. En el Hospital León Becerra de Milagro se observa un aumento significativo de pacientes que presentan sintomatología de aborto incompleto, sin que se registre de manera precisa su frecuencia y mucho menos se reporta las causas que conllevan a este hecho, por tal motivo es de gran importancia realizar una investigación que permita documentar los factores que conllevan al aborto incompleto y sus posteriores complicaciones, para ello se tomó las historias clínicas de 100 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto y que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación, llegando a la conclusión de que la edad más frecuente en la que se observa el aborto incompleto es entre los 15 y 20 años, generalmente las gestantes adolescentes con embarazo no deseado que inducen el aborto, mientras que la edad menos frecuente es entre los 36 – 40 años, Según la procedencia de las pacientes se encontró que el 54% proviene del área urbana y el 48% acude del área rural.

Las pacientes primigestas son las que presentan el mayor porcentaje de abortos incompletos en el 64% de los casos, mientras que las pacientes que han tenido más número de partos tienen menos riesgo de presentar un aborto incompleto.

el 64% de las pacientes no había presentado abortos previos, mientras que el 22% ya presentaba un aborto anterior, el 9% presentaba dos abortos y el 5% de las pacientes tenía tres abortos anteriores.

La frecuencia de cesáreas previas en las pacientes con aborto incompleto es de 73%, el 14% de las pacientes tenía una cesárea.

La hemorragia es la complicación más frecuente en el aborto incompleto, en el 55% de los casos, la infección se encuentra en el 24%. (ALVAREZ, 2016)

De todos los tipos de aborto el aborto incompleto es el que mayormente se presenta, siendo el grupo más vulnerable los jóvenes de entre 15 a 20 años de edad que provienen del área urbana, esto es debido a que son los que tienen mayor acceso al aborto ilegal.

Las hemorragias durante el primer trimestre es una de las principales causas de consultan a los servicios de urgencia, afectando al 15-25% de todos los embarazos, la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación se relaciona con el aborto a nivel mundial, el aborto es considerado como problema de salud pública dado a que el 13% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos debido a los factores de riesgo y connotaciones legales de cada país hace que su número haya aumentado junto con sus complicaciones y repercusiones sociales.

En el hospital mariana de Jesús se observa un incremento significativo del número de pacientes que acuden con sintomatología compatible con aborto, debido a que no existe información estadística precisa de su prevalencia y sean además identificados los factores predisponentes que motivan este incremento en tal virtud, se realiza este trabajo utilizando la ficha recolectora de datos obtenidos de los expedientes de los pacientes, donde se encuentran los datos de filiación, antecedentes, datos clínicos y de laboratorio, donde se concluye que el grupo etario más frecuente fue entre las edades de 20 a 25 años en un 46% con un total de 42 pacientes, los pacientes que poseen algún antecedente patológico personal representa un 31% que es significativo para que sea un factor de riesgo para el que se produzca un aborto, el tener antecedentes ginecológicos no condiciona de manera notable a la aparición de la producción de un aborto con un 17% de las pacientes que presentaron alguno, la edad gestacional más frecuente fue menos de las 12 semanas con un 79% de las pacientes y el 91% de las pacientes no tuvieron complicaciones del aborto. (RIVERO NAVIA MARIA JOSE, 2017)

Es notable que en esta investigación los antecedentes patológicos personales de las pacientes como factor de riesgo reproductivo no representa un gran porcentaje, mientras que el grupo en donde se presenta mayor cantidad de abortos es la población más joven de entre 20 a 25 años, quedando así una vez más la brecha abierta hacia el cuestionamiento del aborto inducido ilegalmente.

Para poder de alguna manera contrarrestar el alto índice de abortos en nuestro país se debería tomar en cuenta los siguientes problemas operacionales.

“1.- Falta de motivación del personal de salud para orientar a la población en aspectos de anticoncepción basados en el concepto de riesgo reproductivo.

2.- Oferta limitada de contraceptivos y desvinculación entre las diferentes unidades” (Dr. José Rubén López Canales**, 2009)

2.2 HIPOTESIS Y VARIABLES.

2.2.1 Hipótesis general.

La prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil debería estar relacionada a un factor de riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017

2.3 VARIABLES.

2.3.1 Variable Independiente.

Riesgo Reproductivo

2.3.2 Variable dependiente.

Aborto

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICE	TECNICAS O INSTRUMENTOS DE MEDICION
Riesgo Reproductivo	Es la probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales se aplica a mujeres en edad fértil durante los periodos no gestacionales y permite detectar a las mujeres en edad fértil con alto riesgo antes de la gestación ya que es un instrumento de prevención primaria.	Procesos patológicos <ul style="list-style-type: none"> • Pariedad • Infecciones • Edad • E.civil • P.Intergeneico • Abortos anteriores • Cesareas anteriores 	15,2% de pacientes que presentan algún factor de Riesgo reproductivo durante el periodo de investigación	Se utilizará como técnica y instrumento la observacion y revisión de la unidad de análisis que será la base de datos de estadística RDACAA del Hospital Leon Becerra Camacho-Milagro, durante el periodo 2017,
Aborto	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.	Procesos patológicos <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de aborto • Aborto inminente o en curso. • Aborto incompleto • Aborto completo • Aborto septico • Aborto diferido 	15,2% de pacientes que presentan algún tipo de aborto durante el periodo de investigación	se utilizará como técnica y instrumento la observacion y revisión de la unidad de análisis que será la base de datos de estadística RDACAA del Hospital Leon Becerra Camacho-Milagro, durante el periodo 2017,

CAPITULO III.

3.METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación.

La metodología de la investigación es de tipo analítica estimando que se utilizó información de la base de datos RDACAA del Hospital General León Becerra Camacho de Milagro, sobre todas las pacientes que fueron atendidas en la emergencia ginecológica de dicho hospital, debido a que en el año 2017 se evidencio un alto índice de pacientes con diagnóstico de aborto, por lo que se realizó un desglose del número total de pacientes atendidas por medio de porcentajes, separando así solo las que prestaron algún tipo de aborto determinando los principales factores de riesgo reproductivo y su relación con ellos mediante un estudio retrospectivo no experimental.

3.2 Modalidad de investigación.

La modalidad es de tipo cuali-cuantitativa, retrospectiva ya que con la información de los expedientes se toma la población y el porcentaje de mujeres en edad fértil atendidas por emergencia ginecológica para obtener una cifra de mujeres que sufrieron un aborto en el año 2017.

3.3 Tipo de investigación.

El presente trabajo es de tipo investigativo, retrospectivo porque la información se obtuvo de los expedientes encontrándose los factores personales que constituyen a un riesgo de aborto, también es descriptivo, observacional,

cuantitativo, deductivo, transversal. Se basa en un diseño analítico de tipo no experimental.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Técnicas.

Para realizar el trabajo investigativo se utilizará como técnica la observación y revisión de la unidad de análisis que será la base de datos de estadística del Hospital Leon Becerra Camacho-Milagro, durante el periodo 2017, buscando información en libros ginecológicos obstétricos artículos científicos y guías del MSP apoyándose en Internet donde se realizará un trabajo analítico y un estudio retrospectivo no experimental.

3.4.2 Instrumento.

La observación de hoja de datos de Excel que contiene las variables de estudio, para obtener las respuestas a los objetivos basados en los datos existentes en la base de datos RDACAA del Hospital León Becerra Camacho de Milagro, obteniendo buenos resultados para el análisis mediante un estudio retrospectivo no experimental.

3.5 POBLACION Y MUESTRA DE INVESTIGACION

3.5.1 Población.

La población está constituida por el total de pacientes atendidas en el área de ginecología del hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2017, la cantidad en este periodo fue de 2.782 pacientes

3.5.2 Muestra.

Criterios de Inclusión: Se incluirán a todas las pacientes que hayan pasado por un caso de aborto durante el periodo de estudio.

Criterios de Exclusión: Se excluirán a todas las pacientes que no hayan pasado por un caso de aborto durante el periodo de estudio.

La muestra es obtenida de los datos en prevalencia de aborto en mujeres fértil para observar la relación al riesgo reproductivo de las estadísticas del hospital León Becerra Camacho de Milagro, lo que representa un total de 423 pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en lo que va del año 2017.

3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N°	Meses Semanas Actividades	Mayo				Junio				Julio				agosto				Septiembre				octubre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	Selección de Tema			x																			
2	Aprobación del tema					X																			
3	Recopilación de la información									x															
4	Desarrollo del capítulo I										x														
5	Desarrollo del capítulo II										x														
6	Desarrollo del capítulo III											x													
7	Elaboración de base de datos												x												
8	Análisis de base de datos													x											
9	Tamización de la información														x										
10	Desarrollo del capítulo IV															x									
11	Elaboración de las conclusiones																	x							
12	Presentación de la tesis																		x						
13	Sustentación de la previa																x								
14	Sustentación																				x				

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

Cuadro N° 1

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
INVESTIGADOR	CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO
INVESTIGADOR	CAMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL
ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGADOR	OBST. ANA PASOS BAÑOS

3.7.2 Recursos económicos

Cuadro N° 2

RECURSOS ECONOMICOS	INVERSIÓN
SEMINARIO DE TESIS	40
INTERNET	45
PRIMER MATERIAL ESCRITO EN BORRADOR	30
MATERIAL BLIBLIOGRAFICO	20
COPIAS A COLORES	25
FOTOCOPIA FINAL	35
FOTOGRAFIAS	20
EMPASTADA	40
ALQUILER DE EQUIPO DE INFORMATICA	30
MATERIAL DE ESCRITORIO	10
ALIMENTACION	30
MOVILIZACION Y TRANSPORTE	40
COPIAS BLANCO Y NEGRO	15
TOTAL	380

3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

3.8.1 Base de datos.

Para realizar esta tabulación y el análisis utilice información de la base de datos RDACAA del hospital general León Becerra Camacho de Milagro donde utilizaremos SPSS VERCION 20 Y MICROSOFT EXEL, obteniendo resultados para el análisis mediante un estudio retrospectivo no experimental

3.8.2 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

El presente estudio se realizará con el contenido de la información de bases de datos RDACAA donde se registraron las pacientes que fueron atendidas con diagnóstico de aborto en la emergencia durante el periodo 2017 contando con un total de 423 registros, este será tabulado en cuadros y gráficos para cada una de las variables y se combinará entre las mismas para su análisis interpretativo. Se planteará el esclarecimiento del problema e hipótesis, donde los resultados de la tabulación cuantitativos serán en MICROSOFT EXEL y los datos cualitativos en MICROSOFT WORD.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

PREVALENCIA DE ABORTO

Gráfico N° 1 Pacientes que fueron diagnosticadas con aborto en el Hospital León Becerra Camacho en el 2017 del total de las mujeres en edad fértil atendidas en el área de emergencia de Ginecología.



**DATOS: OBTENIDOS DEL HOSPITAL LEON BECERRRA CAMACHO.
ELABORADO POR: CARLA MORAN Y CARMEN CAYAMBE.**

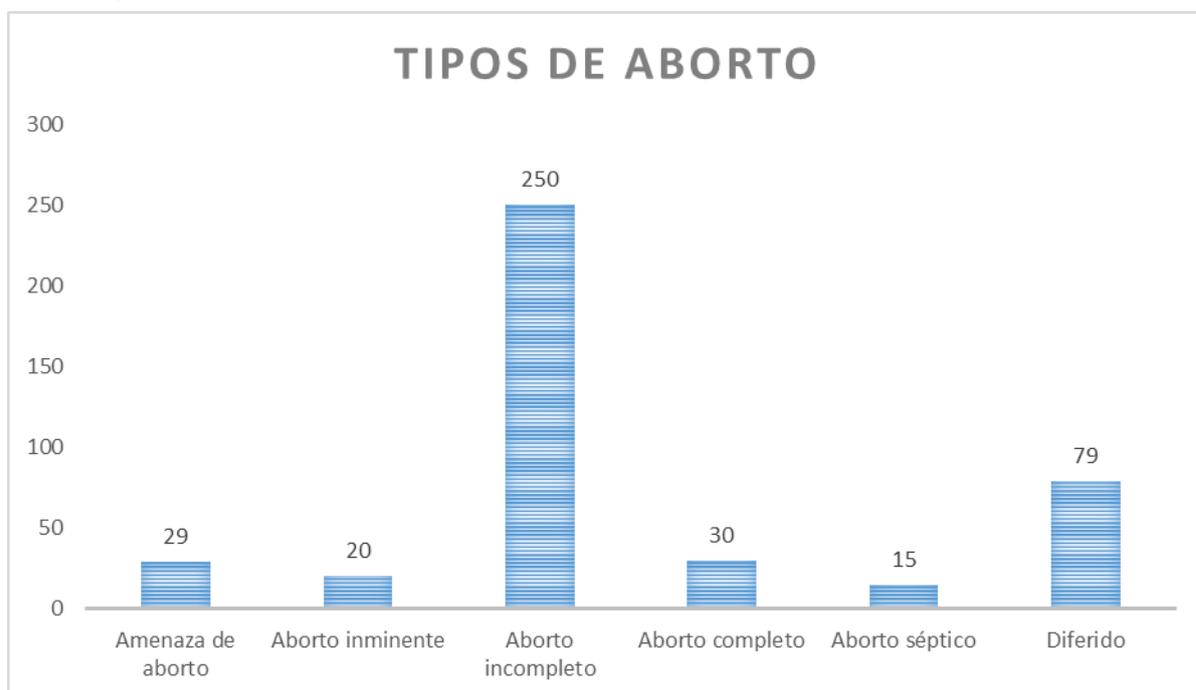
4.2 Análisis e interpretación de datos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 dice que más de 21 millones de mujeres a nivel mundial experimentan algún tipo de aborto clandestino o inseguro, a raíz de los cuales, más de 47 mil mujeres mueren cada año, principalmente en países en vías de desarrollo. En Ecuador en un censo de la (INEC) desde el año 2004 al 2014 ,431.614 mujeres tuvieron algunos tipos de abortos. Por otro lado, la provincia que más registra abortos por cada 1000 nacimientos es Pastaza (186/1000) seguido por Pichincha (174/1000) y en tercer

lugar la provincia del Guayas (166/1000). por lo tanto, observamos en este grafico representativo que en el Hospital León Becerra Camacho – Milagro durante el año 2017 se atendieron por el área de emergencia en edad fértil 2.782(100%), 423 fueron con diagnóstico de aborto lo que represento el 15,20% del total de ellas.

FRECUENCIA DE ABORTO

GRAFICO N° 2 Distribución del tipo de aborto en las pacientes atendidas en emergencia del Hospital León Becerra 2017.



DATOS: OBTENIDOS DEL HOSPITAL LEON BECERRRA CAMACHO.

ELABORADO POR: CARLA MORAN Y CARMEN CAYAMBE.

4.2 Análisis e interpretación de datos.

En el proyecto de investigación realizado por Mariuxi Correa Álvarez en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2015, en las estadísticas establece que las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto fue de 247, aumentando el riesgo de mortalidad femenina en el Ecuador por complicaciones tales como hemorragia, infecciones y shock endotóxico, durante el año 2017 la incidencia fue de 59,1 % (250) pacientes seguido del diferido con el 18,7 % (79).

En el análisis de frecuencia de aborto se concluye que la prevalencia de aborto incompleto no ha disminuido y el tratamiento quirúrgico aumenta el riesgo reproductivo como es una infertilidad por causa perforación uterina , infecciones etc

GRUPOS ETAREOS

CUADRO N° 3 Frecuencia de aborto asociado a la edad en las pacientes atendidas en emergencia del hospital león becerra 2017.

GRUPO ETARIO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-24	205	48,5 %
25-34	157	37,1 %
35-44	60	14,2 %
45 Y MAS	1	0,23 %
Total	423	100,0 %

DATOS: OBTENIDOS DEL HOSPITAL LEON BECERRRA CAMACHO.
ELABORADO POR: CARLA MORAN Y CARMEN CAYAMBE.

4.2 Análisis e interpretación de datos.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2015. En el Ecuador 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” por lo que este grupo etario representa un riesgo reproductivo alto, al realizar el análisis se puede observar que de las pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro que fueron atendidas con diagnóstico de aborto hubo un predominio en el grupo etario de 15 a 24 años con un porcentaje del 48,5% seguido del grupo comprendido entre 25 a 34 años con el 37,1% durante el año 2017 por lo que representa un riesgo reproductivo potencial para el MSP .

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL ABORTO

CUADRO N° 4 Cruce de variantes de los factores de riesgo reproductivo y aborto.

PARIDAD	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
NULIPARIDA	310	2,60%	2,13%	48,46%	4,73%	3,07%	12,29%
MULTIPARIDA	113	4,26%	2,60%	10,64%	2,36%	0,47%	6,38%
TOTAL	423	6,86%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	18,68%
INFECCIONES	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
LOCAL	323	4,02%	2,60%	47,28%	4,26%	3,07%	15,13%
SISTEMICA	90	2,36%	1,89%	11,11%	2,36%	0,24%	3,31%
NINGUNO	10	0,47%	0,24%	0,71%	0,47%	0,24%	0,24%
TOTAL	423	6,86%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	18,68%
EDAD	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
15-24	205	1,18%	3,78%	35,46%	4,73%	2,13%	1,18%
25-34	157	3,31%	0,47%	17,26%	1,89%	0,95%	13,24%
35-44	60	2,36%	0,24%	6,38%	0,47%	0,47%	4,26%
44 y mas	1	0,00%	0,24%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	423	6,86%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	18,68%
ESTADO CIVIL	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
SOLTERA	53	2,36%	0,47%	3,07%	0,95%	1,89%	3,78%
U. LIBRE	254	3,31%	2,36%	35,22%	5,20%	1,18%	12,77%
CASADA	115	0,95%	1,89%	20,80%	0,95%	0,47%	2,13%
DIVORCIADA	1	0,24%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	423	6,86%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	18,68%
PERIODO INTERGENE	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
- 1 año	15	1,89%	0,24%	0,24%	0,24%	0,47%	0,47%
+ 1 año	115	2,13%	0,71%	11,82%	2,84%	1,89%	7,80%
NINGUNO	293	2,84%	3,78%	47,04%	4,02%	1,18%	10,40%
TOTAL	423	6,86%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	18,68%
ABORTO	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
1 ABORTO	52	2,13%	0,24%	3,31%	1,18%	1,65%	3,78%
MAS 2 ABOR	70	2,84%	0,47%	6,62%	1,65%	1,42%	3,55%
NINGUNO	301	1,89%	4,02%	49,17%	4,26%	0,47%	11,35%
TOTAL	423	6,86%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	18,68%
CESAREA	CANTIDAD	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INCOMPLET	ABORTO COMPLETO	ABORTO RETENIDO	ABORTO DIFERIDO
1 CESAREA	15	0%	0,47%	0,24%	0,47%	0,24%	0%
MAS DE 1 CES	115	1%	0,47%	3,55%	4,73%	1,18%	6%
NINGUNA	293	6%	3,78%	55,32%	1,89%	2,13%	13%
TOTAL	423	7%	4,73%	59,10%	7,09%	3,55%	19%

En el proyecto de investigación realizado por Mariuxi Correa Álvarez en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el periodo 2015, indica que el mayor porcentaje de abortos incompletos se da en mujeres con cesáreas previas con el 73% de los casos, seguido de la nuliparidad con 64% de las pacientes.

➤ En el cruce de variantes de los factores riesgo reproductivo y aborto tenemos que uno de los mayores factores es la nulíparas diagnosticadas con aborto incompleto con 205 pacientes que representa el 48,6 % de todas las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto.

➤ El factor de riesgo reproductivo en segundo lugar es las infecciones locales con 200 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto representa el 47,28% de pacientes con este diagnóstico.

➤ El tercero más frecuente es el grupo etario entre 15 y 24 años de edad con 150 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto con un porcentaje de 35,46% de todas las pacientes atendidas por el área de emergencia.

➤ En cuarto factor de riesgo reproductivo más frecuente es el estado civil, las pacientes en unión libre con diagnóstico de aborto incompleto es de 149 con una tasa de 35,22% de todas las pacientes atendidas por emergencia con diagnóstico de aborto.

➤ El factor de riesgo reproductivo que menos se presentó en las pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro durante el año 2017, es el periodo intergenésico más de un año con diagnóstico de aborto incompleto que representa el 11,82% de todas las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto.

➤ Mediante este análisis las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto con antecedentes más de un aborto durante el año 2017 representaron un 6,28% de las pacientes con factor de riesgo reproductivo.

➤ El factor de riesgo reproductivo menos frecuente con diagnóstico de aborto diferido las pacientes con antecedentes más de una cesárea con 5,91% de las pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Camacho-Milagro en el periodo 2017.

4.3 CONCLUSIONES

➤ Luego del estudio y análisis completo acerca del aborto he llegado a la conclusión de que en el Hospital León Becerra Camacho - Milagro atendió por el área de emergencia ginecológica 2.782 pacientes, de las cuales 423 fueron con diagnóstico de aborto el cual representa el 15,2 % que es una alta prevalencia de pacientes atendidas con este diagnóstico.

➤ En el análisis de frecuencia de abortos tenemos que, de las 423 pacientes atendidas con diagnóstico de aborto, 250 fueron por aborto incompleto que representa el 59,1 % de todos los abortos seguido del diferido con el 18,7% siendo el más frecuente el aborto incompleto.

➤ Al determinar la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil predominio en el grupo etario entre 15 y 24 años con un porcentaje del 48,5% seguido del grupo comprendido entre las edades de 25 y 34 años con el 37,1% durante el año 2017.

➤ En el cruce de variantes del riesgo reproductivo y aborto tenemos que uno de los mayores riesgo reproductivo es la nulíparas con diagnóstico de aborto incompleto con 205 pacientes que representa el 48,6 % de todas las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto , seguido del grupo de las infecciones locales con diagnóstico de aborto incompleto con 200 pacientes que se representa con un porcentaje del 47,28 % de todas las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto, siendo la nuliparidad el mayor factor de riesgo reproductivo con el diagnóstico de aborto incompleto.

4.4 RECOMENDACIONES

Una vez concluida el análisis de datos sobre el aborto y factores de riesgo reproductivos y se propone:

➤ Capacitar al personal del primer nivel de salud ya que ellos están en contacto con las pacientes con alto riesgo reproductivo para realizar un seguimiento a los factores de riesgo.

➤ Implementar campañas dirigidas a la población adolescente ya que son a ellos a los que se le atribuye el embarazo no deseado y posterior abortos inducidos por causas no médicas.

➤ Concientizar a la sociedad en general sobre las complicaciones que conlleva a un aborto con campañas educativas y preventivas.

➤ Trabajar e implementar un plan junto con el distrito de salud para educar a la población urbana y rural en el ámbito sexual y reproductivo para así reducir la tasa de abortos en Milagro.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

ASOCIACIÓN DEL ABORTO Y RIESGO REPRODUCTIVO EN LA CIUDAD DE MILAGRO

5.2 ANTECEDENTES.

Durante nuestro internado rotativo en el Hospital General León Becerra Camacho - Milagro se observó en el año 2017 un aumento significativo de pacientes que por el área de emergencia ginecológica presentaron sintomatología de aborto , uno de los grande problema que afronta este establecimiento de salud es la grande demanda de insumos para realizar este procedimientos ya que representa un emergencia a nivel sexual y reproductivo , para resolver esta problemática formamos estrategias para resolver la alta prevalencia de abortos en la ciudad de milagro.

Uno de la estragias que se utilizaría es capacitar al personal del primer nivel de salud ya que ellos están en contacto con las pacientes con alto riesgo reproductivo para realizar un seguimiento a los factores de riesgo,Implementar campañas dirigidas a la población adolescente ya que son a ellos a los que se le atribuye el embarazo no deseado y posterior a abortos inducidos por causas no medicas, concientizar a la sociedad en general sobre las complicaciones que conlleva a un aborto con campañas educativas y preventivas y Trabajar e implementar un plan junto con el distrito de salud para educar a la población urbana y rural en el ámbito sexual y reproductivo para asi reducir la tasa de abortos .

Estas estrategias y plan de trabajo nos ayudara con la concientzacion y a la prevención del aborto ya que es un tema muy discutivo a nivel mundial por la probación del mismo ya que este procedimientos no tiene resultados favorable a nivel sicologico sexual y reproductivo ya que pueden llegar a la movilidad, ya que nuestro objetivo es disminuir la taza de abortos en el Hospital General León Becerra Camacho –Milagro

5.3 JUSTIFICACIÓN

Este presente trabajo de formulación de estrategias es realizado para disminuir la prevalencia de aborto en hospital general león becerra Camacho – milagro, durante el periodo 2017 donde fueron atendidas 423 pacientes con diagnóstico de aborto que representa el 15,2 % por las pacientes atendidas en el área de emergencia ginecológica, ya que la mayor frecuencia de abortos es atribuida a las pacientes jóvenes y nulíparas que presentan infecciones locales, debido a que este porcentaje va en total aumento por lo que formulamos estrategias dirigidas a la población adolescente que es la más vulnerable mediante la prevención y la capacitación de la población para disminuir los factores de riesgo reproductivos que están ligado a un aborto .

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivos generales.

Disminuir la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en Hospital General León Becerra Camacho-Milagro

5.4.2 Objetivos específicos .

Capacitar al personal del primer nivel de salud ya que ellos están en

contacto con las pacientes con alto riesgo reproductivo para realizar un seguimiento a los factores de riesgo.

Implementar campañas dirigidas a la población adolescente ya que son a ellos a los que se le atribuye el embarazo no deseado y posterior abortos inducidos por causas no médicas.

Concientizar a la sociedad en general sobre las complicaciones que conlleva a un aborto con campañas educativas y preventivas.

5.5 ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.5.1 Estructura general de la propuesta.

Para llevar a cabo esta propuesta trabajaremos junto al distrito de salud, Hospital León Becerra Camacho - Milagro con el personal de salud primaria ya que son ellos que estas directamente unidos a la comunidad ofreciendo primeramente capacitación para los profesionales, continuando con campañas de salud sexual y reproductiva dictada por todo el personal en el área de espera y consulta, para así concientizar y educar a la población de que el aborto no es procedimiento tan sencillo que acarrea con las complicaciones post aborto y futuras como es la infertilidad con esta estrategia tenemos la convicción que en un año la población de mujeres abortadoras disminuya, ya que con esta campaña se concientizara de las complicaciones de un aborto provocado y los riesgos reproductivos a futuros.

5.5.2 Componentes.

Las entidades que trabajarían junto a este proyecto a futuro para una mejor atención y prevención de abortos sería el distrito ya que se encuentra unido directamente con la comunidad y Hospital León Becerra Camacho con pacientes atendidas por el área de emergencia para una prevención, teniendo como técnica la realización talleres y charlas informativas y educativa , con grupos de WhatsApp

donde el profesional de salud intercambiaría información con los pacientes y la distribución de hojas volantes con información detallada con los temas de:

- Planificación familiar
- Riesgo reproductivo
- Aborto
- Embarazo en adolescentes
- Métodos anticonceptivos
- Papanicolaou

5.6 RESULTADOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.6.1 Alcance de la alternativa.

Lo que esperamos obtener con esta estrategia es disminuir los factores de riesgo reproductivos ya que son la causa del aborto y así disminuir las estadísticas de mortalidad por complicaciones como hemorragias, infecciones y lograr la concientización tanto en el personal de salud como la población que este hecho no es algo tan sencillo para realizar de forma clandestina poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva con repercusiones a futuras como es la infertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

(s.f.).

ALVAREZ, B. M. (2016). *tesis*. Obtenido de tesis:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/22482/1/TESIS%20BLANCA%20CORREA%20ALVAREZ.pdf>

Araus, M. (24 de noviembre de 2014). *el definido*. Obtenido de el definido:

<https://www.eldefinido.cl/actualidad/pais/4266/10-politicas-publicas-que-deberiamos-implementar-para-prevenir-el-aborto/>

ASBOG. (2011). *ATENCION DEL ABORTO*. BOGOTA: Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog).

Barrueta, E. D. (28 de mayo de 2009). *in slide share*. Obtenido de in slide share:

<https://es.slideshare.net/eri86/dx-embarazoriesgo-reproductivo-contrrol-prenatal>

Bela, O. D. (2017). *En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año*. GINEBRA: OMS.

COLOMBIA, F. C. (2013). *ABORTO COMPLETO*. COLOMBIA: ARTICULO.

comercio, e. (14 de junio de 2018). Las posturas de los países de América sobre el aborto.

Las posturas de los países de América sobre el aborto.

David A. Eschenbach, M. (2015). Tratamiento del Aborto Séptico Espontáneo e. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. , 6.

DONADO, A. R. (2011). GUIA DE ATENCION DEL ABORTO. *GUIA DE ATENCION DEL ABORTO*, 11-12.

Donado, A. R. (2011). Guía de atención del aborto. *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.*, 9.

Dr. José Rubén López Canales**, D. A. (2009). Investigación Operacional Riesgo Reproductivo: Su Aplicación en la Salud Materno Infantil. *revista medica hondureña*, 111.

Dra. V. Herrear, D. J. (2014). *RIESGO REPRODUCTIVO*. HABANA: MANUAL.

ecuador, u. (s.f.). *ubica ecuador*. Obtenido de ubica ecuador:
<https://www.ubica.ec/info/947f938a02ba515baaf3098b367460f3>

ESPINO, F. (2016). *RIESGO REPRODUCTIVO EN ADOLESCENTES*. Obtenido de
RIESGO REPRODUCTIVO EN ADOLESCENTES:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Riesgo%20Reproductivo%20Francisco%20Espino.pdf>

FESGO. (2008). *GINECOLOGOS Y OBSTETRAS RECHAZAN EL ABORTO*.
GUAYAQUIL: FEDERACION ECUATORIANA DE SOCIEDAD DE
GINECOLOGOS Y OBSTETRAS.

fiesco. (2010). capitulo 1 aborto. *obstetricia integral siglo XXI*, 3-6.

FIGO. (2007). *La IniciativaFIGO para la Prevención del Aborto Inseguro*. NEW YORK:
DOCUMENTO.

FIGO. (2017). *ABORTO MEDICO LEGAL*. ARGENTINA: BOLETIN.

FLASOG. (2014). *ROL DE LOS/LAS GINECO-OBSTETRAS EN LA PROVISION DE
ABORTOS DESPENALIZADOS/LEGALIZADOS SEGUROS*. CHILE: FLASOG.

GOMEZ, P. I. (2015). rol de los ginecologos y obstetras en la prohibicion de abortos.
flasog, 6.

GONZALEZ, R. B. (SEPTIEMBRE de 2013). *el aborto*. Obtenido de el aborto:
[https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalez
R.pdf](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf)

- INEC. (2013). INEC. *ANUARIO DE ESTADISTICAS HOSPITALARIAS: EGRESOS Y CAMAS*, 36. Obtenido de INEC: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2013.pdf
- INEC. (2015). compendio estadístico 2015. *compendio estadístico 2015*, 85-93.
- Infancia, D. N. (2010). *GUIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION*. ARGENTINA: MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION.
- Institute, G. (marzo de 2018). *Aborto a nivel mundial 2017—Resumen ejecutivo*. Obtenido de Aborto a nivel mundial 2017—Resumen ejecutivo: <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo>
- INSTITUTE, G. (20 de MARZO de 2018). *GUTTMACHER INSTITUTE*. Obtenido de RECOMENDACIONES PARA REDUCIR EL IMPACTO DEL ABORTO INSEGURO: <https://www.guttmacher.org/es/infographic/2018/recomendaciones-para-reducir-el-impacto-del-aborto-inseguro>
- Lic. Damile Ardevol Cordovez, M. A. (2015). Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *SCIELO*.
- MACHADO, S. S. (2011). *ABORTO , COMPLICACIONES, RIESGO Y RESTRICCIONES*. MEXICO: REVISTA.
- MEXICO, G. C. (2015). *DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO*. MEXICO: GUIA CLINICA DE MEXICO.
- MEXICO, S. P. (2010). *Anticoncepción y aborto perspectivas de obstetras y ginecólogos*. MEXICO: ARTICULO ORIGINAL SALUD PUBLICA MEXICO.
- MSP. (2013). *ABORTO INEVITABLE*. QUITO: PRACTICA CLINICA.
- MSP. (2013). *CONCEPTO DE ABORTO*. QUITO: GUIA CLINICA.

- MSP. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. *GUIA PRACTICA CLINICA*, 10.
- MSP. (2013). *GUIA CLINICA*. QUITO: GUIA CLINICA.
- MSP. (2015). *ABORTO TERAPEUTICO*. ECUADOR: GUIA CLINICA.
- mujer, c. s. (2014). aborto con medicamentos . *salud mujer*, 5. Obtenido de http://docs.wixstatic.com/ugd/c5eb38_eccd350ba7754c88b11b7cb66a520482.pdf
- Murrieta, M. E. (30 de mayo de 2013). *in slide share*. Obtenido de in slide share: <https://es.slideshare.net/KarenGSanchez/riesgo-reproductivo-y-obstetrico>
- Olsen., M. F. (13 de agosto de 2012). *slide serve*. Obtenido de slide serve: <https://www.slideserve.com/zona/el-aborto>
- OMS. (2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. QUITO: MSP.
- OMS. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro.*, 12-37. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=827D352596B9D6064161910F6D55E4E1?sequence=1
- OMS. (2015). *RIESGO REPRODUCTIVO*. QUITO: GUIA CLINICA.
- OMS. (22 de MARZO de 2016). *EL DEFINIDO*. Obtenido de EL DEFINIDO: <https://www.eldefinido.cl/actualidad/mundo/6658/Aborto-cual-es-la-vision-de-la-OMS/>
- OMS. (28 de SEPTIEMBRE de 2017). *EL PAIS*. Obtenido de EL PAIS: https://elpais.com/internacional/2017/09/28/actualidad/1506605875_151604.html
- ORTIZ, A. (2018). *SCRIBD*. Obtenido de SCRIBD: <https://es.scribd.com/document/339488258/Valoracion-Del-Riesgo-Reproductivo>

- ORTIZ, E. (15 de AGOSTO de 2016). GK. Obtenido de GK:
<https://gk.city/2016/08/15/las-escalofriantes-cifras-del-aborto-ecuador-me-convirtieron-pro-choice/>
- PABLO, G. D. (2010). *DEBATE SOBRE EL ABORTO*. E.E.U.U: NUEVA REVISTA .
- RAMIREZ, V. G. (2014). *COMPLICACIONES HEMORRAGICAS*. COLOMBIA:
DIRECCION GENERAL PROMOCION Y PREVENCION.
- Rivera, A. C. (2012). *AMENAZA DE ABORTO*. COSTA RICA: REVISTA MÉDICA DE
COSTA RICA y CEnTROAmÉRICA IXVIII .
- RIVERO NAVIA MARIA JOSE, P. A. (22 de ABRIL de 2017). *universidad catolica de
Santiago de Guayaquil*. Obtenido de universidad catolica de Santiago de
Guayaquil: repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.PDF
- Sahuiña, M. L. (2009). *cybertesis*. Obtenido de cybertesis:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/249/Palomino_sm.pdf?sequence=1
- SEGO. (2010). *ABORTO ESPONTANEO*. ESPAÑA: ARTICULO PROTOCOLOS
ESENCIALES EN OBSTETRICIA.
- SPOG. (2015). *GUIA CLINICA ABORTO*. PERU-LIMA: GUIA CLINICA DE
ABORTO.
- Trujillo Mamani, G. E. (septiembre de 2015). *repositorio upu edu*. Obtenido de
repositorio upu edu:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/248/Grover_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- U.N.M.S.M. (2014). *ABORTO*. PERU: MANUAL MEDICO DE OBSTETRICIA.
- unidas, C. n. (2017). *Observatorio de Igualdad de Género*. Obtenido de Observatorio de
Igualdad de Género: <https://oig.cepal.org/es/leyes/leyes-sobre-aborto>

WILLIAMS. (2012). *ABORTO*. ESPAÑA: LIBRO.

williams. (2015). *Access-Medicina*. Obtenido de Access-Medicina:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=10>

0458184

Yapur, M. E. (26 de MAYO de 2014). Análisis y Elaboración de una Base de Datos realizada según el Censo de Equipos Electrónicos para Uso Médico del Hospital

León Becerra de Milagro. 3-7.

ANEXOS.

Tabla N° 10 ABORTO CLASIFICACION Y MANEJO DEL MISMO

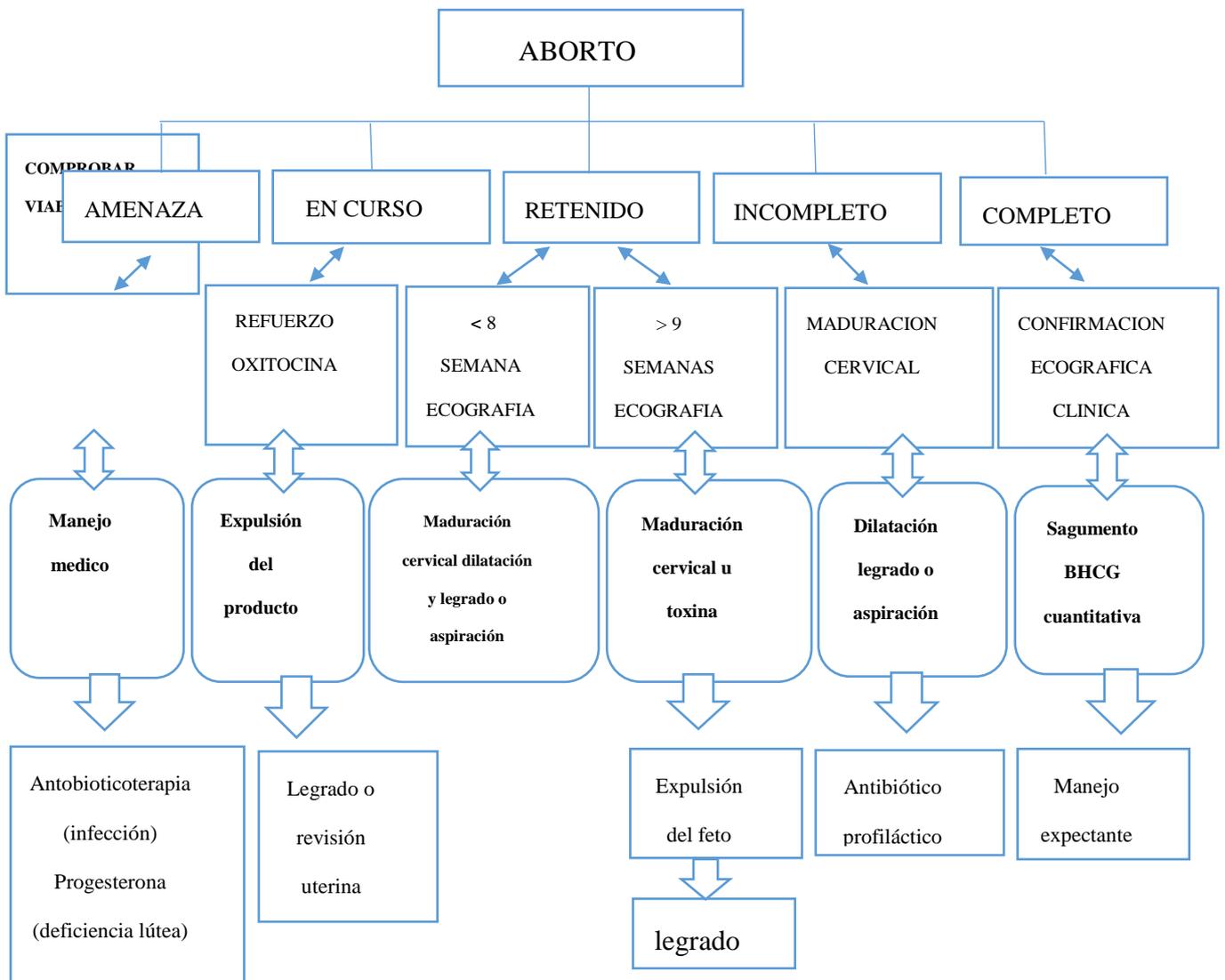


Tabla N° 12 ETAPAS Y DIAGNOSTICO DEL ABORTO

ETAPAS	Amenaza de aborto	Aborto inminente	Aborto consumado	
			Incompleto	Completo
DIAGNÓSTICO				
Metrorragia	Oscura y escasa	Roja, abundante y continua	Persiste	Minima
Contracciones uterinas dolorosas	Presentes	Aumentan frecuencia e intensidad	Persisten	Cesan y merma el dolor
Modificaciones cervicales	Cuello cerrado	Canal permeable	- Cuello abierto - Restos ovulares en útero y/o vagina	Cuello cerrado
Desprendimiento y expulsión	Ausentes	Protrusión parcial del huevo	Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos	Expulsión total: huevo y anexos
Ecografía	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino	Expulsión en curso	Restos endocavitarios y vaginales	Útero involucionado y vacío

Gráfico N° 3 LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA



Grafico N° 10 LEGRADO UTERINO

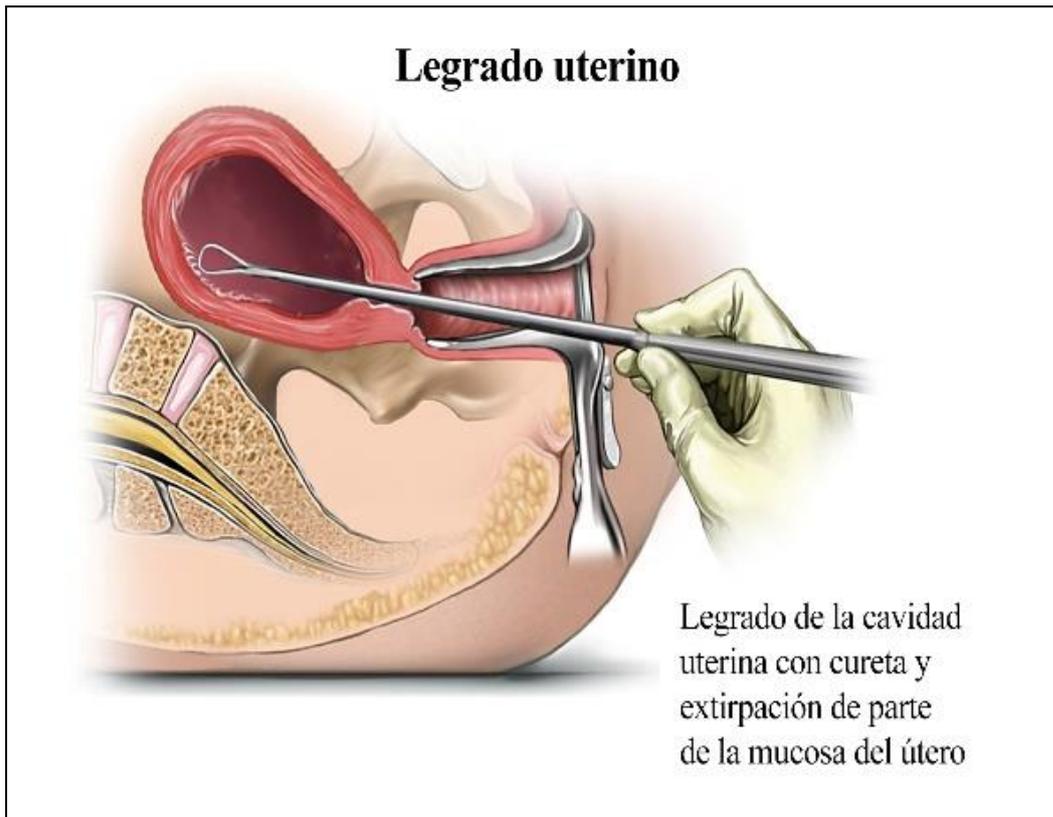


Tabla N° 10 MANEJO QUIRURGICO DEL ABORTO

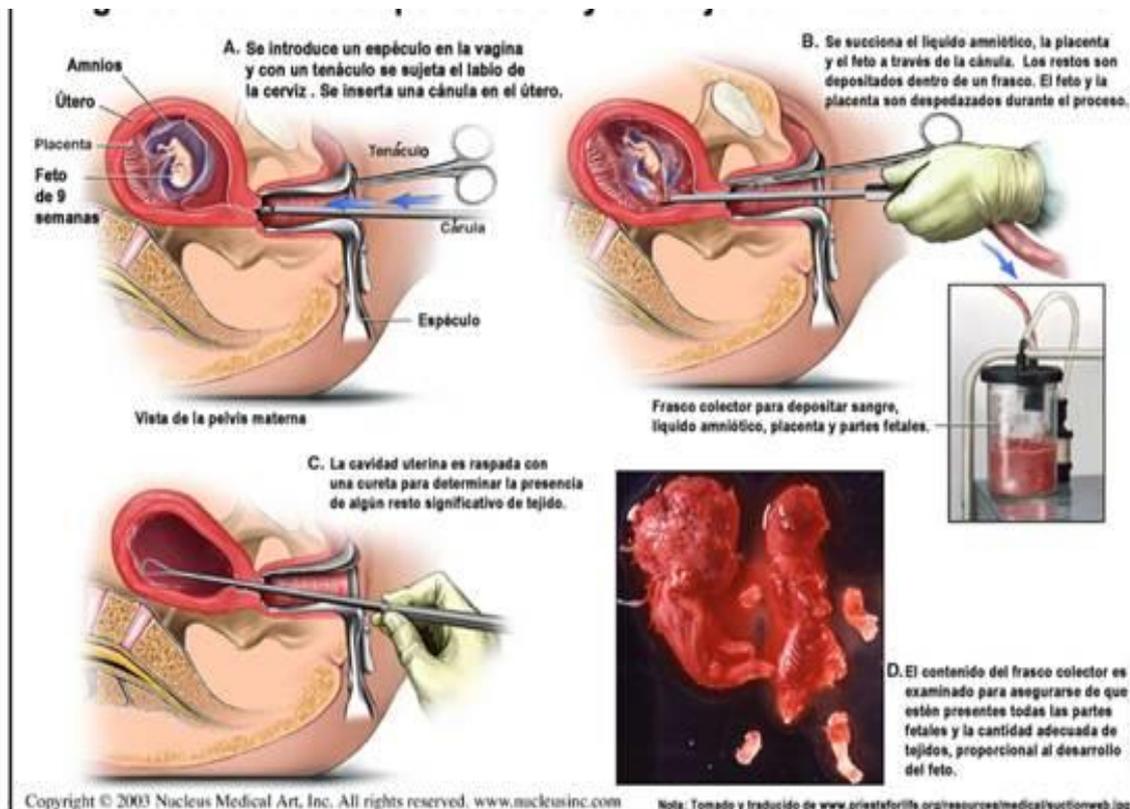


Tabla N° 10 ABORTO INCOMPLETO

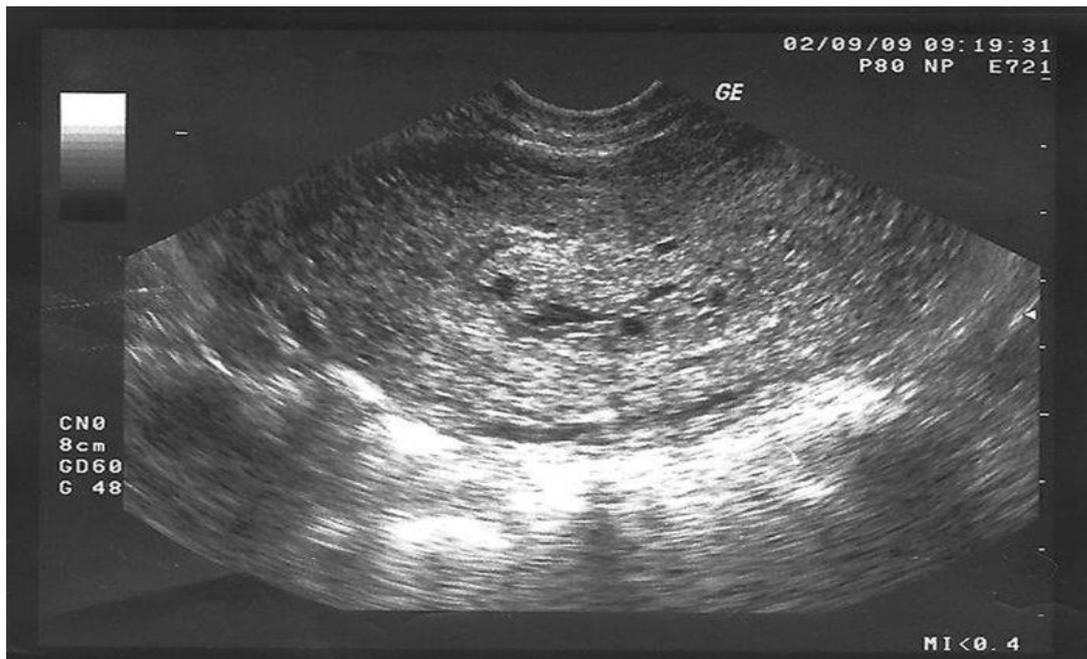


Tabla N° 10 ABORTO COMPLETO



Tabla N° 10 ABORTO ASOCIADO AL RIESGO REPRODUCTIVO

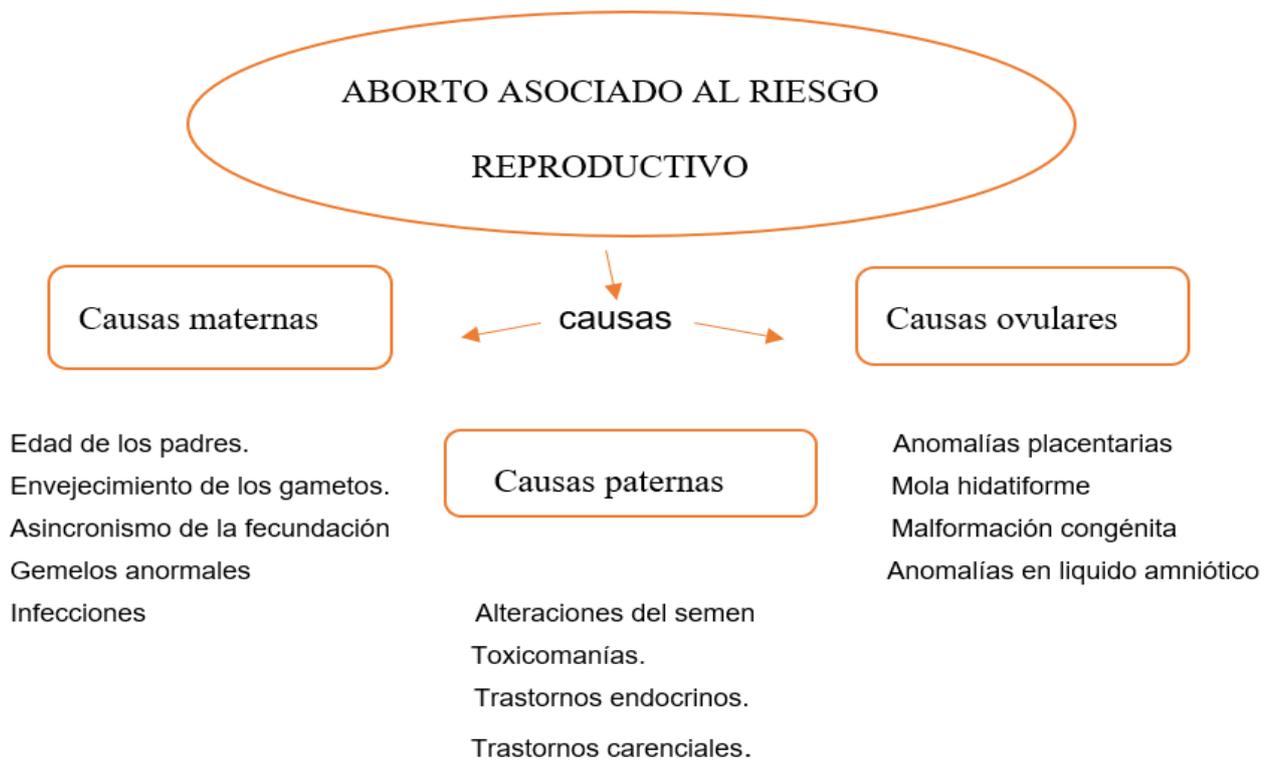


Tabla N° 11 MANEJO DEL ABORTO TERAPEUTICO

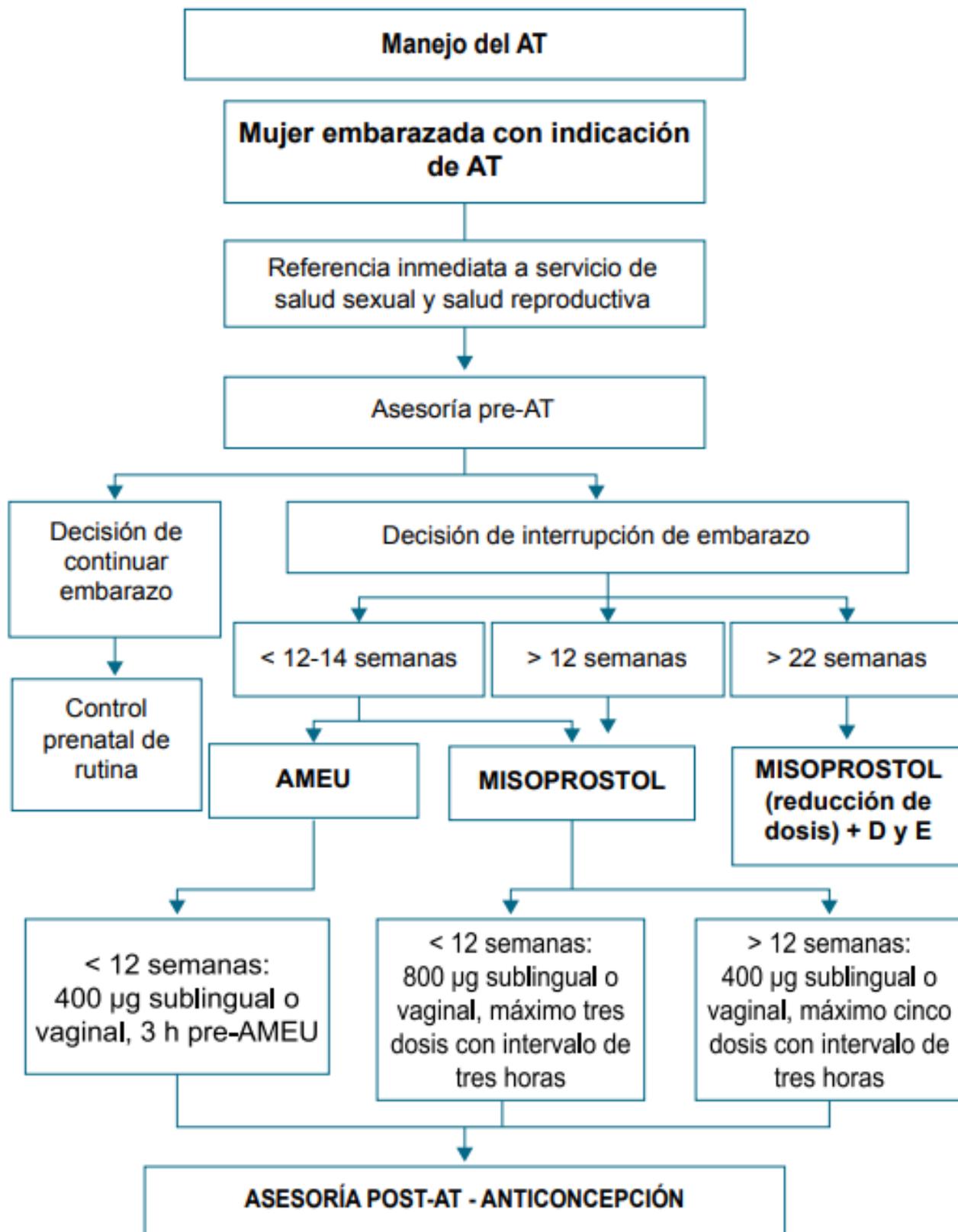


Tabla N°12 TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO

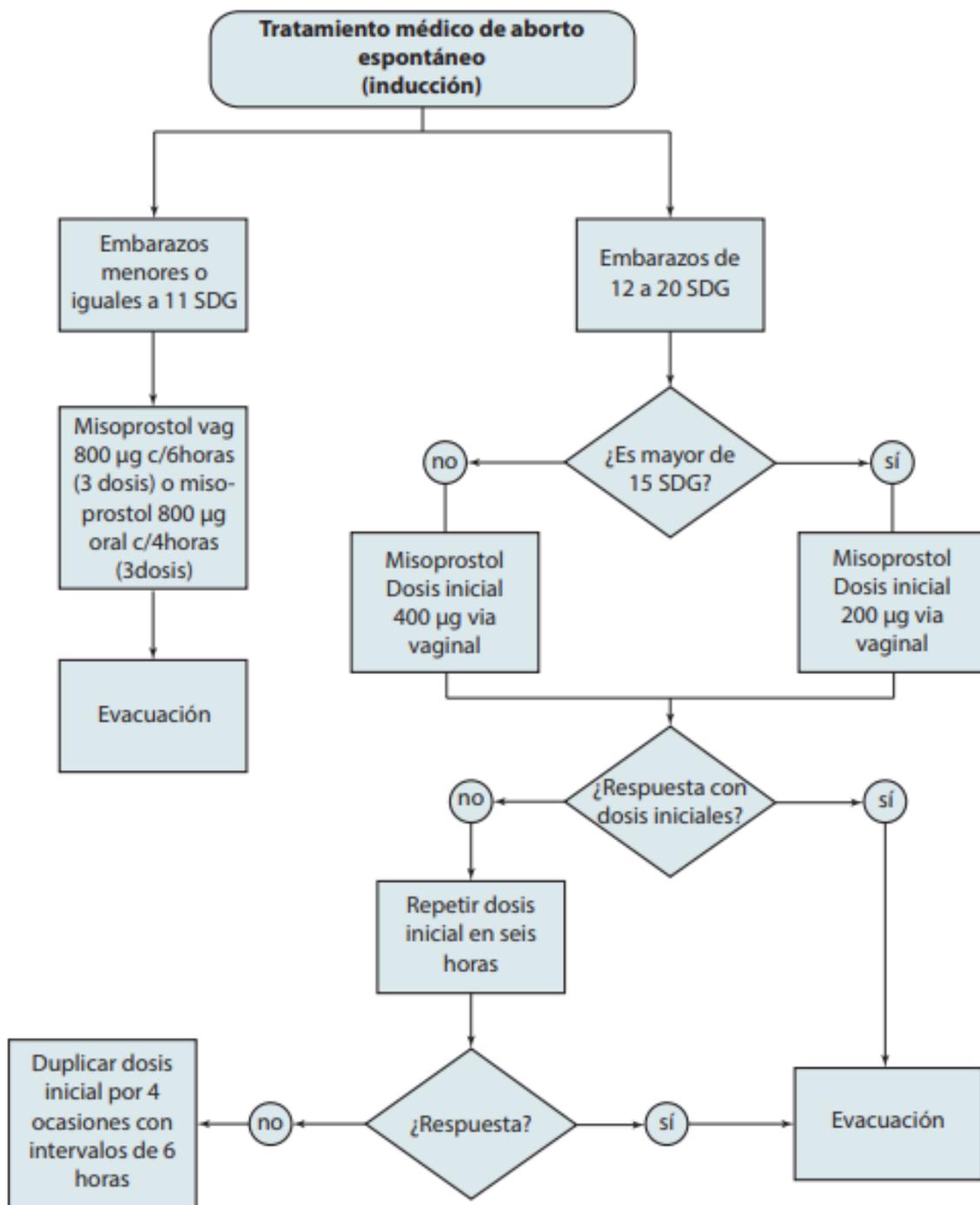


Tabla N° 10

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
<p>¿Cuál es la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?</p>	<p>Asociar la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017.</p>	<p>La prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil debería estar relacionada a un factor de riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017</p>
PROBLEMA DERIVADOS	OBJETIVO ESPECIFICO	
<p>¿Cuál es la edad más frecuente que se presenta el aborto en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre aborto y riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?</p> <p>¿Cómo disminuir la prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar en que edad es más frecuente que se presente el aborto en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017. • Establecer la relación entre aborto y riesgo reproductivo en hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017. • Fomentar las estrategias dirigidas a la prevención del aborto en mujeres en edad Fértil que permita disminuir la relación al riesgo reproductivo, hospital general León Becerra Camacho-Milagro 2017. 	



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIDAD DE TITULACION

Babahoyo 5 de julio del 2018

Dra. ALINA IZQUIERDO CITER MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
PRESENTE.-

De mi consideración:

Por medio de la presente yo **CARLA KATHERINE MORAN TIGRER**, CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 094049539-3, **CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL** con cedula de ciudadanía N° 120704577-2, egresadas de la carrera de obstetricia, de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega del perfil del proyecto: **PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN EL HOSPITAL GENERAL LERON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017**, el mismo que fue aprobado por el docente tutor Obs. **ANA PASOS BAÑO**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO
C.C 094049539-3

CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL
C.C 120704577-3



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **OBS, ANA PASOS BAÑO** en calidad de tutor del tema del proyecto de investigación (primera etapa) **"PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO – MILAGRO 2017"**, elaborado por las Srtas. **CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO Y CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL**, egresadas de la Carrera de obstetricia, de la Escuela de obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de julio del año 2018


.....
OBS. ANA PASO BAÑO
C.I. 120555612-7
DOCENTE - TUTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017.

NOMBRE DE LOS PROPONENTES: CAYAMBE PEÑAFIEL CARMEN PRISCILA, MORAN TIGRERO CARLA KATHERINE.

No.	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO				Puntos
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2	Insuficiente 1	
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se deriven de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	4
5	Justificación.	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



6	Marco teórico preeliminar (Esquema de contenidos).	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, de manera ordenada	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, sin ningún orden.	Las categorías determinadas están relacionadas con el problema de investigación pero son insuficientes	Las categorías determinadas no son pertinentes al problema de estudio	4
7	Hipótesis (General).	La hipótesis tiene relación con el problema y con el objetivos	La hipótesis se relaciona con los problemas pero no con el objetivos	La hipótesis se relaciona con el problema pero no da respuesta al mismo	La hipótesis no tiene relación ni con el problema ni con el objetivo.	4
8	Tipo de investigación.	Tiene relación con el propósito de la investigación y se justifica su aplicación.	Tiene relación con el propósito de la investigación, pero no se justifica su aplicación.	Explica las razones de su aplicación pero no es pertinente al propósito de la investigación	No corresponde al propósito de la investigación.	4
9	Metodología.	Define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación; y, además describe en que consistió cada uno de sus pasos de manera breve para constituir este proyecto.	Solo define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	Describe en que consistieron algunos de los pasos empleados de manera breve para constituir este proyecto.	Carece de metodología.	3
10	Referencias Bibliográficas.	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, considerando las normas propuestas(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas incompleta, considerando las normas propuestas(APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, sin observar ninguna norma	La lista de referencias bibliográficas, no corresponde, y no se observa ninguna norma.	4
TOTAL						39
PROMEDIO PONDERADO					40 = 16 / 28 = 7 Mínimo	980

OBSERVACIONES:

	05 / Julio / 2019	
Nombre y Firma del Docente Evaluador	Fecha de Revisión	Fecha y Firma de Recepción
		J.F.A.P.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: _____

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Primera Etapa)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst: Ana Páez Baro's FIRMA: _____
 TEMA DEL PROYECTO: Prevalencia de abortos en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en Hospital General Leon Beresa Amacho - Babahoyo 2017
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Suila Katherine Morán Tigrero - Carmen Priscilla Ceyambe Peñafiel.
 CARRERA: OBSTETRICIA

Número de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de Tutoría		Porcentaje de Asistencia	Docentes	FIRMAS
			Presencial	Virtual			
1	21/06/2018	Revisión de Guía Metodológica	X		10%	Analisis	<i>[Firma]</i> <u>Analisis</u>
1	22/06/2018	Planteamiento del problema objetivo, Justificación		X	30%	Analisis	<i>[Firma]</i> <u>Analisis</u>
1	27/06/2018	Elaboración de Marco Teórico	X		60%	Analisis	<i>[Firma]</i> <u>Analisis</u>
1	02/07/2018	Tipo de Investigación - Metodología		X	90%	Analisis	<i>[Firma]</i> <u>Analisis</u>
1	05/07/2018	Revisión y Aprobación de Perfil	X		100%	Analisis	<i>[Firma]</i> <u>Analisis</u>

Pág. N°. _____

Obs. Lillan: *[Firma]*
 UNOZ SOLORZANO, M.S.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA OBSTÉTRICIA



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, OBS. ANA PASO BAÑO, en calidad de Tutora del Proyecto DE Investigación (Segunda Etapa) PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU RELACIÓN AL RIESGO REPRODUCTIVO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO - MILAGRO, elaborado por las estudiantes egresadas: CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO, CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, consideró que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los veinte días del mes de agosto del año 2018.

Atentamente,

.....
OBS. ANA PASO BAÑO
C.I. 120555612-7
DOCENTE - TUTORA



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIDAD DE TITULACION

Babahoyo 20 de agosto del 2018

Dra. ALINA IZQUIERDO CITER MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
PRESENTE.-

De mi consideración:

Por medio de la presente yo **CARLA KATHERINE MORAN TIGRER**, CON CEDULA DE CIUDADANIA N° **094049539-3**, **CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL** con cedula de ciudadanía N° **120704577-2**, egresadas de la carrera de obstetricia, de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega del tema del proyecto de investigación (segunda etapa): **PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN EL HOSPITAL LERON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017**, el mismo que fue aprobado por la docente tutora OBST, ANA PASOS BAÑO.

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, quedamos de usted muy agradecidas.

Atentamente

CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO
C.C 094049539-3

CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL
C.C 120704577-3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: _____

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION (Segunda Etapa)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Ana Pasos Baños FIRMA: _____
 TEMA DEL PROYECTO: "Prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en Hospital General León Becerra Comacho - Milagro 2017"
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Carla Katherine Morán Tigrero - Carmen Píscota Cayambe Peñafiel.
 CARRERA: OBSTETRICIA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	Estudiante
			Presencial	Virtual				
1	17/07/2018	Desarrollo del índice general e Introducción del proyecto de investigación	X		100 %			
2	19/07/2018	Formulación del capítulo I, contexto internacional, nacional, regional y local.	X		75 %			
1	24/07/2018	Situación problemática, Planteamiento de problema general y derivados.		X	60 %			
1	27/07/2018	Delimitación de la investigación.		X	65 %			
2	31/07/2018	Introducción, Objetivo General y Específicos. Guía de Marco Teórico y formulación del mismo.	X		100 %			
1	2/08/2018	Revisión del Marco Teórico final.	X		70 %			

Pag. N°. _____

Obs. Lillian M. Urfoz Solorzano, MSc
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: _____

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACION (Segunda Etapa)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obs. Ana Páez Baños FIRMA: _____

TEMA DEL PROYECTO: "Prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en Hospital General León Benavente Samacho - Hilaro 2017"

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Lilian Katherine Huan Rigero - Carmen Pírcala Cayambe Penálbez.

CARRERA: OBSTETRICIA

Número de Tutorías	Fecha de Tutorías	Temas tratados	Tipo de tutoría		Porcentaje de Asistencia	Docente	Estudiante
			Presencial	Virtual			
2	03/05/2018	Hipótesis General e hipótesis específicas elaboración y opera conceptualización de las variables	X		60%		
1	03/05/2018	Desarrollo del Capítulo III Metodología de la Investigación	X		75%		
1	14/05/2018	Revisión del cronograma, referencias bibliográficas		X	80%		
1	16/05/2018	Revisión y corrección de la segunda etapa del proyecto de Investigación.	X		100%		

Pag. N.º. _____

Obs. Lilian Huan Rigero
 Lilian Huan Rigero
 MSc
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras, **Carla Katherine Moran Tigrero**, con cédula de ciudadanía **094049539-3** y **Carmen Priscila Cayambe Peñafiel**, con cédula de ciudadanía **120704577-2** egresadas de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados en la Etapa final del Proyecto de Investigación, tema: **PREVALENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU RELACION AL RIESGO REPRODUCTIVO EN HOSPITAL GENERAL LEON BECERRA CAMACHO-MILAGRO 2017**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

CARLA KATHERINE MORAN TIGRERO
C.C 094049539-3

CARMEN PRISCILA CAYAMBE PEÑAFIEL
C.C 120704577-3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BARAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORÍAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Ana Pases Baños FIRMA: _____
 TEMA DEL PROYECTO: Revalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo de producción en Hospital General León Becerra Camacho - Hólaro 2017.
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Barla Katherine Morán Tigrero - Carmen Pineda Cayambe Penitife
 CARRERA: Obstetricia

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Temas tratados	Tipo de Tutoría		Porcentaje de Asistencia	Docente	Estudiante
			Presencial	Virtual			
2	23/8/2018	Revisión del índice y definición de la población y muestra.		X	10%	[Firma]	[Firma]
2	28/8/2018	Cumplimiento del cronograma	X		20%	[Firma]	[Firma]
2	29/8/2018	Elaboración de los resultados de la investigación	X		30%	[Firma]	[Firma]
2	09/09/2018	Elaboración del Capítulo IV, elaboración de conclusiones y recomendaciones de los capítulos V y VI.	X		40%	[Firma]	[Firma]
2	06/09/2018	Creación de la propuesta y elaboración de la sustentación	X		57%	[Firma]	[Firma]
2	11/09/2018	Objetivo general y específico de la propuesta teórica	X		60%	[Firma]	[Firma]

Obs. Lilian Muñoz Solórzano Msc.
COORDINADOR DE TITULACIÓN
CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BARAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORÍAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Obst. Ana Páez Baños FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Prevalencia de aborto en mujeres en edad fértil y su relación al riesgo reproductivo en Hospital General León Becerra Gamacho - Hílagro 2017

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Carla Katherine Morán Tigrero - Carmen Píscote Cayambe Penafiel.

CARRERA: Obstetricia

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	Estudiante	Pag. N°.
			Presencial	Virtual				
1	12/09/2018	Resultados esperados de la propuesta de Aplicación	X		75%			
1	13/09/2018	Revisión de las referencias, anexos y la variación del índice de cuadros		X	90%			
2	18/09/2018	Entrega de resultado de URKUNB y aprobación del proyecto de investigación	X		100%			

Obs. Lilian Muñoz Solorzano Msc.
 COORDINADOR DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA