

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA



“CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL “SAN LUIS DE OTAVALO” EN EL PERIODO
OCTUBRE 2010 A AGOSTO DEL 2011”

Trabajo de investigación previa a la obtención del título de
Licenciada(o) de Enfermería.

AUTORES:

Imues López Nancy Verónica
Mesa Campos Edison Amílcar

DIRECTORA:

Lic. María Inés Garzón

Ibarra – Ecuador

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Grado presentado por el Sr. Mesa Campos Edison Amílcar y la Srta. Imues López Nancy Verónica para optar el Grado Académico de Licenciado en Enfermería cuyo título es: “CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “SAN LUIS DE OTAVALO” EN EL PERIODO OCTUBRE 2010 A AGOSTO DEL 2011”

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del Jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de noviembre del 2011.

Msc. María Inés Garzón

DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

A nuestros padres, porque creyeron en nosotros y porque nos sacaron adelante, dando ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy podemos ver alcanzadas nuestras metas, ya que siempre estuvieron impulsándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera.

Gracias por haber fomentado en nosotros el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, esperamos no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Edison y Verónica

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de los que formamos el grupo de trabajo. Por esto se agradece de manera especial a la directora de tesis, Msc. Ma. Inés Garzón, quien a lo largo de este tiempo ha puesto a prueba los conocimientos impartidos a lo largo del periodo académico, plasmado en el desarrollo de este nuevo plan investigativo, el cual ha finalizado cubriendo todas las expectativas.

También extender un agradecimiento afectuoso a quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado la formación académica, creyendo siempre y en todo momento sin dudar de las habilidades, nuestros padres.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de Salud, a quienes se les debe en gran parte los conocimientos adquiridos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad Técnica del Norte, la cual abrió sus puertas al éxito de superación y preparando para un futuro competitivo, formando personas de bien.

Edison y Verónica

ÍNDICE GENERAL

Portada	
Aceptación del Tutor.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice General.....	iv
Índice de Cuadros y Gráficos.....	viii
Resumen.....	x
Summary.....	xi
Introducción.....	1

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Formulación del Problema.....	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo General.....	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
1.5 Preguntas Directrices.....	8

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Fundamentación.....	11
2.2.1 Legal.....	11
2.2.2 Científica.....	14
2.3 El Aborto.....	16
2.3.1 Definición.....	17
2.3.2 Meses de mayor riesgo.....	17
2.3.3 Clases.....	18

2.3.3.1	Aborto Incompleto.....	18
2.3.3.2	Aborto Completo.....	20
2.3.3.3	Aborto fallido, diferido o retenido.....	21
2.3.3.4	Aborto Terapéutico.....	21
2.3.3.5	Aborto Séptico.....	23
2.3.3.6	Aborto Espontáneo o Natural.....	24
2.3.3.7	Aborto Provocado o Inducido.....	25
2.3.3.8	Aborto en Curso.....	27
2.3.3.9	Amenaza de aborto.....	28
2.3.4	Factores.....	29
2.3.4.1	Factores Fetales.....	29
2.3.4.2	Factores Maternos.....	32
2.3.4.3	Factores Inmunológicos.....	32
2.3.4.4	Factores Psíquicos.....	34
2.3.5	Signos y Síntomas.....	35
2.3.6	Complicaciones.....	36
2.3.7	Tratamiento.....	39
2.3.8	Aspectos.....	40
2.3.8.1	Sociales.....	40
2.3.8.2	Psicológicos.....	41
2.3.8.3	Religiosos.....	42
2.4	Hospital “San Luis de Otavalo”.....	43
2.4.1	Institucionalidad.....	44
2.4.2	Servicios.....	45
2.4.3	Personal.....	45
2.4.4	Área de Gineco-obstetricia.....	46
2.5	Variables.....	47
2.5.1	Variable Dependiente.....	47
2.5.2	Variable Independiente.....	47
2.5.3	Definición de Términos.....	49

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio.....	52
3.1.1 Estudio Descriptivo – Analítico.....	52
3.1.2 Estudio Prospectivo y Retrospectivo.....	52
3.2 Diseño de Investigación.....	53
3.3 Población o Universo.....	53
3.3.1 Tabla Poblacional de Legrado Mensual.....	53
3.4 Muestra.....	54
3.5 Técnicas de Recolección de Datos.....	54
3.5.1 Revisión de Historia Clínica.....	54
3.5.2 Revisión de Partes diarios.....	54
3.5.3 Revisión de Libro legrados.....	54
3.6 Instrumentos de Recolección de datos.....	55
3.7 Registro y Procesamiento de Resultados.....	55
3.8 Validez y Confiabilidad.....	55
3.9 Criterios de Exclusión.....	56
3.10 Criterios de Inclusión.....	56

CAPITULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados según la edad.....	58
4.2 Resultados según la etnia.....	59
4.3 Resultados según el estado civil.....	60
4.4 Resultados según la escolaridad.....	61
4.5 Resultados según la ocupación.....	62
4.6 Resultados según el número de gestas.....	63
4.7 Resultados según número de abortos.....	64
4.8 Resultados según el espacio intergenésico.....	65
4.9 Resultados según controles prenatales.....	66
4.10 Resultados según las semanas gestacionales.....	67
4.11 Resultados según el tipo de aborto.....	68

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	69
5.2 Recomendaciones.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	72
LINCOGRAFÍA.....	74
ANEXOS	
Anexo 1 Presupuesto.....	77
Anexo 2 Cronograma.....	78
Anexo 3 Fotografías de Investigación.....	79
Anexo 4 Aprobación y designación de tutor de tesis.....	83
Anexo 5 Oficio para la autorización de recolección de datos.....	84
Anexo 6 Autorización del Hospital.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 2.1 El Aborto.....	16
Grafico 2.2 Aborto Incompleto.....	18
Grafico 2.3 Aborto Completo.....	20
Grafico 2.4 Aborto fallido, diferido o retenido.....	21
Grafico 2.5 Aborto Terapéutico.....	22
Grafico 2.6 Aborto Séptico.....	24
Grafico 2.7 Aborto Espontáneo o Natural.....	25
Grafico 2.8 Aborto Provocado o Inducido.....	27
Grafico 2.9 Aborto en Curso.....	28
Grafico 2.10 Amenaza de aborto.....	29
Grafico 2.11 Factores Psíquicos.....	35
Grafico 2.12 Hospital “San Luis de Otavalo”.....	43
Grafico 4.1 Resultados según la edad.....	57
Grafico 4.2 Resultados según la etnia.....	58
Grafico 4.3 Resultados según el estado civil.....	59
Grafico 4.4 Resultados según la escolaridad.....	60
Grafico 4.5 Resultados según la ocupación.....	61
Grafico 4.6 Resultados según las gestas.....	62
Grafico 4.7 Resultados según abortos.....	63
Grafico 4.8 Resultados según espacio intergenésico.....	64
Grafico 4.9 Resultados según controles prenatales.....	65
Grafico 4.10 Resultados según semanas de gestación.....	66
Grafico 4.11 Resultados según el tipo de aborto.....	67

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1 Tipo de aborto con signos y síntomas.....	36
Cuadro 3.1 Tabla poblacional de legrado mensual.....	52
Cuadro 4.1 Resultados según la edad.....	57
Cuadro 4.2 Resultados según la etnia.....	58
Cuadro 4.3 Resultados según el estado civil.....	59
Cuadro 4.4 Resultados según la escolaridad.....	60
Cuadro 4.5 Resultados según la ocupación.....	61
Cuadro 4.6 Resultados según las gestas.....	62
Cuadro 4.7 Resultados según abortos.....	63
Cuadro 4.8 Resultados según espacio intergenésico.....	64
Cuadro 4.9 Resultados según controles prenatales.....	65
Cuadro 4.10 Resultados según semanas de gestación.....	66
Cuadro 4.11 Resultados según el tipo de aborto.....	67

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se enfocó a las “Causas que determinan el aborto en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “San Luis de Otavalo”, ante este tipo de problema podemos considerar que se relaciona con factores familiares, sociales y económicos, y con el establecimiento de las principales variables se logra determinar que las causas del aborto se presentan principalmente por la falta de controles prenatales, factores maternos, fetales y psicológicos, educación, ocupación, número de gestas, entre otros que se analizan en la investigación. Cuando tenemos la presencia de un aborto podemos detectar a través de sus signos y síntomas, lo cuales se manifiestan con hemorragias, dolores abdominales, contracciones, presencia de liquido amniótico, útero sensible, entre otros. Es necesario diagnosticar a través de ecografías, valoración, exámenes el desarrollo del embarazo. El tratamiento dependerá del tipo de aborto que se presente, y el principal es la aplicación de un legrado instrumental cuando existe la presencia de restos embrionarios, fármacos y antibióticos, evaluación uterina con la ayuda de cuidados de enfermería. Por lo tanto se determina que para que se produzca un aborto se requiere la presencia diversos factores socio-económicos, psicológicos, laborales, biológicos como también controles médicos no realizados durante su gestación. El servicio de Gineco-obstetricia del hospital necesita establecer charlas educativas sobre los diferentes temas que permitan dar a conocer lo relacionado con problemas de salud que presenta la institución, estas charlas permitirán a las pacientes conocer información clara y concienciar una vida saludable durante su gestación. El estudio se enmarca en la metodología de tipo descriptiva-analítica, prospectiva y retrospectiva, para lo que se analizó a una población de 155 personas que adolecieron de esta patología, se hizo una revisión de las historias clínicas, partes diarios, libros y/o registros sobre el tema, encontrándose resultados que determinan condicionantes patológicos, psicológicos y sociales, se procesaron los resultados a través del uso de la estadística descriptiva, para lo cual se elaboran tablas y gráficos para luego realizar el análisis respectivo. Se establecen conclusiones y recomendaciones sobre el estudio y además se elaboró y difundió la guía sobre la prevención de abortos.

Palabras claves: aborto, prevención, espontáneo, signos, precauciones.

SUMMARY

The present work of investigation focuses on the " Reasons that determine the abortion in women attended in the service of Gineco-obstetrics of the hospital "San Luis of Otavalo", before this type of problem we can think that it relates to familiar, social and economic factors, and with the establishment of the principal variables it achieves to determine that the reasons before an abortion appear principally for the lack of prenatal controls, mother, foetal and psychological factors, education, occupation, number of exploits, between others that are analyzed in the investigation. When we have the presence of an abortion we can detect across his signs and symptoms, which demonstrate with hemorrhages, abdominal pains, contractions, he attends of amniotic liquid, sensitive uterus, between others. The development of the pregnancy is necessary to diagnose across ultrasound scans, valuation, examinations. The treatment will depend on the type of abortion that one presents, and the principal one is the application of an instrumental intervention when there exists the presence of embryonic remains, medicaments and antibiotics, uterine evaluation with the help of taken care of infirmary. Therefore one determines that in order that an abortion takes place the presence asks from itself diverse socio-economic, psychological, labor, biological factors as also medical controls not realized during his gestation. The service of Gineco-obstetrics of the hospital needs to establish educational chats on the different topics that allow to announce the related thing to problems of health that presents the institution, these chats will allow to the patients to know clear information and to arouse a healthy life during his gestation. The study places in the descriptive - analytical, market and retrospective methodology of type, for what was analyzed to a population of 155 persons who suffered from this pathology, there was done a review of the clinical histories, daily reports, books and / or records on the topic, they being proved that they determine determining pathological, psychological and social, the results were processed across the use of the descriptive statistics, for which tables and graphs are elaborated then to realize the respective analysis. Conclusions and recommendations are established on the study and in addition the guide was elaborated and spread on the prevention of abortions.

Key words: abortion, prevention, spontaneous, signs, precautions.

INTRODUCCIÓN

El aborto ha sido, es y será un tema controvertido sobre el cual se vierten multitud de opiniones; existen muchos puntos de vista pues son muchos los condicionantes y matices que lo hace un tema delicado que traspasa los límites de lo racional para adentrarse en lo emocional. El aborto ha sido prohibido o limitado en sociedades diversas, aunque los abortos continúan siendo comunes incluso donde la presión social o la ley se oponen a ellos.

Es determinante evidenciar que los procesos de aborto en el Hospital “San Luis de Otavalo” se dan y se seguirán dando debido a las problemáticas de salud, sociales y económicas que presentan un embarazo, cabe indicar que el problema en cuestión, constituye un medio favorable de información para aquellas mujeres que se encuentran en estado de gestación y que se requiere prevenir con la utilización o la aplicación de alternativas de solución. Por esto, hemos visto la necesidad de estructurar el proceso de investigación organizado, que consta de lo siguiente:

En el capítulo I, ya constituido el problema, sus objetivos generales y específicos, justificación y formulación del problema, nos adentramos al capítulo II, que concierne a la fundamentación teórica, basada en un marco conceptual de información tomando diferentes aspectos legal, social, científico y religioso sobre el tema investigado y el establecimiento de sus variables. El capítulo III con la determinación de la metodología, hace referencia al tipo y diseño de investigación, métodos, técnicas e instrumentos de investigación, con la determinación de la población a través de información en libros de legados realizados en la institución. El capítulo IV, analiza e interpreta los resultados después de haber realizado el respectivo diagnóstico de cada una de sus variables. El capítulo V, no es sino las conclusiones y recomendaciones, después de obtenido los

resultados estadísticos, y para finalizar el capítulo VI, con una de las tantas soluciones para la prevención del aborto en mujeres gestantes del sector, mediante la presentación de una guía de prevención que permita dar a conocer los posibles riesgos o consecuencias, cuando no se lleva un adecuado control prenatal a tiempo.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

El aborto a nivel mundial se considera como un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad, debido a las secuelas físicas y psicológicas; después de un aborto sea espontáneo o inducido, en ciertos países se realiza como un procedimiento legal en diversas situaciones, una de ellas es cuando se pone en riesgo la vida de la madre lo que se considera aborto terapéutico. Sin embargo en algunos países el aborto no está legalizado y es penado por la ley, y precisamente en estos la incidencia y mortalidad a causa del aborto va en aumento en los últimos años, ya que se realiza en forma clandestina y en condiciones muy precarias.

Según la OMS se realizan 46 millones de interrupciones de embarazo que se llevan a cabo anualmente en el mundo, aproximadamente un 60% se practican en condiciones seguras. La tasa de letalidad es apenas de 1 por 100 000 intervenciones (78, 84), es decir, menor que el riesgo asociado a los embarazos llevados a término en las mejores circunstancias posibles. Sin embargo, más de 18 millones de los abortos provocados cada año son practicados por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez.¹

En nuestra sociedad existe un sinnúmero de factores de riesgo que influye de manera en el aumento de casos de aborto, teniendo en cuenta

¹Organización Mundial de la Salud (2005) Datos de Aborto. http://www.who.int/whr/2005/05_chap3_es.pdf

como primera causa la inexperiencia sexual, sobretodo en la adolescencia.

Según el Diario el Comercio (2010): manifiesta que: “El 32,6% de las mujeres ecuatorianas ha experimentado algún aborto. Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica. La encuesta se efectuó con un universo de 13.349 hombres y mujeres de entre 18 y 55 años. En general en América Latina, el 29% de las mujeres ha tenido algún aborto. Al analizar por rangos de edad, en Ecuador, el grupo de mujeres que más declara que tuvo algún tipo de aborto se ubica entre los 30 y 55 años. Pero con un pico alto del 75%, desde los 41 a 45 años. Desde los 18 a 21 años, en cambio, solo se registra el 14,3% de mujeres que abortaron”²

Según ESAR (2007) dice: “En el Ecuador según la fundación educación para la salud reproductiva estiman que se realizan 95.000 abortos por año, de los cuales 200 son realizados de forma legal, y que cada día 260 mujeres deciden abortar de forma clandestina.”³

En los hospitales y lugares de salud de Imbabura existen diversas causas sobre el aborto, siendo un problema social latente en nuestra Provincia, casos que se presentan a diario en los diferentes centros de salud, que permitieron enfocarnos al problema en cuestión.

En el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “San Luis de Otavalo” acoge a un sinnúmero de mujeres que presentan diferentes tipos de abortos, ocasionando la interrupción de la reproducción del feto en el vientre de su madre. Tomándose como base de datos la experiencia real de quienes laboran y realizan estas intervenciones en la institución de salud, donde refleja datos de practicar 8 legrados por semana, con un promedio de 150 partos promedio en un mes. Debiendo considerar que no se hace distinción de etnias, sea mestiza o indígena es atendida de la mejor manera en el hospital.

²www.despenalización.org.ar/

³<http://www.fundacionesar.org/ESAR-en-Ecuador.html>

Este trabajo fue enfocado aquellas mujeres que de una u otra forma se practicaron un aborto como también a las que piensan en realizarse el mismo. El cual permitió fomentar una educación y formación a la población sobre su sexualidad, unido a planes globales y realistas de planificación familiar. Algunos de estos aspectos paradójicos fueron estudiados en este trabajo, tomando como eje la discrepancia del pensamiento en torno al rol de la sexualidad.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las causas que determinan el aborto en las mujeres atendidas en el servicio de Gineco–obstetricia del Hospital “San Luis de Otavalo” en el periodo octubre 2010 a agosto del 2011?

1.3 Justificación

La presente investigación se la realizó con el objeto de determinar cuáles son las principales causas por la que se da un aborto, haciendo hincapié en que una buena educación en mujeres en etapa reproductiva, pueda prevenir riesgos futuros, tomando en cuenta que el aborto es uno de los problemas sociales más importantes que aqueja nuestra sociedad, dónde el sector de la salud con los avances científicos y tecnológicos no logra disminuir estos casos, existiendo permanentemente peligros e intimidaciones que atentan con la salud y bienestar del ser humano.

“Está claro pues, que comienza una nueva vida humana en el instante mismo de la concepción. Esto no es ya solamente la posición mantenida durante miles de años por todas las principales religiones, ahora es un hecho científico probado y aceptado, que se usa constantemente en beneficio de la dignidad de los muertos, de los derechos de los inocentes y de la seguridad de la sociedad en general, excepto en el caso de los que están por nacer. Solamente a ellos se les

ha negado todos los maravillosos beneficios que se derivan de la ciencia, son seres humanos únicos e irremplazables, y el quitarles la vida es asesinato por definición.”⁴

Particularmente, en nuestro medio no se realizan estudios de este tipo; constituyéndose una realidad dónde la educación es un proceso en el cual el conocimiento que se tenga de las causas, los criterios, las actitudes y las tradiciones compartidas por los diálogos sobre sus necesidades educativas en salud, influyen de manera determinante sobre su eficacia; ya que al final, son las pláticas las que más profundizan sobre sus comportamientos, los factores que los determinan y las condiciones en las que ocurren los abortos.

También con el propósito de dar a conocer alternativas de solución que permita contrarrestar y superar las múltiples barreras existentes de este problema social al cual estamos inmersos y de quién somos partícipes directa o indirectamente. Por esta razón se consideró de gran importancia realizar la investigación, estableciendo una propuesta alternativa y efectiva, con la cual se espera obtener buenos resultados.

La utilidad de esta investigación es aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos, con el objetivo de concienciar a la mujeres que cuando se encuentran en periodo de gestación, es necesario tratarlo periódicamente con su médico y su tratamiento adecuado, de igual forma no permitir dañar la vida inocente por encontrarse en problemas familiares por lo contrario motivar a las personas a que esa luz puede traer mejor bienestar a su vida. Esta investigación beneficia principalmente a las mujeres, quienes piensan o tengan algún motivo de no culminar con su embarazo y como beneficiarios indirectos, podemos resaltar a la familia, la cual constituye el núcleo de nuestra sociedad.

⁴<http://www.aciprensa.com/aborto/aadn.htm>

En la sociedad se pretende justificar el aborto cuando el niño puede llegar hacer para su familia o su madre un peso social o económico demasiado gravoso. Al respecto opina PIO XI: "Lo que se suele aducir en favor de la indicación social, puede y debe tenerse en cuenta, con medios lícitos y honestos, dentro de los debidos límites pero querer proveer las necesidades en que aquella se funda por medio de la muerte de inocentes, escosa absurda y contraria al precepto divino", promulgando también por las palabras de un apóstol, "no hay que hacer el mal para que suceda el bien". En la mente de la gente que postula esto, se ha alterado completamente la jerarquía de los valores; para ella son más sagrados los bienes económicos o el propio derecho a la diversión, los pasatiempos y la comodidad que la vida de un nuevo hijo.⁵

El Hospital San Luis de Otavalo donde se realizó la investigación acoge a muchas mujeres con este tipo de problemas, por lo que se ha tomado como origen de estudio el servicio de Gineco – obstetricia, donde sus resultados favorecerán para que la propuesta a plantearse sea clara, precisa y oportuna evitando disminuir víctimas en este sector y prevenir posibles consecuencias.

Una de las formas de evitar que este problema siga su curso es la implementación de charlas o talleres a mujeres que acuden a este centro de salud, al igual que facilitar información a quienes asisten a los diferentes subcentros del sector, es decir tratar de cubrir a todas aquellas mujeres que sientan la necesidad de ayuda, para esto debemos contribuir cada uno para el buen desarrollo social y cultural.

⁵<http://www.monografias.com/trabajos/aborto2/aborto2.shtml>

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- ✓ Determinar las causas que conduce al aborto en mujeres que acuden al servicio de Gineco – obstetricia del Hospital “San Luis de Otavalo”.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Verificar el número de abortos y la edad de las mujeres que lo presentaron a través de una revisión de la casuística en el departamento de estadística del hospital.
- ✓ Revisión de historias clínicas, partes diarios, registro de abortos en el servicio de Gineco-obstetricia.
- ✓ Diseñar un instrumento que permita recolectar la información y codificar las variables de estudio y obtener las causas por las que se produjo un aborto.
- ✓ Elaborar una guía informativa sobre la prevención del aborto y las consecuencias que este provoca para difundirla a mujeres gestantes que acuden a la consulta externa del hospital.

1.5 Preguntas Directrices

- ✓ ¿Cómo verificar el número de abortos y la edad de las mujeres que presentaron esta patología?
- ✓ ¿Será posible acceder a las fuentes informativas como: historias clínicas, partes diarios, registros para verificar la información sobre abortos?
- ✓ ¿Cómo diseñar un instrumento que permita recolectar y verificar la información sobre las causas por las que se produce un aborto?
- ✓ ¿Dónde difundir la guía informativa sobre las causas del aborto?

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Desde su historia se conoce al aborto como una práctica milenaria. Se conoce que entre los asirios las mujeres que abortaban, sí se descubría eran castigadas. En el mundo antiguo griego y latino, ambas culturas patriarcales, el aborto era comúnmente practicado por los médicos, sobre todo en caso de embarazos extraconyugales.

En Grecia, era empleado para regular el tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas. En la antigua Roma el aborto estaba permitido, pues el derecho romano reconocía como el derecho a nacer (posponiendo, por ejemplo, las ejecuciones de mujeres embarazadas condenadas a muerte).

En las culturas matriarcales y en la céltica, donde la descendencia más importante era la materna, el aborto era dejado a discreción de la mujer. Generalmente no era practicado porque era considerado un insulto a las divinidades femeninas del renacimiento y de la fertilidad. Se suponía que rechazar una vida donada por la Diosa llevará mala suerte al clan, en cambio estaba permitido dejar morir a sus propios hijos, sobre todo si nacían con alguna deformación física.

En el siglo II d.C, se restringieron las prácticas abortivas con la afirmación del Cristianismo, se remontan las primeras leyes estatales contra el aborto, con el exilio de las mujeres que abortaban y la condena o el destierro de las personas que lo practicaban. La Iglesia Católica ha afirmado desde sus inicios (y hasta la fecha) que debe ser considerado

como persona. Sin embargo, el aborto y el infanticidio eran medios comunes para limitar la población.

En el siglo XVII muchos países del mundo promulgaron leyes que convertían el aborto en ilegal. A inicios del siglo XX se empezó a despenalizar el aborto en caso de peligro de la vida de la madre y para proteger su salud. Islandia fue el primer país occidental en legalizar el aborto terapéutico en ciertas circunstancias (1935). En los años 50 la mayoría de los países soviéticos legalizaron el aborto voluntario en el primer semestre de embarazo. Entre finales de los años 60 y principios de los 70, casi todos los países de Europa y Norteamérica, lograron despenalizarlo en el primer trimestre de embarazo y ampliar las circunstancias en que se permite practicarlo, gracias sobre todo a la revolución sexual y a las luchas feministas de esos años.⁶

Sabemos que el aborto es un problema que se presenta muy frecuentemente en nuestra sociedad, pero es necesario actuar con medidas preventivas cuando las mujeres se encuentran gestando a través de diagnósticos tempranos dónde se combate los factores de prevalencia, o cuando no desean tener hijos principalmente en edades muy tempranas, las cuales sufren el rechazo de sus familiares, dónde las principales causas por las que las afectadas practican estos abortos es por la falta de recursos económicos para su manutención, como también por el rechazo que sufren de la sociedad, otra razón pudiera ser también por el solo hecho de haber realizado algo indebido y no querer traer al mundo a la criatura engendrada, en fin. Hay diferentes tipos de abortos los cuales son legales e ilegales en algunos casos, estos abortos realizados clandestinamente por lo regular ocasionan desgracias irreparables, como lo es la muerte.

⁶ <http://www.nosotrasenred.org/aborto/historia.html>

2.2 Fundamentación

2.2.1 Legal

Dentro del Código Penal estipula leyes contra el aborto que se plasman en la Constitución Política del Ecuador donde señala lo siguiente:

TÍTULO VI DE LOS DELITOS CONTRA LAS PERSONAS

CAPÍTULO I DE LOS DELITOS CONTRA LA VIDA

Art. 441.- El que por alimentos, bebidas, medicamentos, violencias o cualquier otro medio hubiere, intencionalmente, hecho abortar a una mujer que no ha consentido en ello, será reprimido con tres a seis años de reclusión menor. Si los medios empleados no han tenido efecto, se reprimirá como tentativa.

Art. 442.- Cuando el aborto ha sido causado por violencias hechas voluntariamente, pero sin intención de causarlo, el culpado será reprimido con prisión de seis meses a dos años. Si las violencias han sido cometidas con premeditación o con conocimiento del estado de la mujer, la prisión será de uno a cinco años.

Art. 443.- El que por alimentos, bebidas, medicamentos o cualquier otro medio hubiere hecho abortar a una mujer que ha consentido en ello, será reprimido con prisión de dos a cinco años.

Art. 444.- La mujer que voluntariamente hubiere consentido en que se le haga abortar, o causare por sí misma el aborto, será reprimido con prisión de uno a cinco años. Si consintiere en que se le haga abortar o causare

por sí misma el aborto, para ocultar su deshonra, será reprimida con seis meses a dos años de prisión.

Art. 445.- Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer hubieren causado la muerte de ésta, el que los hubiere aplicado o indicado con dicho fin será reprimido con tres a seis años de reclusión menor, si la mujer ha consentido en el aborto; y con reclusión mayor de ocho a doce años, si la mujer no ha consentido.

Art. 446.- En los casos previstos por los artículos. 441, 443 y 445, si el culpado es médico, tocólogo, obstetra, practicante o farmacéutico, la pena de prisión será reemplazada con reclusión menor de tres a seis años; la de reclusión menor, con reclusión mayor de cuatro a ocho años; y la de reclusión mayor ordinaria con la extraordinaria de doce a dieciséis años.

Art. 447.- El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible:

1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,
2. Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.⁷

La decisión de abortar no depende del acceso al aborto que exista legalmente dentro de un país. La mujer que en el fondo no quiere abortar, cuando se le permite recapacitar con tranquilidad, generalmente toma la decisión de tener al hijo y se responsabiliza tanto de su maternidad como del futuro del niño. En cambio, si no se le da la oportunidad de pensar con tranquilidad puede ser que se precipite a un aborto del cual se arrepienta. Por otro lado, la mujer que desea profundamente abortar, hará todo lo que

⁷<http://www.miliarium.com/Paginas/Leyes/Internacional/Ecuador/General/cp.pdf>

esté en sus manos para inducirse un aborto, incluso poniendo a riesgo su vida.

Para quienes la defienden, la legalización del aborto abriría las puertas para que las mujeres reciban el apoyo psicológico, social, moral y aún económico que les permitiría tomar una decisión con mayor tranquilidad y con bases más claras. Así se reduciría, en vez de aumentar el número de abortos, porque dejarían de abortar aquellas mujeres que están inseguras y confundidas. Obviamente, para que funcione este sistema, debería asegurarse la consejería psicológica para todos los casos en que la mujer busque el aborto. En cambio, si el aborto no es legal, dicen, la mujer que se encuentra angustiada por su embarazo tendrá dificultades de buscar consejo y apoyo emocional y moral y, en medio de la confusión, puede más fácilmente buscar un aborto clandestino en el que encontrará una invitación para el aborto ya que implica una ganancia económica para quien lo practica. Por otro lado, la mujer que está dispuesta definitivamente a abortar, tendrá las seguridades médicas necesarias y no se pondrá en riesgo su vida.

Por otro lado, agregan, la legalización del aborto es una forma de reconocer el derecho de la madre por sobre el derecho del feto. Es decir, la ley estaría claramente definiendo al feto como un ser sin derechos legales. En este caso, el Estado tendría que especificar el momento en que el feto tiene derecho legal por sobre el derecho de la madre. En la mayoría de países que han legalizado el aborto voluntario, se especifica el derecho de la madre al aborto durante el primer trimestre de embarazo. Algunos países han postergado este derecho hasta el segundo trimestre de embarazo, es decir, hasta el punto en que el niño no puede sobrevivir por cuenta propia fuera de la madre.

2.2.2 Científica

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

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

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

En lo que se refiere a la inviabilidad fuera del útero, Janet di Pietro, de la Universidad Johns Hopkins, sostiene que no se debe sobrevalorar el momento del parto, y que las leyes deberían basarse en el reconocimiento de la existencia de un cerebro capaz de condicionar ciclos de vigilia y sueño antes del parto.

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

Recientemente se ha incorporado al debate bioético el concepto de "preembrión" con intención de diferenciar los primeros 14 días de desarrollo del "nasciturus" ("el que ha de nacer") del resto (es decir, durante la primera etapa de desarrollo prenatal). Aceptar el concepto de preembrión, suponiendo que éste no es un individuo biológico distinto a la madre, llevaría a una recalificación bioética de las intervenciones durante los primeros 14 días, ya sea por su eliminación en el microaborto o por su manipulación durante la investigación sobre sus células pluripotenciales o "células madre" (stemcells) en laboratorios de ingeniería genética. Por otro lado, están quienes consideran que "el término "preembrión" carece de fundamento científico y pretende justificar diferentes investigaciones en el embrión, sin que existan trabas éticas y legales". El concepto de "preembrión" tiene su origen en las investigaciones llevadas a cabo con cerdos por el embriólogo Washington en 1927, quien estudió el fenómeno

de la gemelación observando la placenta de cerdos hembra procedentes de mataderos. Después de mucho trabajo, no logró distinguir el proceso antes de los 20 días, y para no dejar la investigación detenida, propuso una hipótesis de trabajo y dibujó un esquema, que ha sido reelaborados varias veces, para completarlo de acuerdo con la imagen que nos dan los nuevos descubrimientos, pero que no ha sido contrastado empíricamente desde entonces. Los análisis de ADN supondrían una prueba en su contra, puesto que el ADN del supuesto pre-embrión, el del embrión, y el del mismo individuo una vez adulto, son el mismo.

2.3 El Aborto

Entre los más antiguos criterios científicos del aborto, se considera como tal, la interrupción del embarazo antes de 6º mes de gestación o sea, dentro de los dos primeros trimestres; de allí en adelante se considera parto prematuro. Sin embargo, en toda disciplina del hombre que usa criterios numéricos aplicados a hechos reales, los límites son imprecisos y habría casos en los cuales es difícil precisar el concepto, y esto no se puede olvidar.

El término o la palabra aborto, tiene señalada por lo menos dos o tres etimologías. La más frecuente dice que proviene de abortus o aborsus, que viene de abortior, que se opone a orior (nacer) y en consecuencia significa morir (prematuramente). También se dice que proviene de Ab (privación) y ortus (nacimiento). El común de la gente ignora (y lo



Gráfico 2.1

ignoraban algunos constituyentes) es que, aborto no es una entidad única, simple o de una sola modalidad, puesto que, existen muchísimas variedades, empezando por lo que antes se llamaba amenaza de aborto, hoy se prefiere embarazo amenazado, aborto en evolución, aborto inminente, aborto completo, aborto

incompleto, aborto séptico, aborto criminal, aborto terapéutico (hoy no admitido el término) o, ya en el derecho, aborto legal o ilegal, etc.

2.3.1 Definición

“Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.”⁸

El aborto puede ser inducido de muchas maneras, y la elección depende del tiempo de gestación o desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el acceso a los servicios médicos, y de los límites puestos por la legislación, entre otros factores.

2.3.2 Meses de mayor riesgo

Es necesario que el período de embarazo se lo divida en tres trimestres, por lo tanto diremos que el primer trimestre es el de mayor riesgo para presentarse un aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico). Debe evitar los viajes aéreos largos a partir del séptimo mes de gestación.

Durante todo el embarazo la mujer debe cuidarse mucho, pero especialmente en el primer trimestre, ya que es durante ese período en el cual el bebé desarrolla todo su cuerpecito, los otros 2 trimestres son más bien de crecimiento. Evitar licores, cigarrillos (evitar lugares donde se vea expuesta a este humo) y drogas, si se poseen gatos deshacerse de ellos, al menos durante el embarazo, ya que pueden producir una enfermedad, que puede ocasionar algún tipo de retraso mental en el bebé, o algún padecimiento cerebral u ocular. Durante todo el

⁸<http://es.scribd.com/doc/19207818/Componente-Normativo-Materno>

embarazo se debe mantener una muy buena alimentación (pero no comer por dos personas gran error, solo comer balanceadamente y de manera que deje a la mujer satisfecha), es importante también tomar algún suplemento vitamínico y no hay que dejar de hacer cosas que gusten mucho. Incluso se pueden realizar actividades físicas de baja intensidad, eso ayudará a que cuando nazca el bebe se le haga más fácil a la madre recuperar la figura que tenía antes del embarazo e incluso facilita el parto.⁹

Puedes perder al bebe en cualquier mes, pero los tres primeros meses son dónde debes tener muchísimo más cuidado, ya que puede que aún no esté bien implantado y con un esfuerzo, un golpe o cargar cosas pesadas puedes abortar. Después del tercer mes es menos probable, más no imposible, ya después de los seis meses, ya no lo pierdes, más bien tendrías un parto prematuro. Cuidarse es lo más importante, no hacer esfuerzos, estar tranquila y los resultados verán cómo llega el noveno mes. Es importante cuidarse de igual forma en la alimentación y realizando actividad física no muy forzada, esto permitirá que el parto se desarrolle de mejor manera, permitiendo culminar con menos esfuerzos. Toda mujer con un embarazo que curse sin complicaciones debe tener un mínimo 5 controles y optimo 12 controles prenatales, aunque cada caso requiere la adecuación del número de visitas; así, un embarazo de alto riesgo requerirá mayor control que una embarazada sin complicaciones.

2.3.3 Clases

2.3.3.1 Aborto Incompleto

Un aborto incompleto, es la expulsión parcial del producto de la concepción, en la que quedaron restos dentro de la cavidad uterina tales como membranas ovulares o restos placentarios, por lo cual amerita su posterior tratamiento con un legrado uterino.¹⁰

Gráfico 2.2

⁹<http://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20091107094750AAzR512>

¹⁰ <http://www.embarazada.com/DetallePregunta.asp?Pregunta=9698&QAva=6&Tipo=27>

Se considera un aborto incompleto cuando existe una separación del producto de la concepción antes de un nivel de maduración, sin la cual no puede ser viable. Este tiempo



corresponde a las 22 semanas completas es decir a 154 días completos, o cuando el feto no supera los 500 gramos de peso. Este tipo de aborto puede presentarse espontáneamente o provocado, siendo incompleto si la evacuación es parcial, quedando en el interior del útero restos ovulares y/o membranas. Los síntomas típicos de esta afección son, entre otros, sangrado vaginal y cólico en la parte baja del abdomen.

El diagnóstico clínico de aborto incompletos establece cuando luego de la expulsión de material ovular se observa la persistencia de metrorragia, canal cervical permeable y dolor, un examen ecográfico permite confirmar el diagnóstico. Es una grave preocupación de salud pública y su falta de tratamiento adecuado puede provocar alta morbilidad e incluso muerte. El principal peligro del aborto incompleto no infectado es el shock hipovolémico seguido de muerte en casos de hemorragias profusas.

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

El manejo quirúrgico de la evacuación uterina, luego de un aborto incompleto, especialmente usando curetaje y anestesia general, no está exento de complicaciones y fracasos; además, consume importantes insumos hospitalarios, con un alto costo económico para el sector público.

En la mayoría de los casos, se lleva a cabo un procedimiento quirúrgico llamado legrado para retirar el material remanente del útero. El objetivo de este tratamiento es prevenir el sangrado prolongado o la infección uterinas.

2.3.3.2 Aborto Completo

Se considera aborto completo cuando todos los productos de la concepción fueron expulsados, el dolor está ausente, el sangramiento es escaso y el cuello uterino se ha cerrado nuevamente.¹¹

Se dice que hay aborto completo cuando existe la expulsión del feto, la placenta y las membranas, usualmente no se necesita tratamiento, pero conviene realizar un ultrasonido para verificar si restos ovulares permanecen



Gráfico 2.3

dentro del útero. Se le debe comunicar a la paciente que si aparece fiebre o sangrado vaginal pudiera deberse a retención de restos. En otras palabras ocurre cuando la mujer da a luz un feto no viable. Durante un aborto espontáneo completo, el cuerpo de la mujer expulsa todo el tejido, y los síntomas incluyen el desalojo de todo el tejido y el cierre de la cérvix.

Esta sucede cuando la gestación es menor de 8 semanas y el tejido placentario no tiene fijación compacta a través de las vellosidades, permitiendo sospechar un diagnóstico de aborto completo cuando existe desaparición del dolor hipogástrico y la escasa hemorragia, sumados a

¹¹<http://schulerhugo.tripod.com/aborto.html>

los hallazgos del examen pélvico tales como cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y contraído.

2.3.3.3 Aborto fallido, diferido o retenido

El aborto fallido ocurre cuando el feto muere pero se retiene en el útero cuatro o más semanas. Después de seis semanas en el útero puede presentarse el síndrome de feto muerto con coagulación intravascular diseminada, hipofibrinogenemia progresiva y posible hemorragia masiva cuando finalmente ocurre el parto. Los abortos fallidos suelen terminar como abortos tardíos, en consecuencias son difíciles de tratar.¹²

Se puede decir que este tipo de aborto ocurre cuando el cuerpo de la mujer no expulsa el feto muerto. Los abortos fallidos pueden pasar sin ser detectados por varias semanas. Las señales pueden incluir falta de síntomas de embarazo, aunque, debido a los niveles elevados de hormonas, algunas mujeres pueden sufrir un aborto fallido y sentir al mismo tiempo síntomas propios del embarazo. Si la paciente no es atendida a tiempo puede provocarse muchos dolores, sangrado, infección y hasta la muerte si no se trata con la debida atención. Es conveniente cuando se está gestando realizar controles permanentes, para detectar cualquier anomalía.

Gráfico 2.4



2.3.3.4 Aborto Terapéutico

Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre- El ACOG lo considera en caso morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.¹³

¹²<http://www.monografias.com/trabajos47/aborto/aborto2.shtml>

¹³Normas y Protocolos – Materno Infantil.

Este tipo de aborto es el más común, existen muchas formas para su efecto y la elección depende del tiempo de desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto socio-económico en el que se tome la decisión y se realice el acto, y de los límites puestos por la legislación, entre muchos otros factores.



Existen complicaciones frecuentes como es la pérdida excesiva de sangre, al igual que la perforación e infección uterina y la presencia de un aborto incompleto. Éstas ocurren muy rara vez cuando el procedimiento lo realiza legalmente un médico competente, en instalaciones adecuadas para tal fin. Es posible que las mujeres jóvenes no se den cuenta de que están embarazadas hasta el segundo trimestre, lo cual podría incrementar el riesgo que implica para sus vidas un aborto en esa etapa de la gestación. Las infecciones resultantes de este procedimiento se presentan más comúnmente en mujeres que presentan infecciones.

El aborto terapéutico es justificado con razones médicas, entre ellas tenemos las siguientes:

- ✓ Para salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida.
- ✓ Para salvar la salud física o mental de la madre, cuando éstas están amenazadas por el embarazo o por el parto.
- ✓ Para evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o que le condena a padecimientos o discapacidades muy graves.

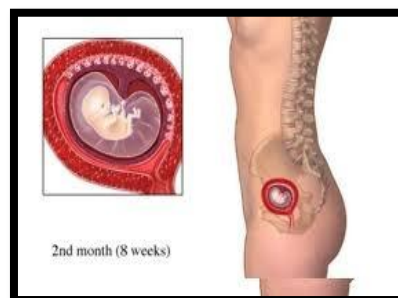
2.3.3.5 Aborto Séptico

Es aquel aborto donde la infección se ha propagado por vía linfática, hemática y/o canalicular, o bien existe exotoxemia, con diseminación a distancia o por contigüidad, comprometiendo de esta manera la estructura y función de otros parénquimas. Clínicamente pueden observarse signos locales o regionales de infección como pelviperitonitis, peritonitis difusa, tromboflebitis pelviana y/o signos de diseminación de los microorganismos o sustoxinas, alteraciones hemodinámicas, hígado, pulmón y riñón de sepsis, trastornos de la coagulación, encefalopatía, hemorragia digestiva). La activación de los mediadores inflamatorios son los que provocan, dentro un gran espectro de consecuencias nefastas, hemólisis y el grave cuadro de shock, con la posibilidad de evolucionar al SIMO¹⁴, cuadro que encierra una altísima mortalidad.¹⁵

Llamamos aborto séptico a aquel aborto espontáneo o provocado que sufre una complicación infecciosa y progresiva, con un cuadro de sepsis con todo su cortejo signo-sintomático y fundamentalmente con las alteraciones hemodinámicas típicas de la sepsis. La infección normalmente empieza como endometritis, involucra el endometrio e infecta a los productos retenidos de concepción. La sepsis por aborto se presenta con un gran compromiso general, metrorragia y fiebre, leucocitosis, a veces loquios fétidos. En su forma más grave hay participación de órganos distintos al ginecológico, constituyendo un espectro amplio de patología infectológica, es por ello que consideramos útil, desde un punto de vista descriptivo y didáctico, considerar al aborto según su grado de afectación.

Este aborto se ha definido como el aborto asociado con una infección y complicaciones como fiebre, endometritis (infección e inflamación de la membrana que recubre

Gráfico 2.6



¹⁴Síndrome de Insuficiencia de Múltiples Órganos

¹⁵http://www.smiba.org.ar/revista/smiba_03/aborto2.htm

internamente el útero: endometrio) y posiblemente shock séptico. Es un asesino importante de mujeres en todo el mundo, sobre todo en lugares donde el aborto es ilegal o no se consume fácilmente. El riesgo de sepsis post aborto es más elevado en mujeres jóvenes solteras y se presenta con más frecuencia cuando el producto de la concepción no se evacua por completo de la cavidad uterina.

La prevención del aborto séptico incluye métodos eficaces y aplicables de anticoncepción y la realización de un aborto médico y seguro, siempre y cuando el embrión se encuentre sin vida. Se incluye como profilaxis antibióticos en el momento del aborto.

Durante la semana que sigue al aborto, las pacientes con aborto séptico presentan síntomas como fiebre, sangrado vaginal y dolor abdominal bajo. Las pacientes suelen presentar aún dentro del útero productos de la concepción, haciendo que la observación sea un enfoque incorrecto del tratamiento. El mejor tratamiento, es el legrado uterino inmediato. La ecografía vaginal ayuda en el diagnóstico, pero no es 100 % definitiva del problema. De existir una perforación uterina con lesión de intestino, esta puede ponerse en evidencia por la peritonitis. Una mejor prevención es aminorar el daño causado por la enfermedad y reducir la incapacidad que pueda provocar. Lo ideal es intentar evitar la extirpación del útero y prevenir un shock séptico.

2.3.3.6 Aborto Espontáneo o Natural

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (las pérdidas de fetos después de esa semana se denominan partos prematuros). Un aborto espontáneo también se denomina "aborto natural" y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente y no a abortos terapéuticos o abortos quirúrgicos.¹⁶

¹⁶<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001488.htm>

Se tiene presente que la mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. Por lo regular, estos problemas no tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Gráfico 2.7



Otras causas posibles de aborto espontáneo puede ser por drogadicción, alcoholismo, exposición a toxinas ambientales, problemas hormonales, infección, problemas físicos de los órganos reproductores de la madre, enfermedades graves de la madre. Se calcula que hasta la mitad del total de los óvulos fecundados mueren y se pierden (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.

El riesgo para que se ocasione este tipo de aborto es más alto en mujeres de mayor edad o mujeres que hayan presentado abortos espontáneos en embarazos anteriores. Dentro de los síntomas podemos ver un dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico, coágulos que sale de la vagina, al igual de sangrado vaginal acompañados o no de cólicos abdominales.

2.3.3.7 Aborto Provocado o Inducido

El aborto provocado o inducido es la interrupción de un embarazo provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica. Es un tema de grandes debates, ya que en él están en juego muchos factores éticos, morales, sociales y hasta religiosos; ya sea para la mujer o la pareja que no quieren o no pueden vivir dicho embarazo, como para la vida que se gesta en el vientre de la madre. Cada país tiene sus leyes respecto al aborto inducido. En algunos países es legal interrumpir un embarazo si este

pone en riesgo la vida de la madre, si el feto presenta malformaciones congénitas graves e irreversibles o embarazos por relaciones sexuales forzadas. En otros países todos los abortos son legales.¹⁷

Dentro de nuestra sociedad ocurren miles de embarazos no deseados o sorpresivos, con todas las implicaciones que esto tiene a nivel integral. Por otro lado también se presentan muertes maternas que se registran cada año por abortos clandestinos y el dato puede ser mucho mayor, porque en muchos países está prohibido, y los registros obviamente no son nada confiables. El principal problema del aborto clandestino es que es realizado generalmente por médicos no especialistas, bajo condiciones de higiene lamentables, sin ninguna garantía ya que se realizan de forma oculta e ilegal en la mayoría y con técnicas de todo tipo que ocasionan severos daños a las mujeres y hasta la pérdida de vidas.

Este tipo de aborto provocado son aquellos donde se induce premeditadamente el cese del embarazo; según la época de gestación, el aborto puede ser ovular, embrionario o fetal, este se lo realiza, bien matando al hijo en el seno materno o bien forzando artificialmente su expulsión para que muera en el exterior. En cambio que el aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina, de acuerdo al periodo de gestación se realiza o se emplea algún tipo de intervención quirúrgica.



Gráfico 2.8

Es necesario conocer que técnicas son utilizadas para que se dé un aborto provocado o inducido:

¹⁷<http://embarazo10.com/2007/12/17/aborto-inducido-o-provocado-causas-procedimientos-y-possibles-consecuencias/>

- ✓ El envenenamiento del bebé y consiste en extraer el líquido amniótico introduciendo una aguja larga a través del abdomen de la madre, se inyecta una solución salina que ocasiona la muerte del bebé por envenenamiento, deshidratación, hemorragia cerebral, quemaduras y otros daños y unas horas muere, empieza el trabajo de parto y lo expulsa, pudiendo también tener severos daños en el útero.
- ✓ Por succión, que es el método más utilizado y consiste en introducir en el útero un tubo con el borde afilado que succiona con gran potencia el cuerpo del bebé que se va despedazando.
- ✓ Por dilatación y curetaje, método que utiliza una cureta o cuchillo que tiene cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz.
- ✓ Por cesárea, en la que se corta el tejido del vientre, se extrae en bebé y se corta el cordón umbilical dejando que el bebé muera.
- ✓ Uso de fármacos y hierbas abortivas, que provocan partos prematuros o evitan la producción de hormonas lo que priva de alimento al bebé, pero ponen en grave riesgo también la vida de la madre, que aborta después de varios días de dolorosas contracciones.

2.3.3.8 Aborto en Curso

Se define como aborto en curso al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento, dilatación cervical y sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o revisión uterina.¹⁸

¹⁸<http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>

Es tipo de aborto se da cuando se presenta aumento progresivo del dolor, contracciones o hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas. Este aborto es uno de los más comunes en los centros de salud, debido a que las mujeres presentan cuadros clínicos donde el sangrado es más abundante, dilatándose el cuello uterino, podemos observar restos ovulares en el canal cervical.

Gráfico 2.9



2.3.3.9 Amenaza de aborto

Consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.¹⁹

Para este tipo de amenaza se requiere un tratamiento, que consiste en un reposo absoluto de la paciente en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente. También se utiliza analgésicos para aliviar el dolor. En los embarazos tempranos es importante puntualizar el

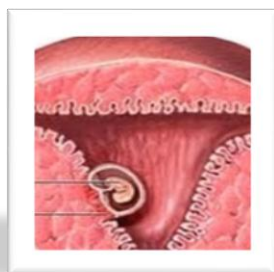


Gráfico 2.10

pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. En los casos de embrión vivo pueden observarse zonas de desprendimiento o sangrado, sacos de implantación baja. Si de manera inequívoca no se detecta

¹⁹<http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>

embrión debe proceder a la evacuación, mediante dilatación cervical y legrado uterino.

Si en la ecografía se detectan movimientos cardíacos o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continua su curso. Una gran mayoría de los casos evoluciona hacia el aborto presentando diferentes tipos de aborto como son: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo.

2.3.4 Factores

Dentro de los principales factores encontramos los siguientes dentro del proceso del aborto:

- ✓ Factores fetales
- ✓ Factores Maternos
- ✓ Factores Inmunológicos
- ✓ Factores Psíquicos

2.3.4.1 Factores Fetales

El hallazgo morfológico más frecuente en abortos precoces espontáneos es una anomalía del desarrollo del cigoto, el embrión, el feto temprano y a veces la placenta.²⁰

Se ha podido comprobar que existe un creciente número de agentes que permiten que se den estas anomalías en los embriones, entre los que se incluyen virus, radiaciones y sustancias químicas, inducen anomalías estructurales en los cromosomas tales como roturas, fragmentos decéntricos y anillos se han encontrado alteraciones similares en varias enfermedades genéticas, así como en la leucemia y en otras entidades malignas.

²⁰<http://html.rincondelvago.com/el-aborto.html>

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

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

Los factores fetales se relacionan con la patología del cigoto fecundado, con diversas anomalías localizadas en el embrión y el alojamiento de la placenta. Las variaciones cromosómicas son las más frecuentes y las tres quintas partes están representadas por trisomías, triploidea y monosomía. La incidencia de las anomalías cromosómicas es mayor al comienzo del embarazo. A partir de esto podemos determinar los siguientes tipos de abortos:

Aborto aneuploide.-Se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anomalías cromosómicas; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna. Menos de 10% fue error en la fertilización y división cigótica. Son mal formaciones frecuentes en los embriones y fetos iniciales y son responsables de la mayor parte de abortos tempranos, mal formación cromosómica del producto de la concepción.

Trisomía: es la alteración más frecuente, y es resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma, siendo más común en el 13, 16, 18, 21 y 22. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.

Monosomía: anomalía cromosómica más común compatible con la vida un 70% termina en aborto y 30% llega a término.

Triploidía: Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma. La triploidía puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide, o falla en la meiosis del huevo en la cual el primero o el segundo cuerpo polar son retenidos.

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

- ✓ Factores poligénicos
- ✓ Factores maternos
- ✓ Probables factores paternos.

2.3.4.2 Factores Maternos

Entre estos factores se dan los problemas hormonales, infecciones, diabetes, enfermedad tiroidea, lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de aborto en la primera etapa del embarazo, entre el principal está la edad. En algunos casos, el tratamiento de estos trastornos antes y durante el embarazo logra prevenir el aborto.

- ✓ *Infecciones:* causadas por microorganismos tales como *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*.
- ✓ *Enfermedades crónicas:* como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.
- ✓ *Endocrinas:* hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico.
- ✓ *Nutrición:* la desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.²¹

2.3.4.3 Factores Inmunológicos

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

La reproducción involucra a progenitores genéticamente diferentes de una misma especie, a dichas diferencias se las denomina aloinmunes, por ello el embarazo es un modelo único de injerto natural. Esto determina que el embrión, el feto y trofoblasto sean blancos inmunológicos naturales

²¹

<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%ADAs%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GUIA%2011.%20%20ATENCIÓN%20DEL%20ABORTO.pdf>

para el sistema inmune materno, debido a aquellos productos de genes heredados del padre y antígenos específicos de tejido de diferenciación.

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

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

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

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

2.3.4.4 Factores Psíquicos

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

La estimulación psíquica, consciente o inconsciente, activa una parte del hipotálamo que puede originar alteraciones hormonales que interfieren en la síntesis de progesterona, la hormona que favorece la implantación del embrión en el útero, y que dan lugar



Gráfico 2.11

a la liberación de oxitocina, la hormona que causa las contracciones uterinas de expulsión.

Existen algunos factores psicológicos desencadenantes del aborto. Por ejemplo, el pavor de bombardeos durante una guerra, etc. Donde la relación causa-efecto entre los factores emocionales y la interrupción

involuntaria del embarazo queda reflejada en éxitos obtenidos con terapia de apoyo psicológico en mujeres con historia previa de aborto de origen desconocido.

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

2.3.5 Signos y Síntomas

Dentro de los signos y síntomas que presentan generalmente durante un aborto, podemos enumerar los siguientes:

- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Hemorragia vaginal
- ✓ Contracciones uterinas
- ✓ Pérdida del líquido amniótico
- ✓ Cérvix permeable
- ✓ Útero sensible al tacto
- ✓ Amenorrea
- ✓ Expulsión de coágulos

Estos signos y síntomas variaran de acuerdo al progreso del embarazo, a la etapa de gestación. Por lo tanto cada clase de aborto señala diferente diagnóstico, donde se valora de acuerdo a la siguiente tabla:

Cuadro 2.1 Tipo de Aborto – Signos y Síntomas

TIPO DE ABORTO	HEMORRAGIA	DOLOR UTERINO	EXPULSIÓN DE TEJIDOS	ORIFICIO CERVICAL INTERNO	TAMAÑO DEL ÚTERO (Durac. /embar?)
INCOMPLETO	Profuso y fuerte	Intenso	Si	Abierto con tejido	Más pequeño de lo esperado
COMPLETO	Escaso, leve	Leve	Si	Cerrado	Más pequeño de lo esperado
DIFERIDO	No presenta nada	no	no	Cerrado	Más pequeño de lo esperado
SÉPTICO	Fétida, varia	varia	varia	Abierto	Con dolor
EN CURSO	Leve	Leve	no	Cerrado	De acuerdo con la duración del embarazo

Fuente: Enfermería Materno Infantil Ed. 6

2.3.6 Complicaciones

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

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

Hemorragias.- Las mujeres que abortan pueden necesitar de transfusiones, pues en el aborto quirúrgico hay considerable pérdida de sangre. Pocas clínicas de aborto disponen de recursos para evitar esa

complicación. Se requiere controles médicos estrictos para seguir los casos de excesiva pérdida de sangre. Debe recordarse además que las transfusiones pueden ocasionar infecciones a veces muy graves como el SIDA.

Infecciones.- Si los restos del bebé descuartizado permanecieran dentro del útero o si el acto quirúrgico fuese realizado sin la necesaria asepsia, la mujer está sujeta a serios riesgos de infección tubercia, la cual podría provocar esterilidad, lesión de cuello uterino; los instrumentos utilizados durante el aborto para dilatar el cuello uterino pueden causar lesiones, produciendo posteriores partos prematuros e incluso abortos espontáneos.

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

Perforación de intestino.- Si se perfora el útero, se corre el riesgo de que el intestino también sea alcanzado por algún instrumento de aborto, requiriéndose entonces la extracción quirúrgica de la parte lesionada.

Entre las complicaciones tardías provocadas por el aborto se pueden dar las siguientes, donde la mujer que aborta queda sujeta a las siguientes secuelas futuras:

Criaturas que nacen muertas o defectuosas.- Las mujeres con sangre Rh- negativa que no recibieron el antídoto (inmunoglobulina anti Rh) quedan expuestas a reacciones a la sangre Rh-positiva y sus futuros hijos corren el riesgo de sufrir una excesiva destrucción de glóbulos rojos (hemólisis), lo cual puede provocarle al recién nacido la grave enfermedad hemolítica.

Predisposición a abortos espontáneos.- Las mujeres que abortan corren el riesgo de sufrir abortos espontáneos en una proporción 35% mayor al de aquellas que nunca abortaron.

Dolencia inflamatoria de pelvis.- Es una complicación muy común de los abortos provocados. Puede, a su vez, causar abortos espontáneos, esterilidad y dolores pélvicos crónicos.

Problemas para la gravidez.- Las mujeres que han abortado experimentan con frecuencia complicaciones en partos posteriores.

Partos prematuros.- Después de varios abortos, aumentan dos o tres veces los riesgos de partos prematuros.

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

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

2.3.7 Tratamiento

En aborto inevitable el tratamiento se da cuando el útero generalmente expulsa el contenido, pero a veces, algunos restos pudieran quedar dentro de útero y se hace necesario el curetaje o la aspiración.

En Amenaza de aborto el tratamiento es diagnosticar rápidamente la presencia del embrión y su latido cardiaco, esto comienza a detectarse a partir de la semana 7. Si a la semana 8 aparece un saco gestacional vacío es muy probable que termine en aborto. El ultrasonido va a distinguir si el embarazo esta dentro o fuera del útero (embarazo ectópico), o revelará la presencia de un embarazo gemelar, en muchos casos la amenaza de aborto se debe a la pérdida de un saco y el pronóstico del saco que queda es bueno. Se aconseja reposo en cama y prohibir las relaciones sexuales. Algunos obstetras utilizan hormonas (progesterona) como tratamiento de apoyo durante el reposo.

En el aborto completo no se necesita tratamiento, pero conviene realizar un ultrasonido para verificar restos ovulares dentro del útero. Se le debe avisar a la paciente que si aparece fiebre o sangramiento pudiera deberse a retención de restos y debe notificar de inmediato a su obstetra. Recordar siempre que todas las pacientes con RH negativo no sensibilizadas, deben ser vacunadas con Inmunoglobulina Anti RH (Rhogam) para evitar la sensibilización RH.

En el aborto incompleto los riesgos fundamentales de la retención de productos de la concepción son: sangrado vaginal e infección, por lo tanto en ese sentido debe dirigirse el tratamiento. Una vez hecho el diagnóstico la paciente debe ser admitida al hospital para vaciar el útero mediante un legrado instrumental o curetaje endouterino y si hay sospechas de infección comenzar con la terapia antimicrobiana adecuada.

En el aborto séptico, todas las pacientes con aborto séptico deben ser hospitalizadas. En el momento del ingreso se toman muestras para cultivo de la secreción endocervical y hemocultivo. Se inicia tratamiento antimicrobiano con antibióticos de amplio espectro que cubran también gran negativos. Después de 12 horas de impregnación del antibiótico se realiza legrado uterino mediante succión o curetaje con cureta roma, teniendo especial cuidado en no perforar el útero, ya que el útero séptico es muy friable. En algunos casos de evolución tórpida o si se sospecha de gangrena uterina debe realizarse histerectomía con el fin de salvar la vida de la paciente. Todos los casos de shock séptico deben ser manejados en una unidad de cuidados intensivos.

El tratamiento se dará dependiendo del aborto que se ha realizado, esto permitirá que no sucedan posibles riesgos posteriores.

2.3.8 Aspectos

2.3.8.1 Aspectos Sociales

En el aborto coinciden todas las ramas de la sociedad, del estado de organizaciones religiosas y políticas que tienen su posición definida con respecto al aborto. Aspectos sociales con los que se tiene que lidiar serían por ejemplo la opinión pública, la carga que la sociedad va a tener con ese hijo no deseado que después la misma sociedad lo convertirá en un delincuente o mala persona, el aspecto demográfico será un problema subsiguiente que trae la prohibición de un aborto. Sin embargo los aspectos económicos están íntimamente relacionados con los sociales, pues el aborto es justificable argumentando que la madre no tendrá los suficientes recursos económicos para llevar una vida digna al lado de su hijo, o cuando es un adolescente y los prejuicios sociales critican a la madre soltera además de que no tiene la suficiente madurez para educar a su hijo como se debiera.

La miseria, la ignorancia son problemas sociales que la sociedad sigue engendrando, y con la penalización del aborto, se protege una sobrepoblación que causará falta de viviendas, más miseria, delincuencia, en fin. Organizaciones que han manifestado una clara lucha en contra del aborto en cualquiera de sus manifestaciones, causas y argumentos en pro de este. La Iglesia Católica ha implicado un papel sumamente drástico en la legislación del país en materia de aborto, considerando que es fácil suponer que el clero ejerce presión sobre la población y el estado al estar condenando el aborto, defendiendo para ellos el derecho de la vida. Prefieren niños con hambre que un preservativo, y mucho menos un aborto.

En la medida de la insistencia en la necesaria despenalización del aborto por parte de las mujeres y de las mentes laicas, con el lema de que la vida comienza en el momento de la concepción y que el aborto es un crimen fortalece y amplía sus campañas de condena. Ante todas estas campañas de miedo y culpa, me parece importante reiterar que la idea de que el aborto es un crimen no resiste un análisis lógico, científico y ni siquiera teológico, pues existe diversidad de criterios a nivel mundial sobre el tema.

2.3.8.2 Psicológicos

Dentro de los aspectos psicológicos después de haberse producido un aborto, son los que acompañan a la madre por el resto de su vida, puede atenuarse si se encuentra una orientación positiva. Por lo general a este tipo de pacientes no se les informa acerca de los posibles efectos que pueden arrastrar como secuela, para el resto de sus vidas.

Por lo tanto encontramos un Síndrome Post Aborto, que se ha identificado como un patrón de problemas psicológicos, en aquellas mujeres que ha pasado por un aborto lo recuerdan con un dolor terrible en su corazón. Se sienten frustradas porque fallaron ante el más natural de

los procesos humanos: el rol de ser madre. Son efectos que pueden durar años en salir a luz, en escapar del interior de la mujer para pedir auxilio. Entre algunos síntomas se encuentran:

Trastornos psicopatológicos

- ✓ Depresión
- ✓ Angustia
- ✓ Neurosis

Fármaco dependencia

- ✓ Alcoholismo
- ✓ Drogadicción

Desórdenes en las relaciones inter-personales

- ✓ Divorcio
- ✓ Tendencia al Suicidio
- ✓ Problemas sexuales
- ✓ Problemas de autoestima

2.3.8.3 Aspectos Religiosos

El Catecismo de la Iglesia Católica, que en su párrafo dice así: "La iglesia ha enseñado el mal moral de todo aborto provocado. Esta doctrina no ha cambiado y permanece inmutable. El aborto directo, es decir, aquél que se procura como un medio o como un fin es gravemente contrario a la ley moral... El aborto y el infanticidio son crímenes abominables." En cuanto a la pena, dice así: " La cooperación formal a un aborto constituye una falta grave. La Iglesia sanciona con pena canónica de excomunión este delito contra la vida humana. "Quien procura un aborto, si este se produce, incurre en excomunión lataesententiae", es decir, automática.²²

Desde mucho tiempo atrás hasta la actualidad se manifiestan y se manifestarán las iglesias donde declaran su posición frente al aborto en

²² Las religiones ante el aborto - [www.unidosporlavida.org/...](http://www.unidosporlavida.org/)

forma clara. La más fuerte posición contra el aborto han sido organizaciones cuyos líderes provienen principalmente de la Iglesia Católica. Otras Iglesias también han manifestado e intervenido en una posición contra el aborto (Judíos, Protestantes Evangélicos, Mormones). El principio fundamental en el que creen estas iglesias es que la vida comienza al momento de la concepción y, por lo tanto, el feto es digno de derechos y protección. Para estos grupos, una meta importante es revertir o detener las leyes que legalizan el aborto. Sin embargo, dentro de estos mismos grupos, hay quienes no están de acuerdo con las posiciones oficiales de la Iglesia. Por ejemplo, dentro de la Iglesia Católica, hay grupos que en la actualidad defienden el aborto durante el primer trimestre. No siempre se precisó que el alma comienza desde la concepción. Por esto, algunos católicos argumentan que la posición de la Iglesia Católica podría cambiar para tomar en cuenta las necesidades y preocupaciones de los grupos a favor de la legalización del aborto voluntario. Además, con excepción de la Iglesia Católica, la mayoría de Iglesias que tienen una posición aceptan el aborto en casos excepcionales como cuando la vida de la madre está en riesgo de muerte. Consideran que la definición del momento en que la vida humana se inicia es una cuestión que no está establecida. Por lo tanto, creen que se debe permitir a la mujer ejercer su libertad personal y seguir sus creencias morales y religiosas. También consideran que el bienestar de la mujer es una prioridad sobre el bienestar del niño y creen que la legalización del aborto asegura la salud de la mujer. Como también consideran que el aborto es una opción en circunstancias especiales y que, por tanto, no debe ser usado como un método ordinario de planificación familiar.

2.4 Hospital “San Luis de Otavalo”

El Hospital “San Luis de Otavalo” es considerado como hospital básico, brinda atención integral, preventiva y curativa en los diferentes

servicios de salud. Con las líneas de acción anteriormente expuestas se espera contribuir en los servicios de salud del país al establecimiento de sistemas de atención básica y hospitalaria que garanticen calidad y eficiencia para la resolución de los problemas de salud, y de los programas de mejoramiento permanente de la gestión, complementados con el desarrollo integral de los recursos humanos y la buena utilización de materiales, equipos e insumos.

Gráfico 2.12



En el área de fortalecimiento de la gestión pública en salud se propone: apoyar los procesos de reforma del sector salud, que cambien en profundidad, de tal manera que posibiliten desarrollar los principios de solidaridad nacional y equidad, necesarios en el contexto de pobreza en que vive la población y superar las barreras de discriminación.

2.4.1 Institucionalidad

Misión

Conducir, elaborar y ejecutar un plan que integre las medidas de gestión de riesgo y la respuesta a emergencias y desastres, estableciendo normas y roles internos, a través de una estrategia de intervención, donde se prioricen las acciones a desarrollar de acuerdo a su importancia, tiempo y recursos disponibles.

Visión

Para la próxima evaluación nuestra institución cuente con planes integrales para identificar los riesgos reducirlos y hacer frente a las emergencias y a los desastres sea externos o internos, y brindar una respuesta coordinada, eficaz y oportuna con la integración y participación

de todo el personal de salud, la coordinación interinstitucional e intersectorial, y lograr de esta manera que nuestro hospital en la provincia de Imbabura sea acreditado como HOSPITAL SEGURO.

Valores

- ✓ Respeto al usuario sin discriminación de etnia, religión y grupo social.
- ✓ Responsabilidad.
- ✓ Atención de calidad y calidez.
- ✓ Planificación de acuerdo a necesidades de la comunidad con enfoque de riesgo
- ✓ Ética profesional.
- ✓ Participación activa del equipo de salud.
- ✓ Compañerismo del grupo.
- ✓ Respeto a la cosmovisión de la comunidad.
- ✓ Liderazgo en el área.

2.4.2 Servicios

Dentro de los servicios que presta el Hospital “San Luis de Otavalo” son:

- ✓ Medicina General
- ✓ Cirugía - traumatología
- ✓ Pediatría - Neonatología
- ✓ Gineco-obstetricia

2.4.3 Personal

En cuanto al personal que labora en la institución presentamos a los siguientes:

- ✓ Director del HSLO
- ✓ Médicos de consulta externa: 2-Pediatras, 2-Ginecólogos, 3-Medicos de Medicina Interna General, 3-Obstetricas, 1-Traumatólogo, 2-Cirujanos, 2-Odontólogos.

- ✓ Licenciadas en Enfermería
- ✓ Internas de Enfermería
- ✓ Auxiliares de Enfermería
- ✓ Personal de Limpieza
- ✓ Personal de Coordinación
- ✓ Personal de Secretaria
- ✓ Personal de Mantenimiento
- ✓ Personal de Estadística
- ✓ Personal de Recursos Humanos
- ✓ Personal de Laboratorio

2.4.4 Servicio de Gineco- Obstetricia

De acuerdo a la ubicación, está área se encuentra en el 2do piso del hospital “San Luis de Otavalo” dónde cuenta con 17 camas, que permiten la recuperación de las pacientes luego de ser intervenidas. Este número de camas no cubre la demanda de pacientes, por lo que a veces les destinan hacia otros lugares, como sala de parto. Es necesario analizar que en esta área se atiende lo relacionado a partos, legrados, ligaduras entre otros.

Por lo tanto ésta área se encarga de la atención integral de la salud de la mujer que le compete. Dentro de las funciones asistenciales que desarrollan tenemos todo lo que implica alta complejidad tanto en el área de obstetricia como en el área de ginecología; y es esto precisamente lo que ha permitido que tenga dos unidades asistenciales consolidadas claramente identificadas así:

Unidad de Obstetricia: Donde destacamos las siguientes actividades

- ✓ Consulta prenatal de bajo y alto riesgo
- ✓ Atención de partos, cesárea y el manejo integral de las posibles complicaciones que estos puedan presentar.

- ✓ Valoración y atención de urgencias en todas las patologías obstétricas
- ✓ Ecografía
- ✓ Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos invasivos de orden obstétrico.
- ✓ Valoración del bienestar fetal.

Unidad de Ginecología: Donde destacamos las siguientes actividades

- ✓ Consulta ginecológica general
- ✓ Consulta de menopausia
- ✓ Consulta de incontinencia urinaria en cualquiera de sus formas.
- ✓ Consulta de Planificación Familiar
- ✓ Tratamiento quirúrgico de cualquiera de las patologías evidenciadas tanto en la consulta general como en las subespecialidades mencionadas
- ✓ Patología cervical

Para el cumplimiento de estas actividades asistenciales contamos con un grupo de especialistas con experticia en diferentes áreas de nuestro campo atendiendo las 24 horas al día. En ésta área se atiende lo relacionado a partos normales y quirúrgicos, legrados, ligaduras, planificación familiar y principalmente abortos de tipo natural, inducido, en curso y diferido, estos tipos de abortos son los más frecuentes, entre otros.

2.5 Variables

2.5.1 Variable Dependiente

- ✓ Aborto

2.5.2 Variable Independiente

- ✓ Controles prenatales

- ✓ Laborales
- ✓ Socioeconómicas
- ✓ Biológicas

Definición de términos

- ✓ **Aborto inducido:** Aborto provocado quirúrgicamente, aplicado generalmente para niños minusválidos o para niños con enfermedades incompatibles con la vida después del nacimiento, por ejemplo, la anencefalia y otras llamadas teratogénicas.
- ✓ **Aborto:** Es la interrupción del embarazo antes del período de viabilidad fetal. Dicho período se ha fijado arbitrariamente en veinte (20) semanas completas de gestación.
- ✓ **Anticoncepción post-coito:** "píldoras del día siguiente". Con altas dosis de estrógenos que producen contracciones uterinas también las prostaglandinas, que no han prosperado en el comercio, y la píldora francesa RU 486, por ahora aplicada masivamente en China.
- ✓ **Clamidia:** es una enfermedad transmisión sexual (ETS) frecuente, causada por la bacteria chlamydia no presenta síntomas o son leves puede dañar los órganos reproductivos de la mujer.
- ✓ **Contracepción oral:** Prescripción, venta y uso de sustancias hormonales, tomadas en serie, "píldoras", por mujeres sanas que no necesitan hormonas. El mercado de éstas es extremadamente cambiante en cuanto a la composición química, al costo y a los nombres comerciales.
- ✓ **Cúpula:** unión, atadura
- ✓ **Cureta:** instrumentos ginecológicos para los raspados uterinos.
- ✓ **Dilatación:** extender, hacer mayor una cosa

- ✓ **Ectópico:** es el embarazo que se implanta fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio y comienza a crecer allí. Es poco frecuente que estos embarazos se puedan desarrollar, ya que pueden causar sangrado interno y pueden ser peligrosos para la vida de la madre.

- ✓ **Efusión:** derrame de un líquido. Manifestación efusiva violenta.

- ✓ **Embarazo:** El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. Finaliza en el momento del parto.

- ✓ **Endometritis:** es una condición médica que se origina cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él una vez fuera del tejido endometrial puede causar tumores y gran dolor.

- ✓ **Fecundación:** El proceso de unión de un óvulo y un espermatozoide, que denominamos fecundación, tiene lugar gracias a la conjunción de otros procesos complementarios y previos, pero imprescindibles.

- ✓ **Feto:** Niño no nacido desde la octava semana de la concepción hasta el momento de su nacimiento. Desde su concepción hasta las ocho semanas, éste es llamado embrión.

- ✓ **Hijo no deseado:** El que está por nacer y que vive dentro de la madre, pese a que los padres usaron medios de control natal, o no los usaron. Niño candidato a morir por aborto.

- ✓ **Histerectomía:** extirpación del útero

- ✓ **Interrupción de la gestación:** Llamada también "terminación de la gestación". Términos introducidos en el vocabulario y en la práctica médica para camuflar la verdadera realidad que es un aborto provocado quirúrgicamente por razones eugenésicas y falsamente terapéuticas.

- ✓ **Lancinar:** Punzar, desgarrar.

- ✓ **Legrado:** intervención quirúrgica para limpiar mediante raspado, una cavidad, especialmente la uterina, o una superficie ósea.

- ✓ **Ligadura:** Esterilización femenina por varios métodos: con laparoscopia y con métodos radicales como la operación de Pomeroy. Con cualquiera de estas existe un índice de nuevas concepciones.

- ✓ **Líquidos Cervicales:** es un líquido transparente producido por las glándulas que se encuentran en el cuello del útero. Su función es regular el paso de los espermatozoides de la vagina hacia el útero y por ello su aspecto varía según el ciclo, siendo más transparente y más líquido en el período fértil.

- ✓ **Métodos de barrera:** Condones masculinos y femeninos, diafragmas, espermaticidas, etc.

- ✓ **Nonato:** no nacido naturalmente. Dícese lo que está en proyecto.

- ✓ **Salud reproductiva:** Reproducirse lo menos posible.

- ✓ **Tejido embrionario:** Embrión, con todas las implicaciones del ser humano.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

3.1.1 Estudio Descriptivo – Analítico

La presente investigación fue un estudio de tipo descriptivo porque permitió conocer características sobre el problema que afectan a las mujeres. Las evidencias recogidas se emplearon para sustentar el trabajo e identificar el problema en particular y así caracterizar sus causas, conocer la historia natural de un proceso y buscar los mejores puntos para interpretar las principales causas por las que surge este malestar de cada mujer que fue atendida e intervenida en la institución, dónde se evidencia a partir de la recolección de datos. A la vez se determina como un estudio analítico porque a través de sus resultados se logró analizar profundamente cada una de las variables, verificando el trabajo investigativo.

3.1.2 Estudio Prospectivo y Retrospectivo

De igual forma se considera a la investigación como un estudio retrospectivo y prospectivo, tanto el uno como el otro constituyen estudios de seguimiento, con la única diferencia de que la medición retrospectiva se realizó tomando como base un tiempo cero hacia el pasado, por el contrario la medición prospectiva se basa de un tiempo cero en adelante, determinando como factor principal el tiempo.

3.2 Diseño de Investigación

El presente estudio fue de diseño cualitativo y cuantitativo, porque permitió demostrar la realidad acerca de las causas del aborto y sus consecuencias después de haberlo practicado. Cualitativo porque permitió demostrar ciertas características del aborto y cuantitativo obtener resultados numéricos.

Esta investigación que se realizó fue de diseño con estudios de casos y controles.

3.3 Población o Universo

Nuestra población se determinó con el número de pacientes que ingresaron a la institución durante el periodo de octubre del 2010 a agosto 2011, datos obtenidos a través de registros e historias clínicas de pacientes atendidas en este centro de salud.

3.3.1 Tabla Poblacional de Legrado Mensual

Cuadro 3.1

MES	TOTAL DE LEGRADO
Octubre 2010	17
Noviembre 2010	18
Diciembre 2010	18
Enero 2011	17
Febrero 2011	16
Marzo 2011	18
Abril 2011	13
Mayo 2011	11
Junio 2011	6
Julio 2011	11
Agosto 2011	10
TOTAL	155

Fuente: Estadística del Libros de Legrados del Hospital "HSLO"

3.4 Muestra

Para la obtención de la muestra, utilizamos el total de la población de legrados realizados en el Hospital “San Luis de Otavalo” durante el tiempo determinado para el desarrollo de la investigación, por lo tanto la población no supera el límite establecido, y se trabaja con su totalidad de 155 legrados.

3.5 Técnicas de Recolección de Datos

Como técnicas de recolección de datos utilizamos:

3.5.1 Revisión de Historia Clínica

Este registro permitió verificar el historial individual de la personas que fueron sometidas a este tipo de procedimiento, dando un seguimiento preciso sobre las circunstancias que provocaron el aborto.

3.5.2 Revisión de Partes diarios

Se realizó la verificación diaria de partes diarios, para poder obtener y clasificar los pacientes que fueron sometidos alegrado, los cuales son de importancia para nuestro estudio.

3.5.3 Revisión Libro de legrados

Este libro de registro de legrados permitió verificar y constatar a fondo la información escrita proporcionada por el centro quirúrgico y Gineco-obstétrica, los datos recolectados corresponden al diagnóstico, tipo de tratamiento y fecha de ingreso de cada paciente que fue intervenido en el hospital.

3.6 Instrumentos de Recolección de datos

Para el presente estudio investigativo se utilizó los siguientes instrumentos:

- ✓ Historias Clínicas
- ✓ Libro de legrados
- ✓ Citas médicas
- ✓ Diseño de formulario de recolección de información
- ✓ Cámara fotográfica
- ✓ Grabadora
- ✓ Fichas de observación
- ✓ Hojas de apuntes
- ✓ Internet
- ✓ Libros

3.7 Registro y Procesamiento de Resultados

Se procesó la información a través de la estadística descriptiva que nos permitió elaborar tablas a partir de las variables de la investigación con sus respectivas frecuencias y expresar en términos de porcentaje para culminar con un análisis cuali-cuantitativo.

Estos resultados son propuestos en forma representativa, para una mejor comprensión.

3.8 Validez y Confiabilidad

La validez y confiabilidad de la investigación, depende mucho del seguimiento de casos sobre legrados que se han registrado en el hospital, puesto que de ello la información se considera confiable para determinar cuáles son las causas de mayor incidencia para el aborto, cómo prevenirlo, y qué hacer para que esto disminuya, favoreciendo principalmente a las mujeres.

3.9 Criterios de Exclusión

- ✓ Legrados por restos corioplacentarios
- ✓ Legrados por diagnóstico o hemostático
- ✓ Engrosamiento de endometrio

3.10 Criterios de Inclusión

- ✓ Diagnósticos de abortos en curso diferido e inevitable.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación que se presentan son todos obtenidos a través de la recolección, organización, procesamiento y tabulación de los datos que fueron ejecutados por medio de la estadística descriptiva – analítica.

Para su efecto, se expresa en porcentajes, luego de haber realizado un análisis cualitativo, cuantitativo, creativo en la totalidad del universo.

Los resultados son presentados de una forma gráfica, para una mejor comprensión y entendimiento. Lo primero que se realizó fue un análisis y luego su respectiva interpretación de resultados variable por variable en las respuestas rescatadas de las historias de cada paciente. Cabe indicar que los formularios fueron elaborados con la intención de diagnosticar la realidad y veracidad de cada una de las pacientes intervenidas en el hospital, para cumplir con los objetivos propuestos en ésta investigación.

Es indispensable indicar que las pacientes con respecto a la investigación presentan varias variables y se ve la necesidad de procesar los datos en función de frecuencia y porcentaje suficiente para poder realizar la interpretación, a partir de la totalidad de la población de 155 legados comprendidos durante el periodo de octubre 2010 a agosto 2011.

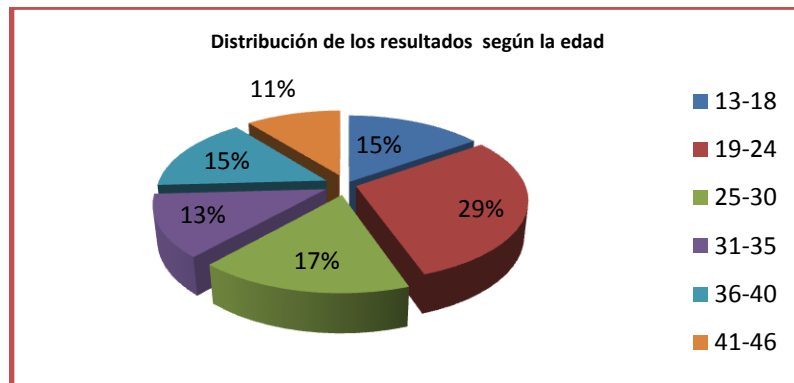
Tabla # 4.1

Distribución de los resultados según la edad.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
13-18	23	15
19-24	45	29
25-30	26	17
31-35	20	13
36-40	24	15
41-46	17	11
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.1



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Podemos observar que la edad donde más se suscitan los abortos está comprendida entre 19 y 24 años de edad; por lo tanto podemos determinar que en ésta edad es dónde debemos poner énfasis en informar sobre los diversos problemas que conduce un aborto, no dejando a un lado al resto de mujeres de otras edades. En necesario considerar que mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo de aborto, y los resultados presentan que las mujeres se embarazan sin medir ninguna consecuencia en lo referente a su edad.

Tabla # 4.2

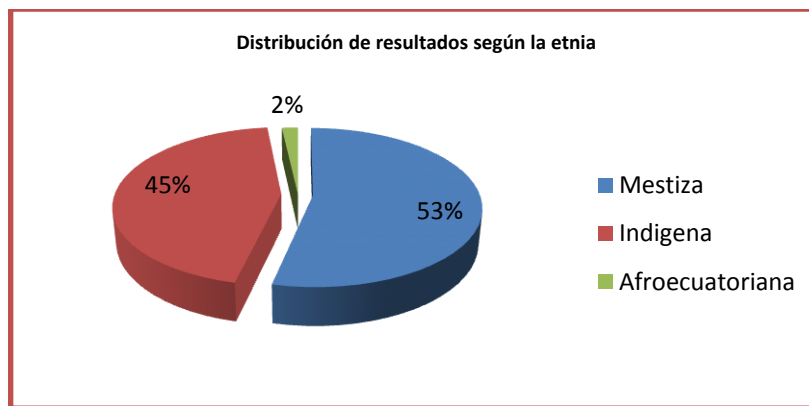
Distribución de los resultados según la etnia.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
Mestiza	83	54
Indígena	69	45
Afroecuatoriana	3	2
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.2



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Podemos observar que la etnia que se atendió en el hospital con mayor afluencia en cuanto a este problema fue la mestiza en un 53%, seguido con un 45% de la indígena; por lo tanto se establece que la institución acoge a diversidad de etnias y a todas presta sus servicios, en cuanto al problema se determina que en este sector predominando la etnia indígena, se atendió en este tipo de cirugía en una mayoría a las mestizas; cabe indicar que la etnia indígena posee sus costumbres ancestrales donde realizan y practican sus gestas según su cultura.

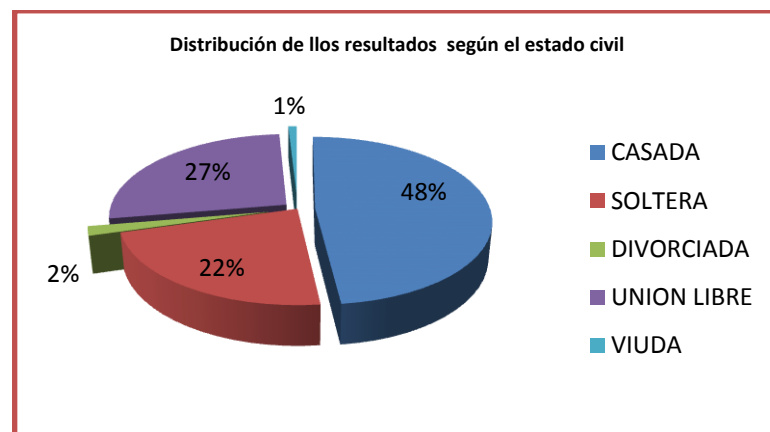
Tabla # 4.3

Distribución de los resultados según el estado civil.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
CASADA	74	48
SOLTERA	34	22
DIVORCIADA	3	2
UNIÓN LIBRE	42	27
VIUDA	2	1
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.3



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Se puede observar que el estado civil corresponde a casada en un 48%, con un 22% a soltera y con un 27% en unión libre; por lo cual se considera que el estado civil influye en mujeres casadas, de acuerdo a situaciones emocionales, sociales y económicas de cada individuo, por lo tanto establece a través de los resultados que en muchos de los casos el sentirse solo o sin la protección de alguien interviene en no llevar un periodo gestacional adecuado.

Tabla # 4.4

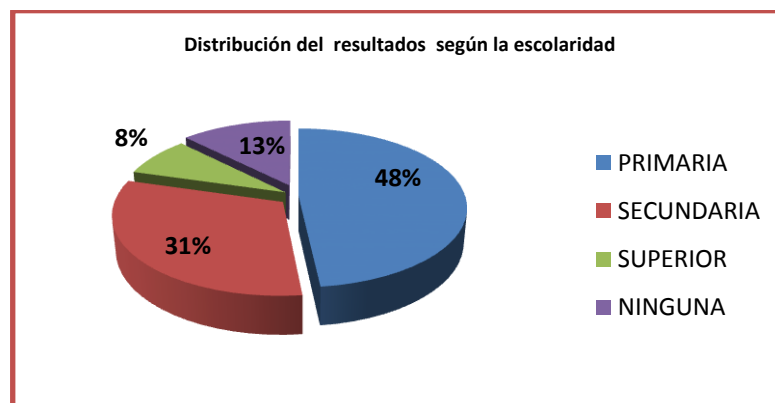
Distribución de los resultados según la escolaridad.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMARIA	75	48
SECUNDARIA	48	31
SUPERIOR	12	8
NINGUNA	20	13
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Gráfico # 4.4



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Se determina a través de los resultados que la escolaridad de quienes se analizó predomina en un 48% en primaria, en un 31% secundaria; por lo que se determina que la educación es importante en el bienestar de las personas, ya que ella permite afrontar los retos que día a día se presentan con una identidad segura y propia; es necesario concluir que la educación permitirá conocer y definir valores, ser consientes y plantearse ideales.

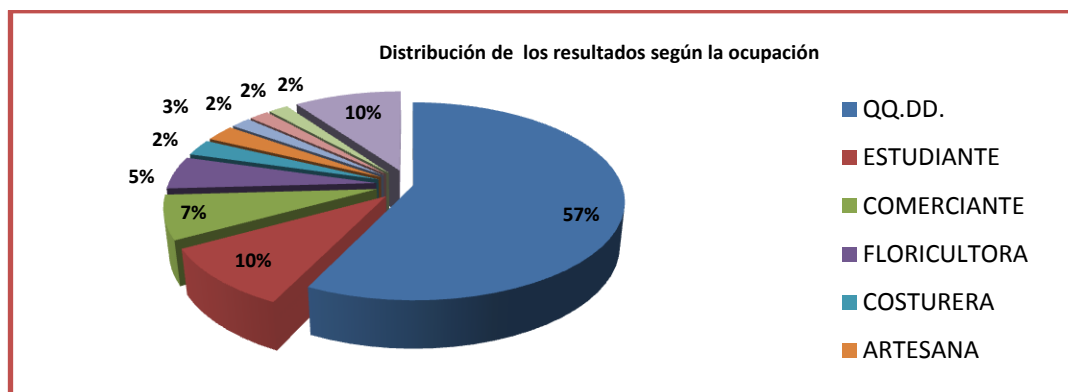
Tabla # 4.5

Distribución de los resultados según la ocupación.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
QQ.DD.	88	57
ESTUDIANTE	15	10
COMERCIANTE	11	7
FLORICULTORA	7	5
COSTURERA	5	3
ARTESANA	5	3
ESTILISTA	3	2
PROMOT. INFA	3	2
EMPLEADA DOM.	3	2
OTRAS	15	10
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.5



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Según se puede observar que la ocupación que más desarrollan son los quehaceres domésticos con un 57%, con un 10% comerciante, un 7% son estudiantes; debemos tomar en cuenta que el desarrollo de actividades con mucho esfuerzo físico al igual que la presencia de sustancias tóxicas en las labores diarias, conlleva a problemas de salud, que con el pasar del tiempo presentan acontecimientos no deseados.

Tabla # 4.6

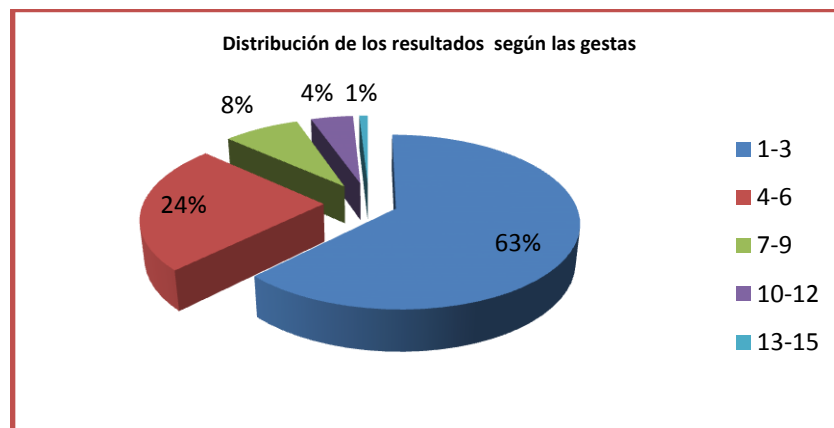
Distribución de los resultados según las gestas.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
1-3	98	63
4-6	37	24
7-9	12	8
10-12	6	4
13-15	2	1
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.6



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Se puede observar que de acuerdo a los embarazos que presentan tiene una mayoría entre 1 a 3 gestas con un 63%, con 4 a 6 gestas un 27%, con 7 a 9 gestas un 8%; se debe tomar en cuenta que el no planifica no siempre conlleva a un término feliz, muchas ocasiones el embarazarse permite muchas limitaciones, por lo tanto hay que llevar controles sobre cuando estás en capacidad de afrontar un nuevo embarazo, y más aún cuando ya hayas presentado algún aborto. Cuando se tiene dificultad en los embarazos es necesario contar con la ayuda médica, él indicará la forma correcta de llevar un embarazo normal.

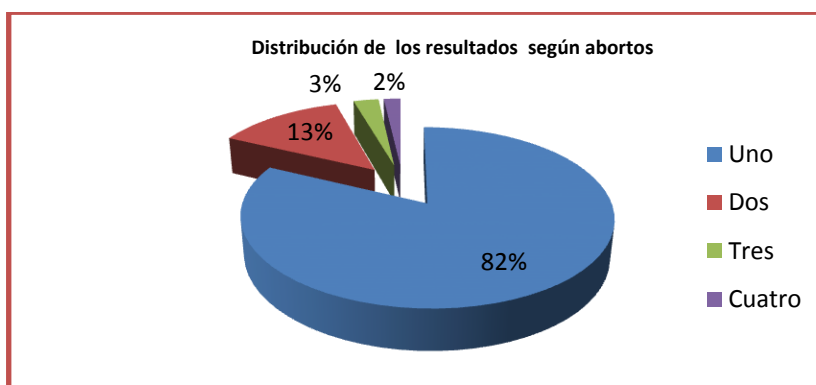
Tabla # 4.7

Distribución de los resultados según abortos.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
Uno	127	82
Dos	20	13
Tres	5	3
Cuatro	3	2
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.7



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Según se observa las mujeres presentan un aborto en un 92%, con 2 abortos un 13%, con tres abortos un 3%; es importante señalar que un aborto deja muchas secuelas en la vida de quienes la padecen; podemos determinar que la gran mayoría de las encuestadas presentan un aborto, estableciendo que los abortos dependen de cuantos embarazos hayan tenido las pacientes, debemos considerar en qué circunstancia ocurrió dichos abortos, y cuál es la causa general en la mayoría de las pacientes. A través de eso se logrará verificar y tomar medidas preventivas para evitar en lo posible que sucedan abortos.

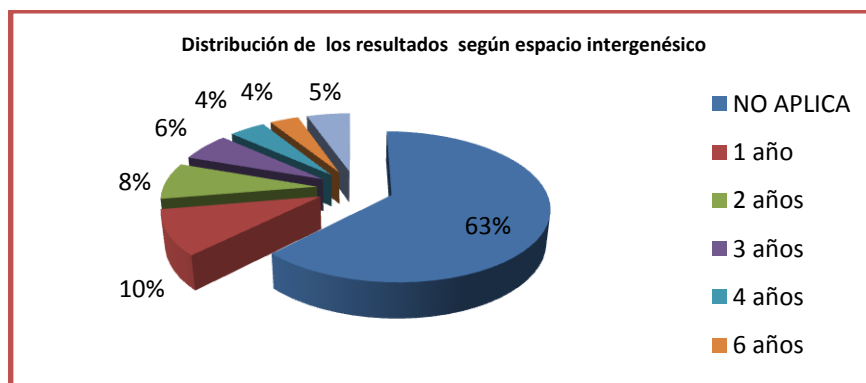
Tabla # 4.8

Distribución de los resultados según espacio intergenésico.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
NO APLICA	98	63
1 año	16	10
2 años	12	8
3 años	9	6
4 años	6	4
6 años	6	4
7 o más	8	5
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.8



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

De acuerdo a los resultados podemos observar que el espacio intergenésico se da en su mayoría en un 63% cuando no existe registrado en la historia clínica este dato, esto quiere decir que la mayoría de las pacientes han presentado aborto en su primer embarazo, es conveniente argumentar que cada mujer necesita su tiempo entre un embarazo y otro, es recomendable que se lo realice en un periodo comprendido entre 3 y 5 años, debido a la salud de la madre y niño y el bienestar de la familia. Es necesario determinar cuál es la causa porque se produjeron los abortos en su primer embarazo.

Tabla # 4.9

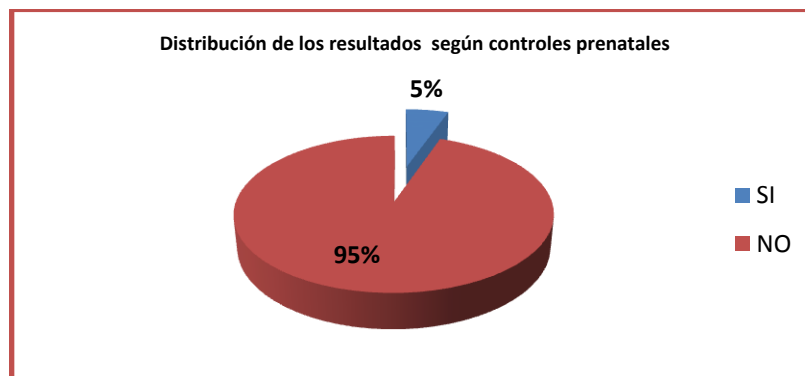
Distribución de los resultados según controles prenatales.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	8	5
NO	147	95
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.9



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Se puede observar que la gran mayoría de quienes fueron analizadas en el formulario manifiestan que no se han realizado controles prenatales en un 95% y si lo han hecho en un 5%; es necesario aclarar que los controles prenatales a tiempo, permitirán evitar consecuencias fatales, tanto para la madre como para el bebé en camino. Es decir, cuando la mujer está gestando debe concurrir a sus chequeos médicos, quién realizará un diagnóstico adecuado para advertir cualquier anomalía durante el embarazo y si lo hay dar el tratamiento oportuno para una culminación exitosa. Se logra determinar la carencia de controles prenatales en las mujeres gestantes, específicamente en las que fueron sometidas al estudio.

Tabla # 4.10

Distribución de los resultados según semanas de gestación.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
0-5	20	12
6-10	69	45
11-15	48	31
16-20	14	9
21-25	4	3
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Grafico # 4.10



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

Podemos observar que las pacientes que sufrieron aborto durante un periodo comprendido entre 6 y 10 semanas de gestación fue en un 45%, entre 11 y 15 semanas con un 31%; por consiguiente se logra determinar que los abortos se dan en su mayoría durante el primer trimestre de gestación, que es en estos meses dónde las futuras madres deben tener mayor cuidado de su embarazo, sin realizar esfuerzos físicos, como también permanecer en ambientes no permitidos y como no cuando presentan enfermedades que pongan en peligro y riesgo del bebe.

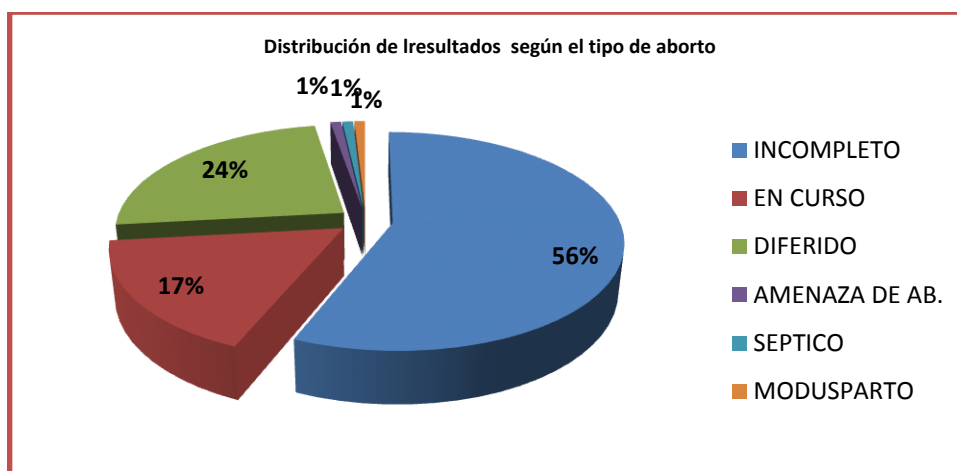
Tabla # 4.11

Distribución de los resultados según el tipo de aborto.

FRECUENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
INCOMPLETO	87	56
EN CURSO	27	17
DIFERIDO	37	24
AMENAZA DE AB.	1	1
SÉPTICO	2	1
MODUSPARTO	1	1
TOTAL	155	100

Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Gráfico # 4.11



Autores: Edison Mesa y Verónica Imues
Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis

De acuerdo a los resultados podemos observar que el hospital ha intervenido a sus pacientes con abortos incompletos en un 56%, abortos en curso con un 17%, abortos diferidos con un 24%; donde se concluye que cualquier tipo de aborto que realiza la institución, determina la negligencia por parte de las madres, esto no en todos los casos, pero sí en la mayoría dónde deben sentirse responsables de que en su cuerpo se forma una vida y cómo no, con la protección y amor sino de la madre.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Después de haber realizado la aplicación de instrumentos de investigación, procedemos a establecer lo siguiente:

- ✓ Luego del estudio efectuado se determinó que las principales causas que provocan abortos en mujeres atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia fueron de tipo social, psicológico, económico, también destacamos los factores maternos, fetales e inmunológicos, de igual forma se considera la edad y los controles prenatales, entre las principales.
- ✓ Después de haber realizado la investigación se estableció que durante nuestro periodo de estudio hubieron 155 abortos los cuales oscilan en edades comprendidas entre 19 y 24 años con un 29%, debiendo señalar que este grupo de edad no es tan común para este problema de salud, se tiene presente que el aborto se dirigía en mayor proporción en las adolescentes, lo que no ocurre en el estudio realizado.
- ✓ Se revisaron las 155 historias clínicas, partes diarios y registros de legados como la realización de un instrumento que permitió la recolección de datos determinando variables específicas para el procesamiento de la información.

- ✓ El manejo de los formularios del Hospital “San Luis de Otavalo” en lo que se refiere al área investigada, es inadecuada porque existen vacíos al momento de llenar los mismos.
- ✓ Se elaboró una guía educativa para prevención de aborto, la misma que fue difundida en el servicio de Gineco-obstetricia y a la vez sirva como respaldo educativo para el personal de salud.
- ✓ Según el formulario de recolección de datos hemos determinado que el 95% de las pacientes que presentaron abortos, no asistieron a los controles prenatales, convirtiéndose en un factor de riesgo potencial para que haya existido complicaciones durante la gestación, donde se evidencia una aparente irresponsabilidad materna.
- ✓ Otra de las variables importantes fue el tipo de aborto donde los resultados reflejan el aborto incompleto en un 56%, seguido del diferido y en curso, estos tipos de abortos se seguirán dando debido a que la población no tiene una cultura en salud, e ignoran que durante el embarazo se pueden presentar diversas complicaciones que aumentan el riesgo de mortalidad materno-fetal.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ A las autoridades de Salud que fortalezcan el componente educativo a través de campañas periódicas sobre prevención de aborto, que facilite información a la población del sector, a través de medios de información que se distribuyan y que permitan dar a conocer lo más esencial para disminuir este problema de salud, dando a conocer especialmente las causas que provocan el aborto y posteriores complicaciones.

- ✓ A la Dirección de Salud para que promulgue programas educativos facilitando recursos y permitiendo una enseñanza en cada una de sus centros, y poder llegar a la comunidad con conocimientos actualizados.
- ✓ Como profesionales debemos concienciar a todas las mujeres, madres o futuras madres a que cuando se encuentren en periodo de gestación, den importancia en acudir a controles prenatales, esto permitirá llevar un registro de cómo va evolucionado su maternidad, y evitar posibles consecuencias no deseadas.
- ✓ Al personal que labora en la institución, acceder a información confiable y segura, capacitar a las pacientes de acuerdo a sus conocimientos y poder brindar ayuda frente a este tipo de problemas, permitiéndoles conocer a fondo sobre la problemática establecida.
- ✓ Al personal de Gineco-Obstetricia en especial a quienes llevan un control de acciones para que se maneje un buen registro de todas las actividades que se realizan en esta área, para contar con datos reales estadísticos, permitiendo evaluaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ **ACHIG S.**, Lucas. Metodología de la investigación social, Cuenca, Ecuador, Universidad de Cuenca, 1986.
- ✓ **BENSON**, Ralph C. (2006): Manual de Ginecología y Obstetricia, Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., séptima edición, Págs. 258 - 259, 405 - 421.
- ✓ **BOTERO** Jaime (2002) Obstetricia y Ginecología, Texto Integrado; 7ma edición - Págs.- 186-192
- ✓ **CUEVA G.**, Aníbal (2004). Medicina Legal. Lima, A. F. A. Editores Importadores. pp. 299 – 321.
- ✓ **CUNNINGHAM**, MACDONALD, GANT: Williams Obstetricia. Edit. Masson S.A., cuarta edición, 1996, Págs. 649- 673.
- ✓ **DÍAZ**, Gonzalo (2001): Obstetricia, Edit. El Ateneo, cuarta edición Págs. 153 - 157.
- ✓ **DINIZ**, Débora. (2008, 9 de octubre) Despenalización del Aborto. El Feminismo radical en ocasión de conmemorar el 28 de septiembre el día de la Despenalización del Aborto en América Latina. www.despenalización.org.ar/
- ✓ **DRIFE JAMES** (2005): Ginecología y Obstetricia Clínicas. Edit. ElsevierEspaña S.A., Págs. 165 - 178.
- ✓ **ECO**, Humberto. Cómo se hace una Tesis, trad. Lucia Baranda, Barcelona, Gedisa, S.A., 2001.

- ✓ **ESAR.** (2007) Cifras de aborto en el Ecuador.
<http://www.fundacionesar.org/ESAR-en-Ecuador.html>

- ✓ **FUENTES GONZÁLEZ,** Homero. El proceso de investigación científica, Santiago de Cuba, Universidad de Oriente, 2000.

- ✓ **GARCÍA,** Carlos. Informe de investigación, [En línea]. [Consultado 14 de agosto 2007; 1:45], Disponible en:
<http://es.wikipeia.org/wiki/ensayo>).

- ✓ **HAMMERLY** Marcelo A. (2008): Enciclopedia Medica Moderna Tomo I, Edit. SafelizAravaca, Madrid - España Págs. 305 - 308.

- ✓ **L. CABERO,** D. SALDIVAR, E. CABRILLA (2007): Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Edit. Médica Panamericana, Págs. 511 - 530.

- ✓ **OMS** Organización Mundial de la Salud (2005) Datos de Aborto.
http://www.who.int/whr/2005/05_chap3_es.pdf

- ✓ **PACHECO JOSÉ** (2007): Ginecología, Obstetricia y Reproducción, tomo II. Edit. Repsac, segunda edición, Págs. 1035 - 1043.

- ✓ **SALINAS S.,** Ramiro (2004). Derecho Penal. Lima, IDEMSA. pp. 156 – 191.

LINCOGRAFÍA

- ✓ <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/aborto.htm>
- ✓ <http://cardonamoyasergio2.nireblog.com/post/2007/05/12/consecuencias-sociales-del-aborto>
- ✓ <http://www.4abortion.net/fisicas.htm#a>
- ✓ http://www.abortos.com/tipos_aborto.htm
- ✓ http://html.rincondelvago.com/aborto_58.html
- ✓ <http://www.despenalización.org.ar/>
- ✓ <http://www.fundacionesar.org/ESAR-en-Ecuador.html>
- ✓ Organización Mundial de la Salud (2005) Datos de Aborto.
http://www.who.int/whr/2005/05_chap3_es.pdf
- ✓ <http://www.aciprensa.com/aborto/aadn.htm>
- ✓ <http://www.monografias.com/trabajos/aborto2/aborto2.shtml>
- ✓ <http://www.nosotrasenred.org/aborto/historia.html>
- ✓ <http://www.miliarium.com/Paginas/Leyes/Internacional/Ecuador/General/cp.pdf>
- ✓ <http://es.scribd.com/doc/19207818/Componente-Normativo-Materno>
- ✓ <http://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20091107094750AAz>
- ✓ <http://www.embarazada.com/DetallePregunta.asp?Pregunta=9698&QAva=6&Tipo=27>
- ✓ <http://schulerhugo.tripod.com/aborto.html>
- ✓ <http://www.monografias.com/trabajos47/aborto/aborto2.shtml>
- ✓ http://www.ferato.com/wiki/index.php/Aborto_Terap%C3%A9utico
- ✓ Síndrome de Insuficiencia de Múltiples Órganos
- ✓ http://www.smiba.org.ar/revista/smiba_03/aborto2.htm
- ✓ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001488.htm>
- ✓ <http://embarazo10.com/2007/12/17/aborto-inducido-o-provocado-causas-procedimientos-y-posibles-consecuencias/>

- ✓ <http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>
- ✓ <http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>
- ✓ <http://html.rincondelvago.com/el-aborto.html>
- ✓ <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%ADas%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GUIA%2011.%20%20ATENCIÓN%20DEL%20ABORTO.pdf>
- ✓ Las religiones ante el aborto - [www.unidosporlavida.org/...](http://www.unidosporlavida.org/)

ANEXOS

ANEXO 1

PRESUPUESTO

El Presupuesto con el que se desarrollará esta investigación se muestra en la siguiente tabla de egresos:

CONCEPTO	COSTOS
Suministros	200,00
Personal técnico y computadora	300,00
Movilización	100,00
Empastados	30,00
Subtotal	630,00
15% Imprevistos	94.50
TOTAL	724.50

ANEXO 2

CRONOGRAMA

Nº	ACTIVIDADES	FECHA	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				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	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
			1	Entrega del Anteproyecto	X	X																																								
2	Revisión y aprobación del anteproyecto					X	X	X																																						
3	Elaboración del Proyecto									X	X	X																																		
4	Prueba piloto													X	X																															
5	Elaboración del Marco Teórico																	X	X	X																										
6	Recolección de Información																	X	X	X																										
7	Procesamiento de datos																			X	X	X																								
8	Análisis de resultados y conclusiones																				X	X	X																							
9	Elaboración y entrega del 1er borrador al director de tesis																							X	X	X	X	X																		
10	Entrega de Informe Final al Consejo Directivo																															X	X	X												
11	Defensa																																							X	X	X				

ANEXO 3
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN

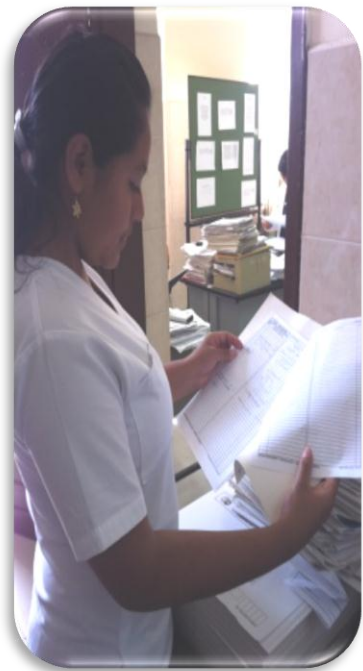
HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"



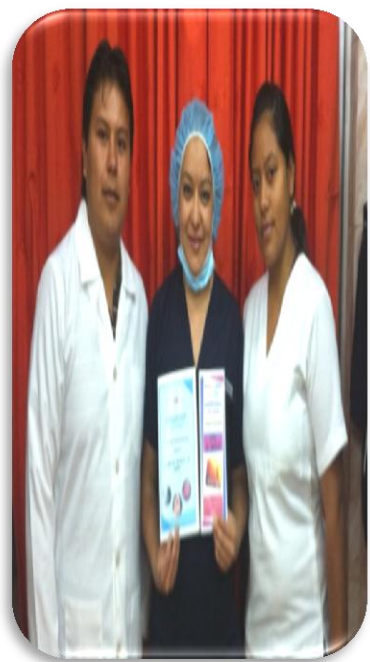
ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA



ESTADÍSTICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS



**ENTREGA DE GUÍAS A LICENCIADAS DE HOSPITALIZACIÓN,
QUIRÓFANO Y CONSULTA EXTERNA**



**ENTREGA DE AUXILIARES DE ENSEÑANZA A PACIENTES QUE ACUDEN
AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA**



EXPOSICIÓN DEL AUXILIAR DE ENSEÑANZA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA



ANEXO 4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IBARRA - ECUADOR

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 002 – CONEA – 2010 – 129 – DC.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

H. CONSEJO DIRECTIVO

Oficio 377
Ibarra, 26 de julio de 2011

Licenciada
Janeth Vaca
Coordinadora de la Carrera de Enfermería
Presente

De mi consideración:

Para su conocimiento y fines consiguientes, me permito comunicar que el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria efectuada el 25 de julio de 2011 conoció la petición cursada por los estudiantes: Mesa Campos Edison Amilcar, Imués López Nancy Verónica, Pineda Cáceres Nusta Maribel y Morales Juma Carla Noemi, relacionada con cambio de Tutor de Tesis; al respecto, éste Organismo RESOLVIÓ: disponer el cambio de Tutora de la Tesis "CAUSAS QUE ORIGINAN EL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL PERÍODO OCTUBRE 2010 A AGOSTO DEL 2011" de los estudiantes Imués López Nancy Verónica y Mesa Campos Edison Amilcar; y, de la Tesis "MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES POR LOS YACHACS DEL SECTOR DE ILUMÁN DURANTE EL PERÍODO DE NOVIEMBRE 2010-AGOSTO DEL 2011" de los estudiantes Morales Juma Carla Noemi y Pineda Cáceres Nusta Maribel; el cambio se realiza en los dos casos de la MSC. MORAYMA VACA por la LIC. MARÍA I. GARZÓN.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


Dr. Vladimir Basantes R.
SECRETARIO ABOGADO

Adj/ oficio original.
Copia: Decanato
Subdecanato
Interesados
Coord. Investigación

Gloria

ANEXO 5

Otavaló, 10 de agosto del 2011

Dr. Andrés Vinueza
Director Técnico Área N°4 - "HSLO"

Presente

De nuestras consideraciones:

Nos permitimos expresarle un atento y cordial saludo y sinceros deseos de éxito en sus funciones al frente de tan importante cargo.

El motivo de la presente es para solicitarle de la manera más comedida se nos autorice el ingreso a esta casa de salud a las áreas de estadística, hospitalización de Gineco-obstetricia y quirófano, para la obtención de información necesaria para la realización de nuestra tesis de grado con el tema "CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL PERIODO OCTUBRE 2010 A AGOSTO DEL 2011." la misma investigación que proporcionara un aporte investigativo sobre el aborto y servirá como guía para las siguientes investigaciones en la institución.

Por la atención que se digne dar a la presente anticipamos nuestros mas más sincero agradecimiento.


Atentamente:



Nancy Verónica Imues López
Interna rotativa de enfermería/UTN



Edison Amilcar Mesa Campos
Interno rotativo de enfermería/UTN

 ÁREA DE SALUD N°. 4
HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"
SECRETARÍA - DIRECCIÓN
FECHA: 10/8/11 HORA: 9:10 COD:
RECIBIDO POR: Soledad

ANEXO 6



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud de Imbabura
Área de Salud No. 4
Hospital San Luis de Otavalo
DIRECCIÓN

MEMORANDO N° 2011-01929-D

DE: Dr. Andrés Vinueza DIRECTOR TÉCNICO DEL AREA
PARA: Dr. Xavier Alarcón.- COORDINADOR MÉDICO
FECHA: 15 de agosto de 2011
ASUNTO: Lo Indicado

Remito oficio S/N, suscrito por Srta. Nancy Imues y Sr. Edison Mesa, Internos Rotativos de Enfermería "UTN" donde solicita autorización para la obtención de información necesaria para la realización de tesis de grado denominado "Causas que determinan el aborto en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del HSLO en el período octubre de 2011 a agosto 2011. Al respecto me permito indicar que la petición está autorizada, para conocimiento.

Atentamente

Dr. Andrés Vinueza
DIRECTOR TÉCNICO DEL AREA

AREA DE SALUD N° 4
HOSPITAL "SAN LUIS DE OTAVALO"
COORDINACIÓN MÉDICA
RECIBIDO

FECHA: 16-08-2011 HORA: 14:00h