



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ

TEMA

**FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A ABORTO
ESPONTANEO EN GESTANTES DEL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN EL
CARMEN- MANABÍ, MAYO-SEPTIEMBRE 2019**

AUTOR

RAQUEL ELIZABETH MELENDEZ CUADRADO

TUTOR

OBST. ANA MARIA PASOS BAÑOS

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR 2019

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TEMA DE INVESTIGACIÓN	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPITULO I	10
1. PROBLEMA	10
1.1. MARCO CONTEXTUAL	10
1.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL	11
1.1.2. CONTEXTO NACIONAL	11
1.1.3. CONTEXTO REGIONAL	12
1.1.4. CONTEXTO LOCAL O INSTITUCIONAL	12
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	14
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS	15
1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5. JUSTIFICACIÓN	17
1.6. OBJETIVOS	18
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
CAPITULO II	19
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. MARCO TEÓRICO	19
2.1.1. MARCO CONCEPTUAL	46
2.1.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	47
2.2. HIPÓTESIS	48
2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL	48
2.3. VARIABLES	48
2.3.1. VARIABLES INDEPENDIENTES	48
2.3.2. VARIABLES DEPENDIENTES	48
2.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	49
CAPITULO III	51

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	51
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	51
3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN	51
3.3. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .	52
3.4.1. TÉCNICAS	52
3.4.2. INSTRUMENTOS.....	52
POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	52
3.4.3. POBLACIÓN.....	52
3.4.4. MUESTRA	53
3.5. CRONOGRAMA DEL PROYECTO	54
3.7 RECURSOS	55
3.7.1 RECURSOS HUMANOS	55
3.7.2 Recursos económicos	55
3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	56
3.8.1 Base de datos.....	56
CAPITULO IV	57
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
4.1. Resultados obtenidos de la investigación	57
4.2. Análisis e interpretación de datos	67
4.3. Conclusión	68
4.4. Recomendaciones.....	69
CAPITULO V.....	70
5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	70
5.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN.....	70
5.2. ANTECEDENTES	70
5.3. JUSTIFICACIÓN	70
5.4. OBJETIVOS.....	71
5.4.1. Objetivos generales.....	71
5.4.2. Objetivos específicos.....	71
5.5. ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN.....	71
5.6. RESULTADOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA:	73

DEDICATORIA

“Si quieres triunfar en la vida, haz de la perseverancia tu amigo del alma, de la experiencia tu sabio consejero, de la advertencia tu hermano mayor y de la esperanza tu genio guardián.” Joseph Addison.

Dedico este trabajo de investigación en primera instancia a Dios, por darme la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por cada uno de sus consejos; el haberte alentado a seguir adelante aun cuando ya no podía más. A mi padre, por el sacrificio realizado día a día en su trabajo para financiar este logro.

Así mismo dedico este trabajo a mis hermanos, que son mi motor de inspiración y fortaleza para brindar siempre lo mejor de mí y así plasmar el mejor ejemplo de vida que les pueda dar a cada uno de sus hijos.

RAQUEL MELENDEZ CUADRADO

AGRADECIMIENTO

Mi Dios, GRACIAS, por darme la fortaleza y la sabiduría; para continuar cuando a punto de caer he estado, por ayudarme con cada una de las pruebas que tuve en el camino.

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación.

Muchas gracias a la Universidad Técnica de Babahoyo, a toda la Facultad de Salud y Bienestar, Carrera de Obstetricia, a mis doctores quienes con las enseñanzas de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Al Hospital Básico del cantón El Carmen por confiar en mí y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento educativo.

A mi compañero de vida, muchas gracias.

RAQUEL MELENDEZ CUADRADO

TEMA DE INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A ABORTO
ESPONTANEO EN GESTANTES DEL HOSPITAL BÁSICO DEL CANTÓN EL
CARMEN- MANABÍ, MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

RESUMEN

Los abortos espontáneos tienen una incidencia de 22% en las embarazadas, por tanto, desarrollan complicaciones obstétricas que constantemente se asocian a la mortalidad y morbilidad. A nivel mundial, el 45% de los abortos al año determinan que el 97% de estos abortos sean de manera clandestina lo que puede llevar a el fallecimiento por complicaciones obstétricas. El presente estudio tiene como objetivo principal establecer los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontáneo en gestantes del Hospital Básico del Cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019; se realizó un estudio descriptivo, observacional y no experimental, la unidad de análisis fue la historia clínica, el instrumento fue una base de datos elaborada en Excel con las variables de estudio, la muestra consistió en 127 pacientes que fueron atendidas en el Hospital Básico del Cantón El Carmen, con el diagnóstico de aborto espontáneos asociados a los factores de riesgo gineco-obstétricos; en los resultados obtenidos del análisis de la historia clínica, se destaca que el motivo de asistir a la consulta fue sangrado transvaginal con un 37% seguido por dolor hipogastrio con un presentándose 29%; como principales factores la mayor parte de las pacientes fueron multigestas con un 57% de los cuales varios eran abortos recurrente. El 48% de las gestantes no asistían al control prenatal, el 53% sufrían de infecciones vaginales persistentes.

Se concluyó que los factores de riesgo asociados a aborto espontáneo con mayor frecuencia, es la edad entre 24-32 años, pacientes que no utilizaban planificación familiar, con mayor incidencia los abortos incompletos, presentaron una gestación < 12 semanas y como complicación las hemorragias.

Palabras Claves: Factores de Riesgo, Aborto Espontáneo, Complicaciones Obstétricas, Hemorragia, Aborto incompleto.

ABSTRACT

Spontaneous abortions have an incidence of 22% in pregnant women, therefore, obstetric complications that are constantly associated with mortality and morbidity. Worldwide, 45% of abortions per year determine that 97% of these abortions are clandestine, which can lead to death due to obstetric complications. The main objective of this study is to establish the gynecological-obstetric risk factors associated with spontaneous abortion in pregnant women of the Basic Hospital of Canton El Carmen-Manabí, May-September 2019; A descriptive, observational and non-experimental study was performed, the unit of analysis was the clinical history, the instrument was a database prepared in Excel with the study variables, the sample consisted of 127 patients who were treated at the Basic Hospital of the Canton El Carmen, with the diagnosis of spontaneous abortion associated with gynecological-obstetric risk factors; in the results obtained from the analysis of the clinical history, it is emphasized that the reason for attending the consultation was transvaginal bleeding with 37% followed by hypogastric pain with a 29% presenting; As main factors, most of the patients were multigestas with 57% of the various patients were recurrent abortions. 48% of pregnant women did not attend prenatal control, 53% suffered persistent vaginal infections.

It was concluded that the risk factors associated with a spontaneous abortion with greater frequency, is the age between 24-32 years, patients who do not use family planning, with higher incidence incomplete abortions, a pregnancy situation <12 weeks and as a complication Hemorrhages

Keywords: Risk Factors, Spontaneous Abortion Obstetric Complications, Hemorrhage, Incomplete Abortion.

INTRODUCCIÓN

De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher publicado en *The Lancet* la mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. (OMS, 2019)

El estudio se desarrolló en el Hospital Básico del cantón El Carmen, provincia de Manabí en el periodo mayo- septiembre del 2019, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontáneo en gestantes que presentaron síntomas relacionados durante el primer trimestre de embarazo.

El presente proyecto de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo se desarrolló bajo la línea de investigación de salud sexual y reproductiva, dentro del marco de Control Prenatal – Morbilidad Relacionada a los abortos espontáneos.

El método de investigación fue cuantitativo, descriptivo, observacional, no experimental, la unidad de análisis fueron las Historias clínicas que reposa en el área de estadística del Hospital básico del Cantón El Carmen, el instrumento fue una hoja de cálculo de Excel con las variables de estudio se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1. MARCO CONTEXTUAL

El aborto ha llegado a ser un problema de salud pública, el cual tomó mayor importancia en la última década ya que ha llegado a ser también una problemática social y un principal problema de salud, ya que éste es una de las causas de mortalidad materna en países en desarrollo.

El inicio de la actividad sexual expone a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura. (Doblado Donis, 2010)

1.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

El aborto es un fenómeno universal, ha existido siempre y, en su forma inducida, probablemente fue uno de los primeros métodos que utilizó el hombre para regular los nacimientos.

Entre 2010 y 2014 hubo en el mundo un promedio anual de 56 millones de abortos (en condiciones de seguridad o sin ellas) por lo que ocurrieron 35 abortos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad, teniendo en cuenta que el 25% de los embarazos acabaron en aborto provocado. La tasa de abortos fue mayor en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas según los cálculos, 8 millones fueron practicados en las condiciones que menos seguridad ofrecen, o condiciones peligrosas. (OMS, 2019)

1.1.2. CONTEXTO NACIONAL

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el año 2014 el aborto en el Ecuador representa la segunda causa de movilidad en mujeres estimando según la tasa de 22,51 por cada 10000 mujeres. (INEC, 2016)

En Ecuador, las provincias que más abortos presentan son: Guayas, Pichincha, Manabí.

En Guayas abarcando un 29.2% del total, seguida de Pichincha con el 21.5% y Manabí con el 7.3%. Sin embargo, el ajuste poblacional por provincia y número de habitantes en riesgo ha determinado que la tasa de aborto por cada nacimiento vivo es mucho mayor en la Provincia de Pastaza, seguida de Pichincha, Guayas, Galápagos y Esmeraldas. El 84% de la atención de los abortos se realizan en el sector público, frente al 16% en el sector privado.

Se concluye que en Ecuador hay una evidente tendencia hacia el aborto inducido, contabilizando solo abortos espontáneos o médicamente justificados. Estos estarían asociados a la auto-medicación de fármacos que provocan aborto. Las mujeres que deciden un aborto como alternativa de mitigar sus problemas económicos, sociales o psicológicos, se los provocan y luego acuden a los centros de salud como casos de emergencia.

1.1.3. CONTEXTO REGIONAL

Según la gaceta de muertes maternas del Ministerio de Salud Pública, el aborto es la tercera causa de fallecimiento de madres en el país.

El 41,17% de las mujeres fallecidas tuvieron parto por cesárea; el 25,49% fue por vía vaginal; el 12,75% terminó en aborto y su procedimiento fue un legrado instrumental; y el 20,59% fueron madres que fallecieron con su embarazo, independientemente de la edad gestacional, por lo que el producto fallece intraútero.

A nivel de la región costa y particularmente en la provincia de Manabí se han incrementado los casos de aborto.

1.1.4. CONTEXTO LOCAL O INSTITUCIONAL

Cantón El Carmen

Ubicada en la región Costa, provincia de Manabí. La población total del Distrito de Salud la conforman 101.770 habitantes, en estos datos no está incluida la población de la Manga del Cura que ascienden a 24.091, que en total la población del Distrito sería de 125.861 según datos emitidos por el Ministerio

de Salud Pública, las actividades principales son la agricultura, ganadería, comercio y en menor proporción las actividades públicas.

El medio de transporte común es el terrestre, tanto para acceder desde las ciudades más importantes, como entre las distintas poblaciones y caseríos del cantón, además en épocas invernales se utiliza la vía fluvial a través de los principales afluentes como río Quinindé, Río de Oro, Puerto Nuevo, Mongolla y la represa Daule Peripa.

El Carmen es conocido como "La puerta de oro de Manabí", pues la vía que conduce al interior de la provincia desde Quito pasa por su jurisdicción.

El cantón se llama así en honor de la Virgen del Carmen. Posee una considerable riqueza en flora y fauna, siendo una de las fuentes principales de ingreso el cultivo del plátano de la variedad Barraganete, que es la principal fuente de ingresos en el cantón.

Hospital Básico de EL CARMEN

El hospital básico de El Carmen no posee una infraestructura adecuada para la atención de las emergencias que afronta la ciudad, es un hospital "básico" como tal por la falta de insumos adecuados para la atención de emergencias, hospitalización, cirugías, quirófano y el área de consulta externa.

Desde el año 2019 con las nuevas autoridades electas se firmaron acuerdos con el ministerio de salud para la remodelación de la infraestructura del hospital y de esta manera brindar un mejor servicio de salud confiable para el pueblo carmense.

En el periodo del año 2018 en el Hospital básico de El Carmen se presentaron 198 casos por aborto en el servicio de emergencias, de las cuales 175 presentaron dolor en hipogastrio y 9 casos de fiebre causada por diferentes tipos de abortos de las cuales se registraron 1 muerte materna de embarazo ectópicos. (Ministerio de Salud Publica, 2019)

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La problemática para estudiar se desarrolla en el Hospital Básico del Cantón El Carmen periodo mayo – septiembre del 2019, en donde nos enfocaremos en el análisis de las pacientes atendidas con abortos espontaneo, relacionados con factores de riesgo gineco-obstétrico.

La importancia de este estudio recalca en saber qué factores de riesgo gineco-obstétricos de la población se manifiesta de mayor manera en esta patología, cuáles de las complicaciones obstétricas es la que más incide en las hemorragias de la primeras semanas y demás factores que hacen que el proceso de gestación sea interrumpido o sea tratado de manera adecuada para disminuir los porcentajes de aborto.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo mueren 585.000 mujeres cada año por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % de muertes maternas se deben a complicaciones de abortos. (NARVÁEZ P. Y NEIRA A., 2015)

Aunque el aborto sólo se permite por motivos terapéuticos y jurídicos limitados, se practica ampliamente en el Ecuador. La OMS estima que cada año se practican en el Ecuador 95.000 abortos (30 por cada 1000 mujeres en edad de procrear por año). Hay sólo 200 abortos legales registrados cada año. (Orchard, 2014)

Aún hoy, y a pesar de los enormes avances que ha experimentado la medicina de la reproducción, el aborto permanece como la complicación más frecuente del embarazo. (Stefani, 2017)

Ante lo mencionado analizaremos a las pacientes embarazadas que acudieron al Hospital básico del Cantón El Carmen bajo la patología de abortos espontaneo, para determinar las principales causas y los factores de riesgos gineco-obstétricos constantes que afectan a la localidad de estudio.

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019?

1.3.2. PROBLEMAS DERIVADOS

¿Cuál es la asociación de la edad materna y el aborto espontaneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019?

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019?

¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019?

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación sobre los factores de riesgo gineco- obstétrico asociado al aborto espontaneo se realizó en la siguiente institución y periodo:

Campo: Salud

Área: Servicio de Emergencia y Ginecología

Temporal: 1 de mayo del 2019 al 31 de septiembre del 2019

Institución: Hospital básico del Cantón El Carmen

Dirección: Calle Quito y Manata

Cantón: El Carmen

Ciudad: El Carmen

Provincia: Manabí

Zona Distrital: Zona 8

País: Ecuador

Líneas de investigación de la Universidad: Educación y desarrollo social

Líneas de investigación de la Facultad: Salud y Bienestar

Líneas de investigación de la Carrera: Salud sexual y reproductiva

La población de estudios fueron las mujeres gestantes atendidas en dicho establecimiento.

1.5. JUSTIFICACIÓN

Debido a la alta incidencia de pacientes que se presentan los abortos en nuestro medio y a la poca información sobre esta entidad, es imperioso realizar un estudio que aporte información actualizada y real de los pacientes en la ciudad y poder brindar información para la creación de futuros proyectos para mejorar los protocolos de atención y disminuir la morbimortalidad, los ingresos hospitalarios y el uso innecesario de recursos.

Dentro del ejercicio profesional del médico, y propiamente de la práctica obstétrica se ha observado un alto índice de abortos alrededor del mundo, siendo un 80% de los abortos precoces, es decir antes de las 12 semanas de gestación, y de las cuales muchas mujeres no son conscientes de tal situación por la corta edad gestacional en la que se encuentran. A esto se suma un gran porcentaje de abortos inseguros que en su mayoría (98%) se presentan en países en vías de desarrollo.

Este trabajo se realizó mediante una base de datos obtenida de los expedientes de todas las pacientes con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Básico del Cantón EL Carmen- Manabí en el periodo comprendido entre mayo y septiembre del 2019.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación de la edad materna y el aborto espontaneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019
- Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019
- Analizar los factores de riesgo ginecológicos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO TEÓRICO

El embarazo es un periodo de gestación reproductivo humano, esto comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y este ovulo fecundado se implanta en la pared del útero.

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales; sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta riesgos maternos y perinatales. Uno de los riesgos importantes es el aborto.

FECUNDACIÓN E IMPLANTACIÓN

La fecundación es el conjunto de acontecimientos que se produce en el tercio externo de la trompa de Falopio donde se da la unión del espermatozoide con un ovocito secundario, los espermatozoides restantes se fijan a la zona pelúcida y desencadenan la reacción acrosómica que consiste en liberar enzimas contenidas en el acrosoma donde se producen la hidrólisis de la zona pelúcida. Finalmente, esto se conducirá a la mezcla de cromosomas maternos y paternos en la metástasis de la primera división del embrión unicelular.

Luego de la fusión de los gametos sexuales estos viajan hasta el lugar de la implantación que son las paredes anterior y posteríos de la cavidad uterina cuando aún está en la fase de blastocitos. (Hijona, 2019)

CONCEPTO DE ABORTO

La palabra “aborto”, proveniente del latín “abortus”, es el participio del verbo “aborior”, que tiene por significado “ab = de (indica separación)”, y “orior = levantarse, salir, nacer”. Se define como aborto a aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad.

La SEGO define aborto como “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo, huevos no embrionados, mola hidatiforme, etc), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado”. (SEGO, 2016)

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en ocasiones se obtendrán recién nacidos con peso <500 gramos al nacer pueden ser reanima y sobrevivir. Si el recién nacido ingresa al servicio de neonatología y fallece, su caso debe registrarse como mortalidad neonatal con independencia de que el peso haya sido inferior a 500 gramos.

En la rutina, utilizamos en forma genérica el término aborto para referirnos a la pérdida gestacional, en cualquier etapa, ya que las pérdidas de más de 20 semanas que estudiamos son pocas.

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

Se clasifica al aborto en dos grande grupos aborto espontáneo y aborto provocado y según la edad gestacional puede ser precoz antes de las 12 semanas y tardía posterior a las doce semanas.

Abortos espontáneos

El aborto espontaneo o interrupción natural del embarazo se produce aproximadamente en 10 a 15 por ciento de todos los embarazos y, aunque suele requerir tratamiento y hospitalización, no ocasiona la muerte; o en todo caso la ocasiona con menos frecuencia que el aborto provocado. (Távora, 2015)

La gran parte de este tipo de abortos tiene lugar durante las primeras 12 semanas de gestación, muchos de los casos se dan por la prematuridad del mismo por lo que no es necesaria ningún tipo de intervención médica o quirúrgica. Entre las causas más comunes por las que se produce un aborto espontaneo se pueden nombras, defectos cromosómicos, enfermedades maternas de carácter endocrino, infecciosas, inmunológicas y malformaciones del aparato genital o alteraciones en la placenta. Además, existen factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, el consumo de drogas o los traumatismos que indiquen en el aumento de la posibilidad de padecer un aborto espontaneo. (Bernal, 2014)

Abortos provocados

Posterior a la implantación fetal, son aquellos en los que se induce al término del embarazo, a través de medicación o cirugía.

Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada. (Briceño, 2013)

SEGÚN SU PRESENTACIÓN CLÍNICA

TIPOS DE ABORTO

En este apartado, se pretende mostrar los tipos de aborto existentes, así como en qué consisten, y para ello se ha considerado que se abordará el tema desde una perspectiva médica, por lo que el concepto de aborto puede clasificarse en: espontaneo, inducido, y de tipo legal o ilegal.

Aborto inevitable

El dolor y la hemorragia con dilatación cervical indican un aborto inminente y la expulsión del contenido uterino es inevitable, en estos casos se observan dos o más de las siguientes alteraciones: borramiento moderado del cuello uterino, dilatación cervical mayor de 3 cm, ruptura de las membranas, hemorragia durante más de 7 días, persistencia de cólicos a pesar de analgésicos narcóticos, otros signos de terminación del embarazo; como por

ejemplo, expulsión parcial de productos de la concepción. (Barrantes Freer, 2013)

Aborto incompleto

Es una de las emergencias obstétricas de mayor demanda, no solo en nuestro país sino también en el mundo entero, y los costos por su atención, a pesar de tener una estancia corta, significan un monto importante para los hospitales y las propias mujeres.

Cuando una mujer embarazada presenta una hemorragia en los primeros meses debida a aborto incompleto, la primera reacción es buscar atención inmediata en un establecimiento de salud donde pueda ser atendida por un médico que le dé la mejor atención para resolver su situación. La mujer no conoce que existen diferentes tecnologías que pueden ser utilizadas para el tratamiento del aborto incompleto. Pero ella sí espera que se le brinde una atención digna, respetando su privacidad individual y su libertad para decidir sobre el tratamiento a recibir luego de ser informada sobre su situación. (Gutiérrez, Ramos, Guevara, & Ríos, 2015)

Aborto completo

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas.

Aborto completo significa que el cuerpo ha expelido todos los productos del embarazo (sangre, tejidos, embrión), por lo tanto, ya no es necesaria una cirugía.

La única forma de asegurarse de que has tenido un aborto completo es mediante un ultrasonido 10 días después de usar las medicinas. No debería haber dolor extremo, sangrado fuerte prolongado o fiebre, aunque habrá un sangrado leve que durará de una a tres semanas. (Smith, 2011)

Aborto Diferido

Se define como la retención del embarazo no viable por varias semanas donde puede producir hemorragia vaginal, en este tipo no se desarrolla de un tamaño normal el útero con relación a la edad gestacional sin modificaciones cervicales.

Aborto recurrente

Se denomina aborto recurrente a cualquier pareja que ha experimentado 3 o más abortos espontáneos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación, utilizándose el término de abortadora recurrente primaria si la pareja no ha tenido embarazos viables entre sí, y abortadora secundaria, si ha existido al menos uno viable previo. Esta definición no es meramente semántica, ya que como veremos más adelante, puede orientar tanto en el estudio como en el pronóstico de fertilidad.

El aborto espontáneo es sin duda la complicación más frecuente de cualquier embarazo, estimándose que un 15% de las gestaciones reconocidas (embarazos clínicos) terminan en aborto, y que aproximadamente el 25% de las mujeres experimentarán un aborto clínico a lo largo de su vida reproductiva. Esta cifra aparece subvalorada si consideramos que entre un 30 y 50% de embarazos se detienen precozmente en su desarrollo, los llamados embarazos bioquímicos o subclínicos, que, en su mayoría, la mujer no alcanza a reconocer por presentar escaso o ningún atraso menstrual. Dichos abortos obedecen principalmente a un

desorden cromosómico esporádico de esa gestación en particular y no constituyen un factor de riesgo para embarazos futuros. Afortunadamente, sólo el 5% de las parejas en edad reproductiva experimenta 2 abortos espontáneos clínicos consecutivos, y entre 1–3% sufren 3 o más abortos. Esta última cifra es superior a la esperada estadísticamente por azar (0.5%), de lo que se desprende que existe un grupo de parejas más proclives a abortar y que merecen nuestros máximos esfuerzos, así como la mayor comprensión para lidiar con el sentimiento de frustración que frecuentemente comparten tanto pacientes como sus médicos tratantes. (Manzur, 2010)

Aborto séptico

Es la infección del útero y/o de los anexos, que rápidamente evoluciona a formas más graves por extensión a órganos vecinos o en forma hematógena. La mayoría de los abortos sépticos derivan de prácticas de aborto inseguro. Son infecciones polimicrobianas provocadas generalmente por bacterias de la flora vaginal, intestinal u oportunistas. Las principales manifestaciones clínicas son temperatura mayor a 37,5 °C, escalofríos, sudor, malestar general, astenia, adinamia, y mialgias, Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez, dolores abdominales, dolor abomino pélvico a la movilización del cérvix, útero doloroso a la palpación y reblandecido, taquicardia y/o taquipneas ocasionales.

La diseminación de la infección a nivel pélvico lleva a cuadros más graves, en los cuales se agrega: dolor a la palpación de las regiones anéxales (salpingitis), aparición de tumoraciones o colecciones a nivel para uterino (absceso tubo ovárico); dolor a la palpación del abdomen inferior (peritonitis). Cuando la infección localizada progresa a nivel sistémico genera una reacción defensiva que se denomina “síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o sris”. (Malvino, 2011)

Aborto quirúrgico

Consiste en la interrupción de la gestación en el quirófano mediante una técnica quirúrgica. Dependiendo del periodo de gestación ante el que nos encontremos, se pueden realizar cuatro tipos diferentes de procedimientos quirúrgicos, que son, la succión y la aspiración, DE (dilatación y evacuación), las infusiones salinas y la histerotomía.

La succión o la aspiración pueden desempeñarse durante el primer trimestre del embarazo, hasta la duodécima semana de gestación. En este primer tipo de método se utilizan dilatadores para poder acceder a la cavidad uterina y así introducir un tubo maleable conectado a una bomba de vacío para poder extraer el contenido del interior del útero. Después, se introduce un aparato en forma de cuchara de metal, llamado legra, para retirar mediante raspado los posibles restos de las paredes de la cavidad uterina de la mujer embarazada. El método de aspiración, ha sido el sustituto del método succión, puesto que éste se encuentra prácticamente en desuso (Llopis & Gonzales, 2013)

A partir de la semana 15 del embarazo, las infusiones salinas son el método más utilizado. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para que a través de la pared abdominal se pueda extraer parte del líquido amniótico de la placenta. Este líquido se reemplaza por una solución salina concentrada al 20% que hace que entre las siguientes 24 y 48 horas empiecen a producirse contracciones uterinas provocando la expulsión del feto. Tras la intervención, la embarazada debe permanecer ingresada en el hospital durante uno o dos días en reposo para valorar la aparición de posibles complicaciones potenciales. Los abortos tardíos, se llevan a cabo mediante histerotomía.

La histerotomía es un tipo de intervención quirúrgica mayor, en la que se realiza una incisión en la zona baja del abdomen, similar a una cesárea, pero de

menor tamaño. Los problemas que pueden surgir después de este tipo de intervención son mayores que los anteriores métodos y precisan de mayor vigilancia y reposo para conservar la salud y evitar infecciones y enfermedades en la mujer intervenida. (Bernal, Bioética como principio de la vida., 2013)

Aborto químico o farmacológico:

Consiste en la ingesta de diversos medicamentos para lograr la interrupción del embarazo. La droga más utilizada es la RU-486, que fue desarrollada en Francia, y en el año 1988 se legalizó su uso. Esta píldora únicamente es eficaz los primeros 50 días, es decir, sólo se emplea hasta la séptima semana de gestación y debe estar estrictamente supervisada de forma médica. Está compuesta por mifepristona, una hormona sintética que se encarga del bloqueo de la progesterona, necesaria para la gestación y desarrollo del feto. Su acción produce dos efectos en el cuerpo de la mujer embarazada; por un lado, mata al embrión provocando el desprendimiento de éste del útero, y por otro, produce contracciones uterinas y dilatación del cérvix para facilitar la expulsión del mismo o de los restos del embrión o placentarios.

Ante este tipo de abortos, debemos tener en cuenta que pueden aparecer una serie de efectos secundarios, tales como dolor, calambres, sangrado vaginal, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos o fiebre, aunque principalmente los más remarcados son:

- Dolor: Los dolores que pueden aparecer son algo más dolorosos que los de la menstruación, y pueden llegar a durar alrededor de una semana, algo más de tiempo que con técnicas quirúrgicas.
- Sangrado: Está completamente ligado a la expulsión del embrión, pudiendo ser de abundante cantidad y de duración alrededor de una semana o más.
- Náuseas: La prostaglandina que acompaña a la medicación puede producir episodios de náuseas, vómitos incluso diarrea en algunos casos.

De entre las complicaciones del aborto químico o farmacológico, las más relevantes y que requieren mayor urgencia son, la ineffectividad del método utilizado, por lo que habría que plantearse recurrir al método quirúrgico, y la expulsión incompleta del embrión que también requerirá de técnicas quirúrgicas para poder terminar dicho fenómeno. (Chiva, Rodriguez, & Padilla, 2013)

ETIOLOGÍA

Una de las principales causas de conllevan al aborto son de origen fetal o cromosómico de los cuales el total de abortos son del 80% es anembrionado y del 10 al 20% son embrionados.

Como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados a alteraciones cromosómicas.

Esta situación deberá hacer sospechar la existencia de factores etiológicos que en su persistencia condicionan la aparición del cuadro, pues, aunque el aborto puede repetirse simplemente como manifestación de un fenómeno azaroso, está bien demostrado que la producción de abortos consecutivos se produce con mayor frecuencia de la que cabría esperar por azar, y además se incrementa conforme lo hace el número de abortos. (SANCHEZ, 2012)

FACTORES RIESGO

El embarazo se encuentra afectado de manera multifactorial de los cuales se encuentra circunscrito a las características, antecedentes, y entorno de cada paciente.

- Edad materna
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Nivel socioeconómico bajo
- Riesgo laboral
- Zona de procedencia
- Grado de instrucción

La maternidad es más alta en estratos socioeconómicos bajos que los estratos socioeconómicos altos, cierta investigación refiere que la zona urbanamarginal presento 46.3% de las gestantes que abortaron y la gestante de la zona urbana presento 45.1%.

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS

Bajo riesgo

- Control insuficiente de la gestación:
- Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses

Alto riesgo

- Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enf. Inmunológicas, hipertensión.)
- Polihidramnios u Oligoamnios.
- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiátricas.
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Desnutrición y Obesidad.
- Asma.

Edad materna

Es el principal factor asociado a la aparición de aborto espontáneo. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación. (Williams, 2011)

Un estudio realizado en Sri Lanka, en los años 2001 y 2002, el cual pretendía determinar los factores de riesgo para aborto espontáneo en su población concluyó que la edad materna >35 años es factor de riesgo (OR 2.98; 95% CI: 1.07-8.26), para abortos espontáneos del primer trimestre después de controlar los factores de confusión.

Se debe tener en cuenta que sobres los cuarenta años habrá defectos de la implantación ya que se puede observar fibrosis de la musculatura uterina asociadas a falla de la irrigación sanguínea del sitio de implantación. La

trombofilia y enfermedades autoinmunes del tiroides también se asocian con defectos de implantación. (Lopez, 2015)

Paridad

Las pacientes multíparas presentan un riesgo de presentar abortos tres veces más que las pacientes primíparas. Varias investigaciones indican que el 38.6% son multigestas, las gestantes con antecedentes de dos a tres partos simbolizan un 34.1% y las que no presentaron antecedentes de parto presentaron mayor porcentaje de un 59.1%.

Alimentación

La deficiencia alimentaria de un solo nutriente o la deficiencia moderada de todos los nutrientes no constituyen una causa importante de aborto. La hiperémesis gravídica con pérdida de peso rara vez provoca abortos. Maconochie (2007) en su estudio, observó un riesgo reducido en las mujeres que comían frutas y verduras frescas todos los días.

Ocupación

Es el tiempo empleado para las labores de trabajo, se sabe que ciertos trabajos influyen para que exista la posibilidad de aborto espontáneo, se descubrió hace más de 100 años que el plomo causa abortos espontáneos, bebés nacidos muertos, e infertilidad en mujeres que trabajaban con cerámica. Las gestantes tienen riesgo si se exponen a ciertas sustancias si la exposición a sustancias peligrosas se da durante los primeros tres meses de la gestación puede causar complicaciones en el nacimiento o un aborto espontáneo.

Factores ambientales

Debido a la alarma social creada por diversos estudios observacionales, conviene reseñar que la exposición a campos magnéticos, drogas, alcohol, tabaco, no han sido definitivamente establecidos como un factor asociado al aborto espontáneo. (Hinojosa, 2009)

El consumo de fármacos, tabaco y otras drogas; puede definir el curso del embarazo y aumentar el riesgo de frustración en la madre adicionando la presencia de enfermedades maternas incrementa el riesgo de aborto espontáneo.

En pacientes que han sufrido uno o más abortos previos, el riesgo de un nuevo aborto aumenta en entre el 24 y el 32% y donde las primíparas presentan un riesgo menor de detener un aborto no así en mujeres multíparas el riesgo se triplica; así mismo se observa con respecto a la edad, donde las mujeres de los 35 a 40 años el riesgo representa el 21% y en mujeres mayores de 40 años, el riesgo se duplica en un 42%.

FACTORES DE RIESGO GINECOLOGICOS

Infecciones

Las infecciones constituyen una causa rara de aborto del primer trimestre. Son provocadas por agentes tales como toxoplasma gondii, micoplasma hominis, listeria monocytogenes, etc. La vaginosis demostrada en la primera consulta prenatal tiene un riesgo relativo del 5,4% de tener un aborto espontáneo.

En un estudio prospectivo, la infección por virus del herpes simple al principio del embarazo no incremento la frecuencia de abortos en el ser humano no son todavía concluyentes.

Insuficiencia Cervicouterino

Este término describe la entidad obstétrica definida que se caracteriza por la dilatación asintomática del cuello uterino, cerca de la semana 20 que provoca la salida del producto de la gestación.

Anomalías endocrinas

Las alteraciones endocrinas constituyen un factor e-tiológico importante en la pérdida recurrente del embarazo en etapas precoces porque repercuten de manera importante en la ovulación, nidación, implantación y estadios tempranos post-implantación. En la valoración endocrina se deben descartar desórdenes metabólicos maternos, alteraciones de la fase lútea y anormalidad de los niveles de progesterona post cocepcionales porque de éstos depende una serie de procesos endocrinos que conllevan a una implantación exitosa con evolución satisfactoria del embarazo.

Síndrome de Ovarios Poliquísticos.

Esta enfermedad se reconoce como una causa de aborto espontáneo debido a que las concentraciones elevadas de la hormona luteinizante tienen efectos nocivos sobre el cuerpo lúteo. Se definió como un síndrome de disfunción ovárica cuyo diagnóstico se hace con dos de las siguientes tres manifestaciones: oligoovulación o anovulación, signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo y demostración de ovarios poliquísticos por ultrasonido. La

supresión de la función pituitaria con agonistas de la hormona liberadora de las gonadotropinas, seguida de la administración de gonadotropina coriónica humana ha demostrado ser útil para prevenir este tipo de abortos.

El Síndrome de ovario poliquístico afecta de 5 a 10% de las mujeres en edad reproductiva. Otras manifestaciones clínicas encontradas son las irregularidades menstruales, signos de exceso de andrógenos (testosterona libre o índice de testosterona libre elevados), obesidad y resistencia a la insulina. (Pacheco, 2009)

Anomalías uterinas anatómicas

Se definió como la presencia de alguno de los siguientes diagnósticos: malformaciones uterinas, miomas submucosos, sinequias uterinas, pólipo endometrial e incompetencia ístmico-cervical. (Medrano, Enríquez, & Reyes, 2016)

Sinequias intrauterinas

Las sinequias uterinas (Síndrome de Asherma) suelen ser el resultado de la destrucción de grandes áreas de endometrio por un legrado. Pueden provocar aborto recurrente espontaneo, como evento primario o debido a legrados repetidos producto de abortos recurrentes espontáneos de otra causa.

Los leiomiomas

Los leiomiomas grandes y múltiples son bastante frecuentes y en ocasiones provocan abortos. En la mayor parte de los casos, su ubicación es más

importante que su tamaño. Se localización puede ser submucoso, se asocian de manera importante con abortos repetidos.

Genéticas

El gran porcentaje los abortos se producen antes de que cumplan 8 semanas de gestación porque existe una disyunción cromosómica durante la meiosis o lo que se conoce como una súper fecundación de un óvulo por dos espermatozoides.

Monosomía X que es la pérdida de uno de los cromosomas X durante la fertilización, o se describe cuando no existe disyunción durante la meiosis.

Triploidía que es la degeneración hidrópica de la placenta y el gameto contiene 69 cromosomas.

Tetraploidía cuando el gameto contiene 92 cromosomas.

Diabetes mellitus

La frecuencia de tantos abortos espontáneos como malformaciones congénitas mayores aumenta en las mujeres con diabetes insulino dependiente. Este riesgo depende de la regulación metabólica al principio del embarazo.

Factores del padre

Se sabe muy poco sobre los factores del padre en la génesis del aborto. Sin embargo, numerosas anomalías cromosomáticas están asociadas al aborto. (Willians, 2011)

DIAGNÓSTICO

La base principal para el manejo del aborto es su diagnóstico. Esto es posible basándose en criterios clínicos y una prueba de embarazo positiva. Sin embargo, la medición cuantitativa de la beta-hCG en suero en general se realizan para excluir un embarazo ectópico y para determinar si los productos de la concepción siguen en el útero. (Antonette, 2010)

Es importante confirmar por medio de la valoración ginecológica el estado del paciente, ya que el reconocimiento de esta anomalía se basa en los antecedentes del sangrado, contracciones uterina, modificaciones cervicales y la ecografía transvaginal para determinar la edad gestacional, sangrado activo ausencia de actividad cardíaca, diámetro cefalocaudal menor de 5 mm, saco gestacional sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior, además con la ayuda de una exploración bimanual junto se valora el tamaño y la forma uterina. (MSP, 2013)

Diagnóstico diferencial

- Fisiológica
- El embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Cervical, vaginal o patología uterina
- Hematoma subcoriónico

TRATAMIENTO

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

Los tipos de abordajes terapéuticos para el manejo del aborto a ser utilizados son:

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico tiene mayor éxito cuando se prescribe en aborto incompleto y en dosis de Misoprostol 600 µg por vía oral o 400 µg por vía sublingual. La vía de administración del misoprosol no influye en la tasa de éxito del tratamiento, aunque unos pocos ensayos clínicos han reportado tasas de éxito mayores cuando se utiliza vía vaginal. Mujeres y proveedores de salud opinan que el uso del Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es muy aceptable. La investigación en escenarios de bajos recursos en varios países ha indicado que más del 90% de las mujeres se encontraba muy satisfecha con el tratamiento con Misoprostol.

Se ha administrado el misoprostol para el aborto incompleto por vía vaginal, oral y sublingual. Distintos estudios han demostrado la muy elevada eficacia (mayor de 90%) y aceptabilidad de la vía oral. Por otra parte, se ha demostrado recientemente que la efectividad de la dosis sublingual es igual a la de la dosis oral a pesar de ser menor. En la administración sublingual, la mujer retiene las pastillas debajo de la lengua durante unos 30 minutos y traga con agua los fragmentos restantes.

Existe evidencia de que la administración de misoprostol es segura y efectiva por vía oral o sublingual y puede ser administrado domiciliariamente por la misma paciente. Se debe considerar el uso de prostaglandina oral o sublingual de acuerdo a las condiciones clínicas de cada paciente las pacientes que se les proporcione el tratamiento farmacológico del aborto espontáneo se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por tres o cuatro días, y continuar con un manchado por dos semanas

Estudios demuestran que no existe diferencia significativa entre la evacuación médica o quirúrgica para el aborto con pérdidas de menos de 10 semanas o saco gestacional con diámetro de 24 mm. Se ha demostrado que la evacuación con tratamiento farmacológico tiene beneficios económicos potenciales. Sin embargo, la presencia de dolor y sangrado puede ser un factor negativo que afecte la aceptación a este tratamiento.

Efectos adversos del tratamiento farmacológico

- Dolor
- Sangrado tras vaginal
- Náusea
- Vómito
- Diarrea
- Fiebre

Para evitarle ansiedad y preocupación se debe informar que son de corta duración y no traen consecuencias graves. Se considera sangrado excesivo cuando la paciente refiere cambio de toallas sanitarias saturadas de sangre en un tiempo menor a una hora y durante un periodo consecutivo de dos horas. En casos de mujeres con aborto y cesárea previas, el uso de misoprostol debe ser administrado en dosis bajas. Hasta las nueve semanas de embarazo, el tratamiento farmacológico con misoprostol puede ser usado sin requerir

hospitalización en la mujer, ya que el sangrado que se produce es solo un poco mayor que el de una menstruación normal.

Las pacientes que serán sometidas a tratamiento farmacológico por abortos de más de 12 semanas deberán ser hospitalizadas hasta la expulsión del feto y placenta. Embarazos menores a 12 semanas pueden recibir tratamiento domiciliario. Todas las pacientes que reciben tratamiento farmacológico para aborto con misoprostol deben acudir a recibir atención médica inmediata si presentan sangrado excesivo, fiebre de 24 horas o dolor abdominal intenso. No es necesario el uso de ecografía previa o posterior al tratamiento. Varios estudios efectuados en escenarios de bajos recursos confirmaron un aborto incompleto en menos de 5% de casos. (MSP, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica, 2013)

Tratamiento quirúrgico del aborto

CUADRO #1

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

Fuente: Guía de Práctica Clínica (GPC)

Elaborado por: Raquel Meléndez

Son indicaciones para AMEU:

- Altura uterina menor a 11 cm.
- Dilatación cervical menor o igual a 1 cm.
- Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

Son indicaciones para LUI:

- Altura uterina mayor o igual a 12 cm
- Dilatación cervical mayor o igual a 1 cm.
- Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

La realización rutinaria de LUI se implantó por la creencia de que si no se efectuaba se favorecía la retención de tejidos, infecciones y sangrado. Varios estudios demuestran que estas complicaciones afectan menos de 10% de los casos de mujeres con aborto espontáneo. El LUI está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional. El LUI debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento farmacológico cuando el sangrado es abundante y persistente. Existe evidencia que concluye que la AMEU es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto diferido; disminuyendo significativamente la cantidad de sangrado, el dolor pélvico y el tiempo de duración del procedimiento.

Preparación cervical para el aborto quirúrgico

Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de nueve semanas completas en mujeres nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos mayores a 12 semanas completas. Se recomienda el siguiente régimen hasta la semana 14 misoprostol 400 µg administrados vaginalmente tres

horas antes de a la cirugía o vía sublingual dos horas antes de a la misma. Misoprostol vaginal también puede ser usado y administrado directamente por la paciente. Después de la semana 14 de gestación, los dilatadores osmóticos pueden proveer una dilatación superior a los métodos clínicos. De todas formas, una alternativa aceptable sigue siendo el misoprostol hasta la semana 18, en caso necesario. NO se recomienda el uso de oxitocina o ergometrina como profilaxis ya que causan excesivo sangrado.

Tratamiento del dolor en el aborto quirúrgico

No se recomienda el uso de anestesia general en el aborto quirúrgico, solo sedación de la consciencia y anestesia local de ser necesario. El tratamiento de elección para el dolor posquirúrgico es con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) NO se recomienda el paracetamol profiláctico (oral o rectal) por ser inefectivo y no presentar diferencias significativas con placebos. Algunas pacientes pueden requerir analgesia narcótica, sobre todo después de las 13 semanas. Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede dejar el establecimiento de salud tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean normales y estables.

Tratamiento psicológico del aborto espontáneo

La evidencia sugiere que NO aumenta ni disminuye la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas adversas si se tiene un aborto o no, a menos que exista una enfermedad mental previa o tenga abortos recurrentes. Se recomienda la asesoría oportuna y adecuada en todos estos casos. Se recomienda asesoría psicológica en el momento del aborto espontáneo y/o recurrente, la cual ha demostrado, después de un año, mejorar la angustia y depresión en casos específicos, y ofrecer mayor bienestar en la paciente. Todos los profesionales deben estar conscientes de que pueden aparecer, en pocos casos, secuelas psicológicas asociadas con el aborto espontáneo y que deben proporcionar

apoyo apropiado, seguimiento y acceso a asesoría formal profesional si es necesaria. (MSP, Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica, 2013)

COMPLICACIONES

Infecciones

Los síntomas más frecuentes son fiebre o escalofríos, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, secreción vaginal o cervical con mal olor, sensibilidad uterina y leucocitosis. Este debe ser manejado con antibioterapia y cuando está asociada a la retención de restos ovulares, se procede a la evacuación uterina.

Hemorragia

El manejo de la hemorragia post aborto depende de su causa desde solo masaje uterino, administración de uterotónicos hasta manejo quirúrgico.

Retención De Restos Ovulares

La sintomatología característica es dolor abdominal, sangrado genital o signos de infección. Se realiza la aspiración al vacío como método de elección para tratar un aborto incompleto.

Perforación Uterina

La perforación al ser detectada puede ser manejada solo con observación y antibioterapia. En caso de lesiones mayores, la laparoscopia es la vía

diagnóstica de elección sin embargo un manejo más complejo se debe dar en la detección de trauma intestinal, vascular u otra estructura por medio del abordaje por laparotomía.

PLANIFICACION FAMILIAR

Las mujeres en post-aborto están en riesgo de repetir un embarazo en las dos o tres semanas que siguen al procedimiento. Son muchas las mujeres que no reciben servicios de planificación familiar inmediatamente después de un aborto. Además, cada año 31 millones de mujeres sufren abortos espontáneos. Cuando se ofrecen consejería y servicios de planificación familiar después de un tratamiento postaborto de cualquier tipo la aceptación es elevada.

Los establecimientos de salud que pueden tratar efectivamente a las mujeres que experimentan abortos incompletos, también pueden brindar servicios de control de la natalidad, incluyendo consejería y métodos adecuados. La anticoncepción apropiada antes del alta se puede brindar de manera conjunta con todos los procedimientos de emergencia, incluyendo la dilatación y curetaje para pacientes hospitalizadas o ambulatorias, así como la aspiración endouterina manual o eléctrica. Cualquier proveedor de salud que puede tratar un aborto incompleto, puede brindar también la mayoría de métodos de planificación familiar.

Y aunque muchas de esas mujeres desean reemplazar con otro el embarazo perdido, los expertos recomiendan que postergando por seis meses un nuevo embarazo se obtienen los mejores resultados del embarazo siguiente. Es por ello que todas las mujeres deben recibir servicios de consejería y planificación familiar después de un aborto ya sea espontáneo o inducido, sin importar el procedimiento o método de evacuación con el que se puso fin al embarazo.

CONSULTA PRECONCEPCIONAL

El objetivo principal de la atención preconcepcional es promover la salud de la mujer y de su descendencia. Si la familia está planificando un embarazo existe una especial predisposición a efectuar cambios de conducta saludables.

El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida.

Historia ginecológica y obstétrica previa

A continuación, describimos los aspectos más importantes a valorar.

- Se recogerá información general: tipo menstrual, embarazos previos y resultado y complicaciones surgidas en ellos: HTA, diabetes, depresión, que requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo.
- Métodos anticonceptivos utilizados y consejo sobre el modo de interrumpir su uso y sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 3 meses antes de la gestación.
- Historia previa de infertilidad o abortos de repetición en los que hay que valorar la realización de estudios, generalmente en el nivel especializado, así como aconsejar un seguimiento precoz del futuro embarazo.
- Historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.

Indicaciones de consejo genético preconcepcional

Se debe valorar la realización de consejo y estudio genético en los siguientes casos:

- Historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes o muerte fetal.
- Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas:
 - Cromosómicas: síndrome de Down.
 - Estructurales: defectos del tubo neural.
 - Metabólicas: muerte neonatal o en la infancia, genitales ambiguos.
 - Hematológicas: anemias, alteraciones de la coagulación.
 - Enfermedades neurológicas: distrofia muscular.
 - Retraso mental: síndrome del cromosoma X frágil.
 - Fibrosis quística.

2.1.1. MARCO CONCEPTUAL

Blastocito: es una estructura esférica rodeada por una cubierta llamada trofoblasto, que va a tener como misión de excavar en el endometrio para efectuar la implantación.

Aborto: Perdida o fracaso de un embarazo temprano, puede ser completo, incompleto, inevitable, diferido, séptico o amenaza de aborto.

Aborto espontaneo: Expulsión espontánea de un embrión o de un feto de menos de 500 g o antes de las 20 semanas de gestación. Producido de forma natural.

Factores asociados al aborto: son las condiciones materiales de la vida a las que está expuesta la mujer gestante en el campo de la formación académica y su relación con sus factores y sus necesidades.

Factores personales: son las actitudes que cada persona que puede mejorar de manera consciente.

Factores obstétricos: son los factores intrínsecos que se presentan en la gestación como problemática y complicación, durante el embarazo, parto y puerperio.

2.1.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos, encontrándose en una edad gestacional entre 20 -22 semanas.

En el mundo mueren 585.000 mujeres cada año por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % de muertes maternas se deben a complicaciones de abortos. (NARVÁEZ P. Y NEIRA A., 2015)

Aunque el aborto sólo se permite por motivos terapéuticos y jurídicos limitados, se practica ampliamente en el Ecuador. La OMS estima que cada año se practican en el Ecuador 95.000 abortos (30 por cada 1000 mujeres en edad de procrear por año). Hay sólo 200 abortos legales registrados cada año. (Orchard, 2014)

Muñoz (2018) en su tesis realizó un estudio con el objetivo de identificar riesgos asociados al aborto espontáneo en el servicio de ginecología. Es una investigación observacional y descriptiva, no experimental, de corte transversal, para la recopilación de los datos se tomó información de las historias clínicas de pacientes que presentaron aborto espontáneo en el año 2017, que fue registrada en la ficha de recolección de datos , se midió variables, sociodemográficas, riesgos gineceo obstétricos, antecedentes personales de un total de 30 pacientes atendidas , los principales resultados encontrados son que la edad materna con mayor rango fue de 19 a 35 con el 60 % , dentro de los principales antecedentes personales para un aborto son la hipertensión 40% y la obesidad con 40% y como antecedentes gineco obstétricos multigestas con el 60% el periodo intergenésico con el 40% las infecciones vaginales con 40% el 27% de las mujeres atendidas presentaron el 27% de abortos incompletos y el 43% utilizaron como método anticonceptivo el hormonal. (Karina, 2018)

Por lo tanto, toda mujer que se encuentra con algún tipo de factor de riesgo modificable, deberá tener cambios en el estilo de vida, hábitos alimenticios que ayudarán no solo en su salud sino también influenciarán en las futuras concepciones que planea.

Aún hoy, y a pesar de los enormes avances que ha experimentado la medicina de la reproducción, el aborto permanece como la complicación más frecuente del embarazo. (Stefani, 2017)

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

Si se determina los factores de riesgo gineco-obstétricos se podrá disminuir su relación con aborto espontáneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019.

2.3. VARIABLES

2.3.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores de riesgos gineco- obstétricos

2.3.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Aborto espontáneo

2.3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
FACTORES DE RIESGO GINECO – OBSTETRICOS	Son los factores intrínsecos que se presentan en la gestación como problemática y complicación como durante el embarazo, parto y puerperio.	Edad materna	15 – 40 años	Por ciento
		Factores de riesgo Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • # de Gestas • Partos • Cesaría • Abortos previos • Controles prenatales • Planificación familiar 	Por ciento
		Factores de riesgo ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones (vaginosis, candidiasis) • Signos y síntomas (dolor en el hipogastrio, sangrado, sangrado más resto) • Anomalías uterinas 	Por ciento

Elaborado por Raquel Meléndez

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
ABORTO ESPONTANEO	Expulsión espontanea de un embrión o un feto de menos de 500g. o antes de las 20 semanas de gestación producida de forma natural.	Semanas de gestación	# de semanas	Por ciento
		Presentación clínica del aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto completo • Aborto incompleto • Aborto diferido • Aborto recurrente • Aborto séptico 	Por ciento
		Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Infecciones (endometritis, IVU) • Sin complicaciones 	Por ciento

FUENTE: Elaborado por Raquel Meléndez

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método que se aplicó en la presente investigación fue de carácter deductivo, debido a que analizamos la base de datos del departamento de estadísticas sobre las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital básico del cantón El Carmen de quienes presentaban factores de riesgos gineco-obstétrico asociados a abortos espontáneos en el periodo mayo-septiembre del 2019.

3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue dentro de la modalidad cuantitativa ya que identificamos y analizamos los principales factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a abortos espontáneos en las gestantes, debido esta modalidad determinamos en porcentaje cual es la edad que presenta en más frecuencia, y que factores de riesgo gineco-obstétricos se presentó con más recurrencia en el periodo de estudio.

3.3. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se desarrolló fue descriptiva, retrospectiva, transversal, no experimental, dado a que no se manipularan premeditadamente las variables, se realizó una observación del tema tratado para poder describir y analizar el caso de estudio sin necesidad de intervenir directamente.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS

El presente trabajo investigación se basó en la observación y selección de datos que se obtuvieron de los registros de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el periodo de mayo a septiembre 2019, dicha información fue concedida por el departamento de estadística del Hospital básico del Cantón El Carmen, se mantuvieron los criterios de confidencialidad para proteger la privacidad con las usuarias.

3.4.2. INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó fue una hoja de cálculo de Excel para la recolección de datos, el cual se recogió en forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la investigación.

POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

3.4.3. POBLACIÓN

La población está determinada por 185 gestantes que presentaron aborto espontáneo atendidas en el Hospital Básico del Cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019.

3.4.4. MUESTRA

Para la selección del criterio muestra se aplicó criterios de inclusión y exclusión para obtención de la muestra que se empleó para el estudio sobre los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes.

Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Hospital básico del Cantón El Carme en el periodo mayo-septiembre 2019.
- Gestantes con diagnósticos de aborto espontaneo relacionado a los factores de riesgo gineco-obstétrico.
- Historias clínicas accesibles con datos completos.

Criterios de exclusión

- Gestantes atendidas en el Hospital básico del Cantón El Carmen fuera del periodo mayo-septiembre 2019.
- Gestantes con diagnósticos diferencial al aborto espontaneo asociadas a los factores de riesgo gineco-obstétricos.
- Historias clínicas inaccesibles con datos incompletos.

3.5. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Nº	MES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	ACTIVIDADES																				
1	Selección del tema			■																	
2	Elaboración del perfil (1 etapa)				■	■															
3	Aprobación del tema (1 etapa)						■														
4	Recopilación de información							■													
5	Desarrollo del capítulo I								■												
6	Desarrollo del capítulo II									■											
7	Desarrollo del capítulo III										■										
8	Presentación del perfil (2 etapa)											■	■								
9	Validación y aplicación de instrumentos													■							
10	Tabulación de datos														■						
11	Desarrollo del capítulo IV															■					
12	Desarrollo del capítulo V																■				
13	Presentación y sustentación del informe del proyecto (3 etapa)																	■	■	■	■

CUADRO #2

Elaborado por: Raquel Meléndez

3.7 RECURSOS

3.7.1 RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigador	Raquel Elizabeth Meléndez Cuadrado
Docente-tutor de Proyecto de Investigación	OBST. ANA MARIA PASOS BAÑOS

CUADRO #3

Elaborado por: Raquel Meléndez

3.7.2 Recursos económicos

RECURSOS ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Seminario de tesis	75
Internet	
Primer material escrito en borrador	50
Material bibliográfico	20
Copias	50
Alquiler de equipo informático	20
Alimentación	80
Movilización transporte	
TOTAL	385

CUADRO #4

Elaborado por: Raquel Meléndez

3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

3.8.1 Base de datos

Se revisaron la totalidad de historias clínicas de las pacientes atendidas en Emergencia y Gineco Obstetricia del hospital básico del El Carmen durante el periodo mayo a septiembres se detectaron 185 pacientes con diagnóstico de aborto de las cuales con criterios de inclusión y exclusión cumplieron 127 pacientes.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

EDAD

CUADRO #5

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-23	43	43%
24-32	61	34%
33-41	23	18%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

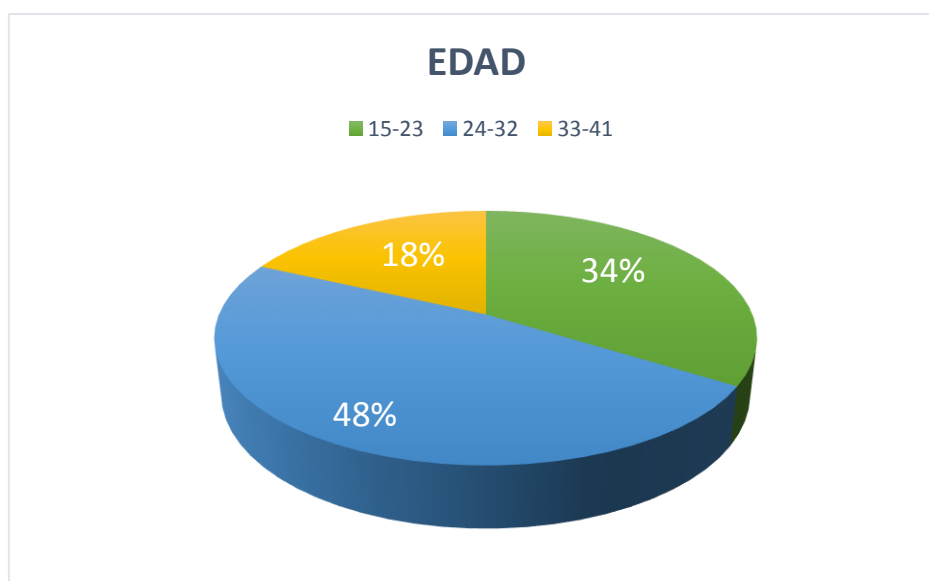


Gráfico # 1

Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de los resultados: En los registros del Hospital básico del El Carmen, las pacientes con edades de entre 24 a 32 que presentaron aborto espontaneo se destacan con un 48%.

ESTADO CIVIL

CUADRO #6

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	29	23%
CASADA	59	46%
UNION LIBRE	39	31%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

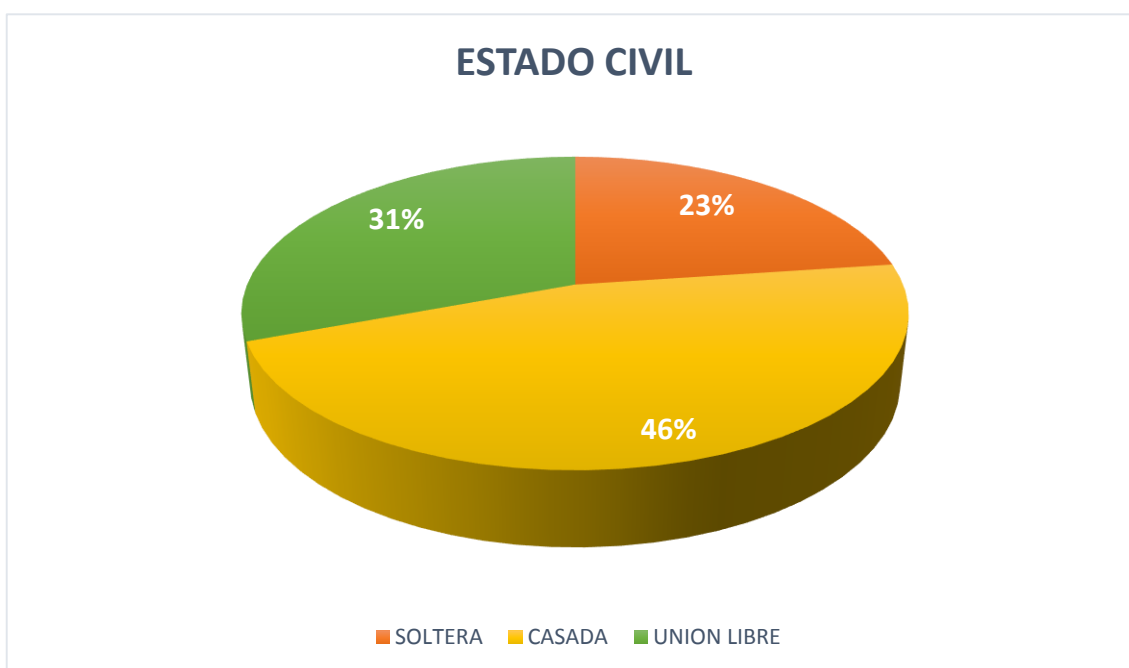


GRAFICO #2

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de los resultados: en las historias clínicas que se analizaron en el Hospital básico del El Carmen se determinó que el 46% de las gestante son casadas, el 31% son de unión libre y el 23% son solteras.

PARIDAD

CUADRO #7

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	54	43%
MULTIGESTA	73	57%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

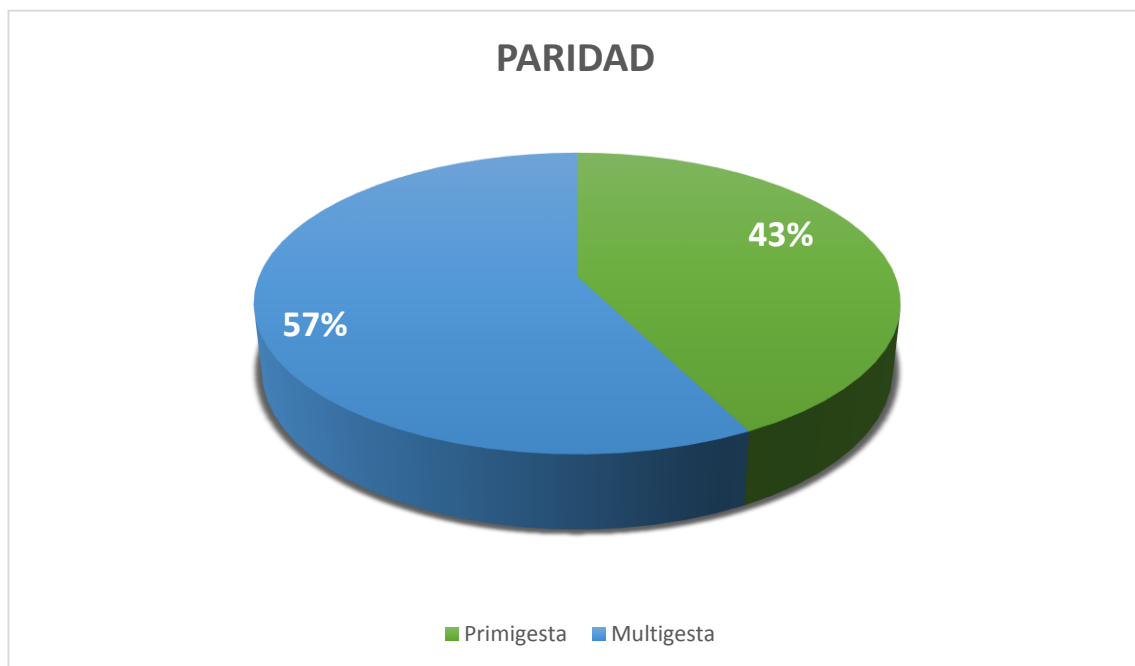


GRAFICO #3

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultados: Los datos recopilados del departamento de estadística del Hospital básico del El Carmen se determina que las pacientes con partos anteriores con un 57%.

CONTROL PRENATAL

CUADRO #8

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	71	62%
NO	56	38%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

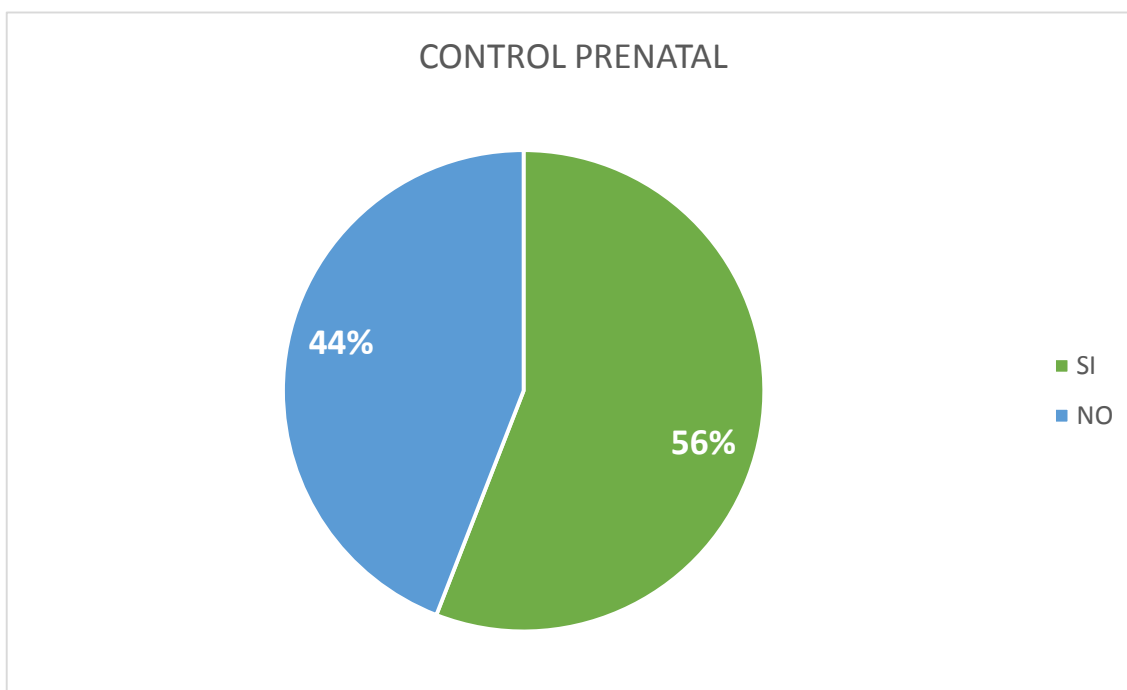


GRAFICO #4

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de respuestas: los datos recopilados en el departamento de estadística del Hospital básico de El Carmen se determinaron que el 44% de las gestantes no asistían a los controles prenatales.

PLANIFICACION FAMILIAR

CUADRO#9

PLANIFICACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	67	53%
NO	60	47%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

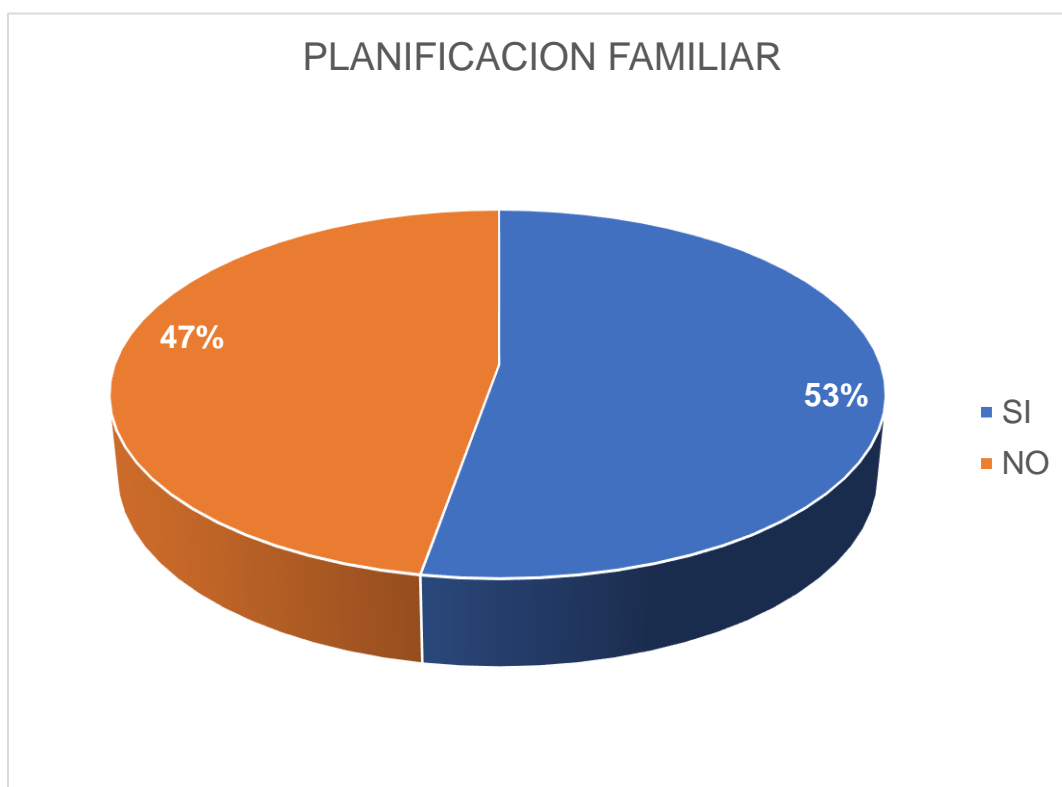


GRAFICO #5

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultados: con los datos recopilado del departamento de estadística del Hospital básico del El Carmen se determinó que el 47% de la población no refirió el uso de métodos anticonceptivos.

ABORTOS PREVIOS

CUADRO #10

ABORTOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	66	48%
NO	61	52%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

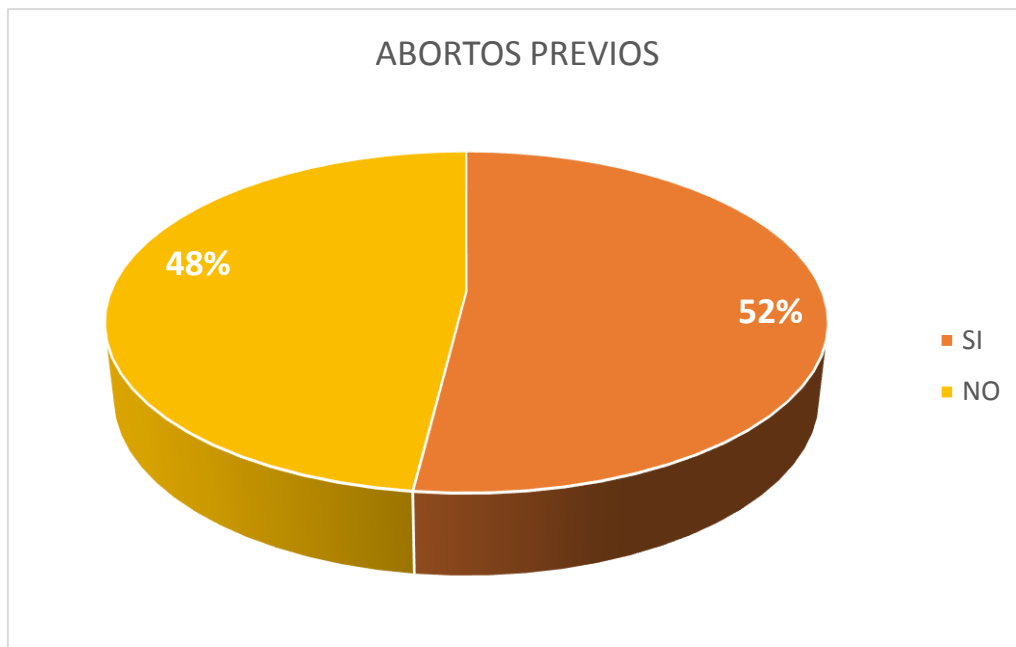


GRAFICO #6

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultado: se determinó que el 52%, más de la mitad de la población presentó un aborto.

MOTIVO DE CONSULTA

CUADRO #11

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR EN EL HIPOGASTRIO	37	29%
SANGRADO	47	37%
SANGRADO + RESTOS	31	24%
ALZA TERMICA	12	10%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

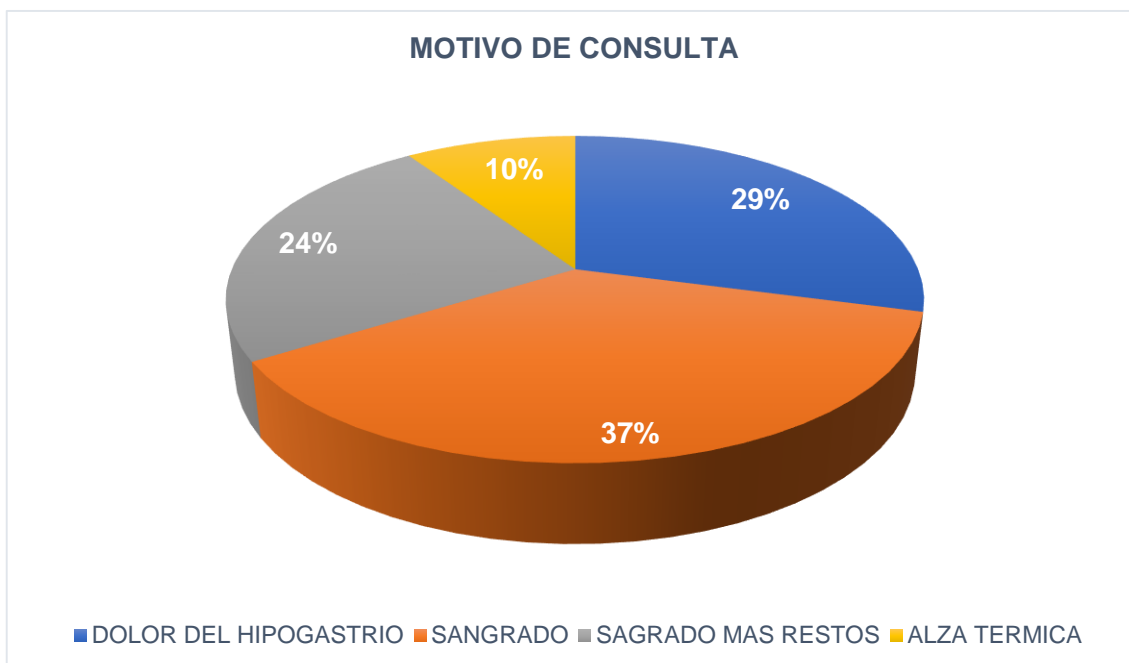


GRAFICO #7

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultado: Las pacientes que acudieron al Hospital básico del El Carmen en el periodo mayo – septiembre 2019 presentaron los siguientes síntomas: El sangrado fue el más frecuente con un 37%, acompañado de dolor en el hipogastrio con el 29% como síntomas principales del aborto.

TIPOA DE ABORTO

CUADRO #12

TIPOS DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ABORTO COMPLETO (CIE 10 O03.9)	47	37%
ABORTO INCOMPLETO (CIE 10 O03.1)	63	50%
ABORTO RECURENTE	14	11%
ABORTO SEPTICO (CIE 10 O03.5)	3	2%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

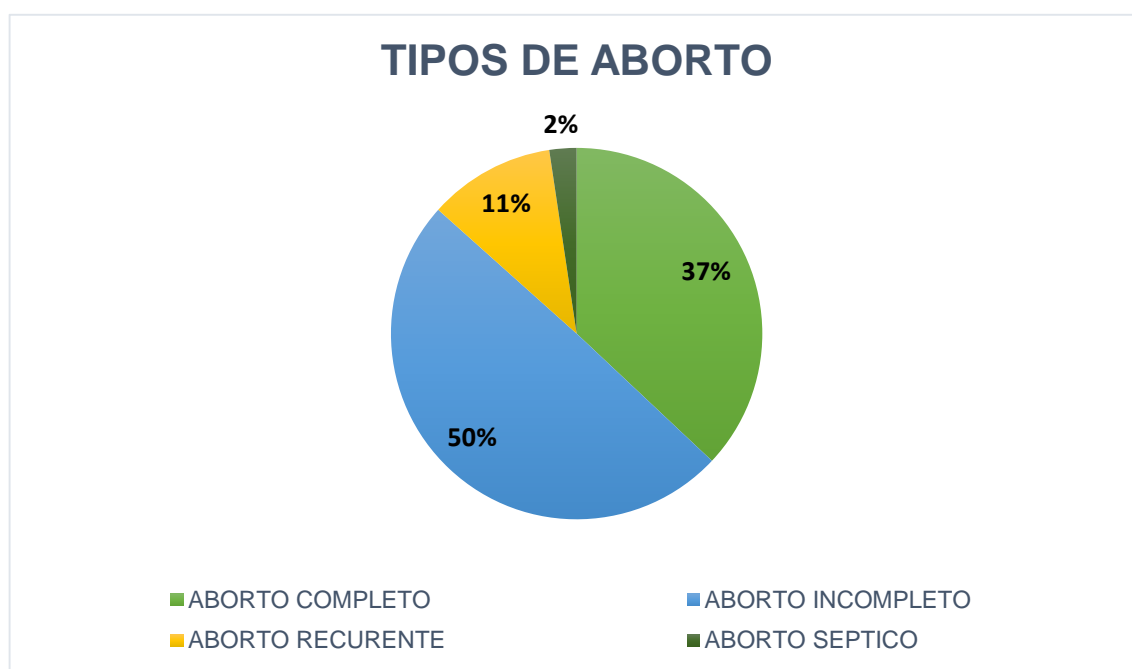


GRAFICO #8

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen

Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultado: Los tipos de abortos que se presentaron en el periodo de estudio mayo – septiembre 2019 en el Hospital básico del El Carmen fueron los abortos incompletos con el 50%, es decir, presentaron sangrado, dolor, entre otros síntomas.

INFECCIONES

CUADRO #13

INFECCIONES (CIE 10 N77.1)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINOSIS	55	57%
CANDIDIASIS	72	43%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

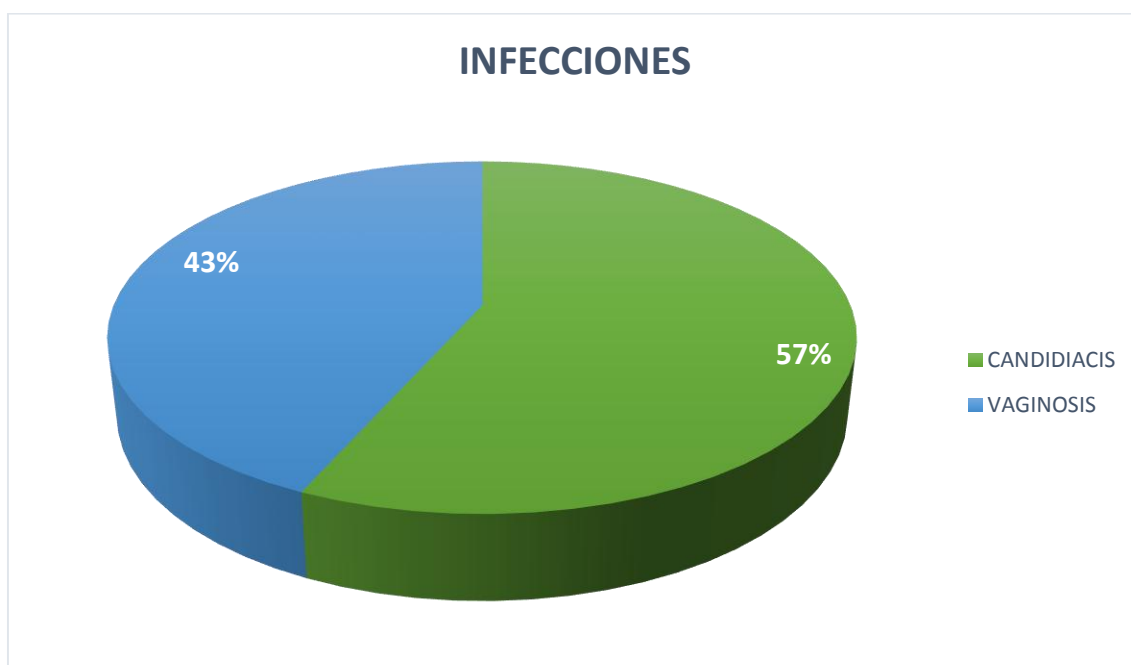


GRAFICO #9

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultados: se determinó que las infecciones vaginales más común en las gestantes es la candidiasis, con un 57%% de presentación, y la vaginosis con el 43% fueron las únicas patologías encontradas.

COMPLICACIONES

CUADRO #14

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMORRAGIA (CIE 10 O03.1)	38	30%
INFECCIONES	28	22%
SIN COMPLICACIONES	61	48%

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

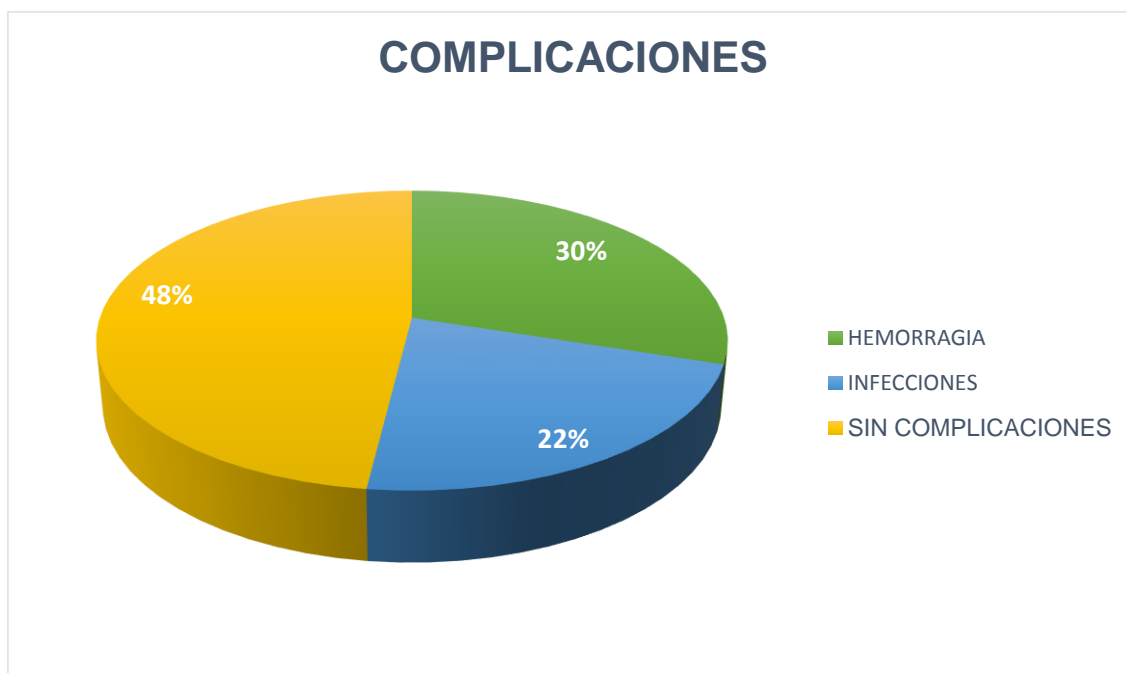


GRAFICO #10

FUENTE: Hospital Básico del El Carmen
Elaborado por: Raquel Meléndez

Análisis de resultados: El 48% de las pacientes no presentaron complicaciones mientras que un 30% presentaron hemorragias y el 22% infección.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Como se ha descrito, el aborto es un importante tema de salud pública además de su impacto en la sociedad por ser una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población gestante ecuatoriana por esta razón se llevó a cabo este estudio con el propósito de determinar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados al aborto espontáneo en el Hospital Básico del cantón El Carmen el periodo mayo – septiembre del 2019, se registramos 127 casos en una población de 185 gestantes atendidas, correspondientes a una edad gestacional menor de 20 semanas.

Durante el análisis de datos se pudo observar que entre las gestantes con edades de 24 a 32 años se presentaron con frecuencia abortos con un 48%; una incidencia considerable, es decir, el 38% de las mujeres gestantes no acudían a los controles prenatales, afectando como principal factor de riesgo asociado a aborto. Un estudio realizado por la autor Angelica Bravo mediante un estudio descriptivo, retrospectivo en su tesis de Grado **Factores de riesgo y complicaciones del aborto realizado en el Hospital Universitario de la Ciudad de Guayaquil Periodo 2015** mediante revisión de 500 expedientes clínicos con diagnósticos de Aborto concluyo el mayor factor de riesgo del aborto en grupos etarios entre 21 y 26 años donde el 64% procedían de zonas urbanas marginales por lo que se les hacía inaccesible el centro de salud y el 47% presentaron complicaciones obstétricas. (TORRES, 2015)

Las complicaciones obstétricas con mayor relevancia fueron las hemorragias con el 30%; las pacientes analizadas en este periodo de tiempo en su mayoría presentaban sangrado con un 37%, este como antecedente principal de consulta por el que acudieron al Hospital; en cuanto lo que corresponde a las causa de abortos se pudo observar que el 57% de las pacientes presentaron infecciones (candidiasis) como factor ginecológico, presentando dolor abdominal, entre otros síntomas; los aborto espontáneos (incompletos) se presentaron con un 50% en cuanto a abortos completos.

4.3. CONCLUSIÓN

Con el presente trabajo de investigación realizada en el Hospital básico del Cantón El Carmen se estudiaron los factores riesgos gineco-obstétricos asociados al aborto espontaneo en el periodo de mayo hasta septiembre del 2019 en donde se observaron que las pacientes que acudieron a dicho establecimiento de salud mostraban ser solteras con un 23%, multigestas en un 57% entre edades de 24 a 32 años con un 48%, aborto a repetición en un 48% en donde 2 de cada 10 usuarias no acudían a las consultas prenatales (38%) y no realizan planificación familiar lo cual desarrolla en mayor medida problemas por el periodo intergenésico, lo cual nos lleva a la conclusión que las mujeres que quieran realizar un proceso adecuado de gestación deben planificar para que puedan evitar consecuencias en su embarazo.

Con respecto a frecuencia de abortos espontáneos, se concluyó que tuvo un porcentaje de 43%. Los abortos que se presentaron en el lugar de estudio fueron los abortos incompletos representando el 50%, dentro de los cuales las complicaciones más frecuentes fueron las hemorragias presentándose en un 63% de los cuales se manifestaron 3 casos de Sepsis.

Al realizar el análisis de las historias clínicas se pudo observar la calidad y el cuidado que poseen las gestantes en el establecimiento de salud por la falta de atención y aplicación de las guías de práctica clínica y el poder reconocer de manera rápida los signos y síntomas para poder aplicar el manejo adecuado.

4.4. RECOMENDACIONES

- Extender los estudios a cada uno de los factores de riesgo para así poder modificar o dar más énfasis para la prevención de los mismos. Difundir información sobre la importancia de realizarse controles prenatales vigilar los factores de riesgo y prevenir que el embarazo termine en un aborto a través de charlas a las mujeres en edad fértil.
- Dar a conocer al personal médico de los factores de riesgo para que se tomen medidas preventivas, tomando en cuenta los procedimientos a seguir como se indican en las guías de práctica clínica e informar constantemente sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos en la población, pues como se ha revisado su uso es bajo en la población afectada por aborto.
- Capacitar al profesional de salud sobre la ejecución del Score Mama e implementar las claves Obstétricas roja, amarilla lo que reducirá la morbilidad y mortalidad materna permitiendo tener una tasa de embarazos normales.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

Capacitar al personal de salud sobre los factores de riesgo y la prevención del aborto espontaneo según las guías de práctica clínica del ministerio de salud.

5.2. ANTECEDENTES

Durante el estudio del proyecto en el Hospital básico del cantón El Carmen durante el periodo mayo a septiembre del 2019 se logró destacar que el 57% de las gestantes son multigestas, con un 48% las pacientes constan con abortos recurrente ligados a infecciones vaginales (candidiasis) con un 56% como resultando que 2 de cada 10 mujeres no acudan a sus respectivos controles prenatales elevando las tasas de abortos durante las primeras semanas de gestación.

5.3. JUSTIFICACIÓN

Las tasas elevadas de aborto con un 52% son causantes de complicaciones maternas como hemorragias con un 30% seguidas por infecciones con un 22% justifica la capacitación al personal de salud sobre los factores de riesgo y la prevención del aborto espontaneo según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública para así poder reducir estas tasas morbilidades y mortalidades maternas en los sectores del cantón El Carmen.

5.4. OBJETIVOS

5.4.1. Objetivos generales

Elaborar capacitaciones sobre los factores de riesgo y prevención del aborto espontaneo al personal de salud del Hospital básico del cantón El Carmen según las guías de práctica clínica del ministerio de salud.

5.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las diferentes estrategias de prevención para el aborto espontaneo según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.
- Mencionar las diferentes estrategias de prevención para el aborto espontaneo según las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.

5.5. ASPECTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.5.1. Estructura general de la propuesta

La propuesta se la desarrollará por diferentes programas sobre actualizaciones de riesgo gineco- obstétricos dirigidos a los profesionales del hospital básico del cantón El Carmen con el fin de reducir las tasas de aborto espontaneo también se verificará el conocimiento sobre los signos de alarma a las pacientes e importancia del control prenatal y la anticoncepción.

5.5.2. Componentes

Se aplicarán temas de las guías de práctica clínica sobre los tipos de abortos, abortos espontáneos, factores de riesgo obstétricos y ginecológicas que se presentan en las gestantes para realizar buenas prácticas en las pacientes que acuden al servicio de emergencia y ginecología del Hospital Básico del cantón El Carmen, se tendrá en cuenta:

- El equipo de salud: aplicación de un pretest para valorar el conocimiento sobre las prevenciones de aborto.
- Conferencias sobre aborto dirigido a profesionales del establecimiento de salud.
- Control prenatal
- Planificación familiar
- Infecciones vaginales
- Complicaciones obstétricas
- Tratamientos para el aborto

5.6. RESULTADOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA DE APLICACIÓN

5.6.1. Alcance de la alternativa

La propuesta tiene como objetivo desarrollar buenas prácticas en el manejo, prevención de los factores de riesgo gineco- obstétricos en las gestantes que acuden al Hospital básico del cantón El Carmen con el fin de fomentar el control prenatal y poder reducir en un futuro las altas tasas de abortos que se presenten en la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

(Febrero de 2019). Obtenido de Ministerio de Salud Pública:
<https://www.salud.gob.ec>

Antonette. (2010). *manual msd*. España.

Barrantes Freer, A. J. (19 de julio de 2013). *Embarazo y aborto en adolescentes. Medicina Legal de Costa Rica*. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009&lng=en&tlng=es.

Bernal, R. (2013). *Bioética como principio de la vida*. Cantabria.

Bernal, R. (2014). *EL ABORTO: La bioética como principio de vida*, 10-11.

Briceño, A. (2013). EL ABORTO. 92-106.

Cajamarca D. y Cando k. (2014). PÉRDIDA GESTACIONAL TEMPRANA. 18-22.

Chiva, Rodriguez, & Padilla. (Diciembre de 2013). *NCIDENCIA DEL ABORTO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008. 2013*; Obtenido de www.dspace.unach.edu.ec.

Doblado Donis, N. I. (2010). *Aborto en la adolescencia un problema de salud*. Obtenido de Scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es&tlng=en.

Eschenbach. (2015). Tratamiento del Aborto Séptico Espontáneo e. *Obstetrics & Gynecology*, 5-7.

Federico, M. (2013). El manejo del aborto espontáneo y de sus. *medigraphic*.

Gutiérrez, Ramos, Guevara, & Ríos. (19 de julio de 2015). *Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol*. Obtenido de Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es&tlng=es.

Hijona, J. (2019). Factores asociados al aborto espontaneo. 3-7.

Hinojosa, J. (2009). Factores asociados al aborto espontaneo. 12-20.

INEC. (diciembre de 2016). *Banco de informacion Quito, Ecuador*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud/>

Karina, M. (2018). Riesgos asociados en el aborto espontáneo detectados en el servicio de ginecología del hospital San Vicente de Paul Ibarra -2017. 18-22.

knaul, n., & lozano, a. (2016). Cáncer de mama una prioridad apremiante. *Salud Pública*.

Llopis, & Gonzales. (julio de 2013). *Bioética como principio de la vida*. Obtenido de <http://suite101.net/article/abortos-vs-metodos-de-prevencion-de-natalidad-a9017>.

Lopez, S. (2015). Factores de riesgo asociados al aborto. 10-15.

Malvino. (2011). *nfecciones graves en el embarazo y el puerperio. Biblioteca de obstetricia Crítica, t. iv. Buenos Aires*. Obtenido de http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/infecciones_Graves.pdf

Manzur. (2010). Aborto recurrente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 416-423.

Medrano, F., Enríquez, M., & Reyes, E. (2016). Prevalencia de las alteraciones anatómicas uterinas en mujeres. *GACETA MÉDICA DE MÉXICO*, 163-166.

MSP. (2013). *DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTANEO, INCOMPLETP, DIFERIDO Y RECURRENTE.*, 15-17.

MSP. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, 36-50.

NARVÁEZ P. Y NEIRA A. (2015). ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL. 10-14.

OMS. (JUNIO de 2019). OMS. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Orchard. (6 de junio de 2014). *Women on waves*. Obtenido de <https://www.womenonwaves.org/en/page/1898/in-collection/875/illegal-abortion-in-ecuador>

Ortiz. (2017). *El 85% de los abortos registrados en el Ecuador son por causas desconocidas*. Quito.

Pacheco, j. (2009). Enfoque actual al aborto recuerente. 123-125.

PAZMIÑO, D. (2018). *FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE ABORTO*.

Quiroga, M. (2015). estudio cromosomico del aborto. *revista peruana de ginecologia y obstetricia*, 124-129.

Roger, S. (2005). *Obstetricia, ginecologia y salud de la mujer*. III MANSON.

SANCHEZ, J. (2012). FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO ESPONTÁNEO. 25-30.

SEGO. (2016). 10-16.

Smith. (2011). Departamento de Obstetricia y Ginecología,. *Red de Salud VeriMed*.

Stefani, H. (2017). Factores asociados a aborto. 30-36.

Távora, L. (2015). EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 250-254.

Williams. (2011). *obstetricia*.

Willians. (2011). *Obstetricia*. McGraw-Hill.

ANEXOS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>¿Cuáles son factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019?</p>	<p>Determinar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019.</p>	<p>Si se determinara los factores de riesgo gineco-obstétricos se podrá disminuir su relación con aborto espontaneo en gestantes del hospital básico del cantón El Carmen- Manabí, mayo-septiembre 2019.</p>
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	
<p>¿Cuál es la asociación de la edad materna y el aborto espontaneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019?</p>	<p>Determinar la asociación de la edad materna y el aborto espontaneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019</p>	
<p>¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019?</p>	<p>Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019</p>	
<p>¿Cuáles son los factores ginecológicos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019?</p>	<p>Analizar los factores de riesgo ginecológicos asociados al aborto espontáneo en las mujeres atendidas en el Hospital Básico del cantón EL Carmen, Manabí, durante el periodo Mayo- septiembre del 2019</p>	

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

REGISTRO DE DATOS ESTADÍSTICOS

NUMERO	CÓDIGO	FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS														FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS													
		EDAD			ESTADO CIVIL			GESTAS		PARTOS	CESAREAS	CONTROL PRENATAL		PLAN. FAM		ABORTOS		TIPOS DE ABORTO				INFECCIONES		SIGNOS Y SINTOMAS			COMPLICACIONES		
		15-23	24-32	33-41	SOLT	CASAD	U. LIBRE	PRIMIGESTA	MULTIGESTA			SI	NO	SI	NO	SI	NO	A.C	A.IN	A.RE	A.SP	CAN	VAG	DOLOR EN EL HIPOGASTRIO	SANGRADO	SANGRADO MAS RESTOS	ALZA TÉRMICA	HEMORRÁGIAS	INFECCIONES
1	7463	1				1		1			1			1	1			1				1						1	
2	8654	1				1		1				1		1		1					1		1				1		
3	13239		1			1			1		1		1		1						1			1					1
4	7504			1			1		1		1		1		1					1			1						1
5	1553		1			1			1		1			1		1					1		1				1		
6	5052		1				1	1				1		1	1		1				1			1			1		
7	13273	1					1	1			1		1			1	1				1			1			1		
8	606		1			1			1	1		1		1	1							1			1		1		
9	7622		1			1			1	1			1	1			1			1			1						1
10	13281			1	1				1		1		1		1						1		1						1
11	5713			1		1			1	1		1			1						1		1				1		
12	13307		1				1	1			1		1		1	1					1			1					1

13	5783	1				1			1	1			1		1		1			1			1			1					
14	5197	1			1			1		1		1		1		1		1			1			1			1			1	
15	4150			1			1		1		1	1		1			1			1			1			1					
16	10469		1			1			1	1		1			1	1		1				1			1			1			
17	2782	1					1	1		1			1	1		1		1			1			1			1			1	
18	13308	1				1			1		1		1		1	1					1			1			1			1	
19	10341	1				1		1			1	1		1			1		1			1		1							
20	4181		1				1		1	1			1	1		1		1				1			1			1		1	
21	9971		1				1	1		1			1		1	1					1		1			1				1	
22	7549		1			1		1			1	1		1			1			1			1			1				1	
23	13383	1					1		1		1	1		1					1			1	1						1		
24	8171		1		1			1		1		1			1		1		1		1			1			1			1	
25	13393			1		1			1		1	1			1		1		1			1				1			1	1	
26	345	1			1				1		1		1	1		1				1			1			1			1		
27	13383		1			1		1		1		1			1	1					1			1			1			1	
28	1111			1			1		1	1		1		1		1		1		1			1			1			1		
29	13416			1		1			1	1			1	1		1					1		1			1			1		
30	13334	1					1	1			1		1	1		1		1				1		1					1		
31	8674		1			1		1		1		1			1	1					1				1			1		1	
32	6284	1					1	1			1		1	1			1	1				1			1			1		1	
33	1275		1			1			1	1		1			1		1		1			1		1			1			1	
34	8642		1			1		1			1	1			1	1			1		1			1		1			1		
35	137	1					1	1		1		1		1		1					1			1			1			1	
36	13451			1		1			1	1			1		1				1			1	1						1		
37	8500		1				1	1		1		1		1						1		1				1			1		
38	12479		1			1			1		1		1		1	1					1				1			1		1	
39	12479	1				1		1			1	1		1		1		1				1		1					1		1

40	12216		1			1		1	1		1			1		1	1			1			1			1		
41	9770	1			1		1			1	1		1		1	1				1			1			1		1
42	13435			1		1			1	1			1		1		1			1		1					1	
43	1003		1			1			1		1	1		1			1			1		1					1	
44	11386	1				1		1	1			1	1		1				1		1				1		1	
45	11046	1				1	1			1	1			1	1		1				1	1				1		
46	13473		1			1			1	1			1			1		1			1		1			1		
47	4015	1				1	1		1		1			1		1		1			1		1			1		
48	13519		1			1			1	1		1			1	1		1			1	1					1	
49	13523		1			1		1			1		1	1			1	1			1		1				1	
50	13528		1			1			1	1		1		1			1			1			1				1	
51	689			1		1			1		1	1		1		1			1		1	1				1		
52	1245			1			1		1		1		1		1			1			1	1					1	
53	198	1			1			1			1		1	1		1			1	1					1		1	
54	13534	1				1	1		1			1		1		1		1			1	1					1	
55	15356	1				1			1	1		1		1		1		1			1			1			1	
56	11812	1			1			1			1	1		1			1			1	1				1			
57	12552		1				1		1	1			1		1	1				1		1					1	
58	13735		1		1			1		1		1			1		1				1	1				1		
59	5163		1			1		1			1		1	1			1		1		1		1				1	
60	3012	1				1			1		1		1	1		1					1			1			1	
61	983		1			1		1		1		1		1		1		1			1	1					1	
62	102	1			1				1		1	1		1		1	1				1			1				1
63	1689		1		1			1		1		1			1		1				1			1			1	
64	13555	1				1		1			1		1	1			1				1	1				1		
65	12248		1			1			1	1			1	1		1					1			1			1	
66	13553	1			1			1		1		1		1		1					1		1					1

67	12248		1			1			1	1			1	1						1			1				1
68	13553		1		1				1		1	1			1	1			1				1	1			
69	10007	1			1				1	1		1			1			1		1				1			
70	6861			1	1				1		1	1			1		1			1		1				1	
71	13553			1		1			1	1			1	1			1		1		1		1			1	
72	10007		1				1	1		1			1	1			1			1		1					1
73	6861			1		1			1	1		1			1			1		1			1			1	
74	13571	1				1		1			1	1			1		1			1				1			1
75	13595		1				1		1	1		1			1	1			1					1			1
76	13254	1			1			1		1		1			1		1			1		1					1
77	13982		1			1			1	1		1			1		1			1		1			1		
78	9834	1					1		1		1		1		1		1			1	1				1		
79	7539		1				1		1	1		1			1		1			1			1			1	
80	2847		1				1	1		1		1			1	1			1			1					1
81	1188	1			1				1		1		1	1			1			1		1				1	
82	1504		1			1		1		1		1			1		1			1		1				1	
83	1935		1		1				1		1	1			1	1			1	1							1
84	13571			1			1		1		1	1			1			1		1					1	1	
85	13595	1				1		1		1		1			1		1			1	1				1		
86	13254		1		1				1		1	1			1		1	1			1			1		1	
87	3217		1		1				1		1		1		1			1			1			1			1
88	136223			1			1		1		1	1			1		1			1			1				1
89	4465	1				1		1		1		1			1	1				1	1					1	
90	987		1			1			1	1			1		1		1			1			1			1	
91	745			1	1				1		1	1			1			1			1						1
92	637		1			1			1	1			1	1			1			1	1				1		
93	4823		1				1	1		1		1			1		1			1				1	1		

94	14872		1			1			1	1		1			1		1	1							1	
95	731	1					1	1		1		1			1		1		1			1				1
96	4832			1			1		1	1		1			1		1		1				1		1	
97	13632	1				1		1			1	1			1		1	1			1			1		1
98	8072	1				1		1			1		1	1			1	1				1	1			1
99	6747		1				1			1		1	1			1	1				1			1		1
100	930		1			1			1	1		1				1		1				1	1			1
101	2093	1			1			1			1	1			1		1	1			1			1		1
102	734			1		1			1	1			1	1			1	1			1				1	1
103	18345			1		1			1		1		1	1		1			1					1		1
104	7344		1			1			1	1		1			1	1		1				1	1			1
105	12938		1			1			1	1		1			1	1		1			1			1		1
106	13756	1			1			1			1	1			1			1		1				1		1
107	11924		1		1			1			1		1			1		1			1			1		1
108	19838			1			1		1	1			1	1			1	1				1		1		1
109	983		1		1			1			1	1			1		1			1			1		1	1
110	8237	1					1	1			1			1		1		1			1			1		1
111	10098		1		1				1	1		1			1	1		1				1		1		1
112	464		1				1		1		1		1	1			1			1			1		1	1
113	1569	1			1			1			1		1			1		1			1			1		1
114	2656		1				1		1		1	1			1		1		1			1		1		1
115	5789	1				1			1		1			1		1		1			1			1		1
116	10919		1		1				1		1	1			1		1			1			1		1	1
117	13645		1				1	1			1		1	1			1				1			1		1
118	596	1				1			1	1		1			1		1				1		1			1
119	726		1		1				1		1		1	1			1				1			1		1
120	676		1			1			1		1	1			1		1				1			1		1

121	726			1			1		1	1		1			1	1		1					1	1								1
122	879		1		1			1			1		1	1			1	1					1			1		1				
123	4589	1				1		1			1	1		1			1		1				1		1			1				
124	15564		1				1		1	1			1	1			1	1					1			1						1
125	679			1		1			1		1	1		1		1			1			1			1				1			
126	7926		1		1			1			1		1	1			1			1			1		1							1
127	11939		1			1			1	1			1	1			1			1			1	1								1
TOTAL		43	61	23	29	59	39	54	73	68	59	79	48	66	61	59	68	47	63	14	3	55	72	37	47	31	12	38	28	61		
		127			127				127		127		127			127				127		127				127						

