



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**“FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN
MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE
JESÚS DURANT EL PERIODO DE ENERO Y FEBRERO DEL
2017”**

AUTOR (ES):

**Rivero Navia María José
Pintado Abad Sara Vanesa**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Medico**

TUTOR:

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio

Guayaquil, Ecuador

22 de abril del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **MARIA JOSE RIVERO Y SARA PINTADO ABAD**, como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**.

TUTOR:

f. _____

DR. DIEGO VASQUEZ CEDEÑO

f. _____

DR. JUAN LUIS AQUIRRE

Guayaquil, a los 22 del mes de abril del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MARIA JOSE RIVERO Y SARA PINTADO ABAD**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS DURANTE EL PERIODO DE ENERO Y FEBRERO DEL 2017**”previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 22 del mes de abril del año 2017

EL AUTOR (A)

MARIA JOSE RIVERO

SARA PINTADO ABAD



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **MARIA JOSE RIVERO Y SARA PINTADO ABAD**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación “**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS DURANTE EL PERIODO DE ENERO Y FEBRERO DEL 2017**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 del mes de abril del año 2017

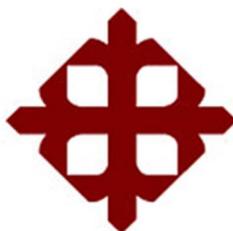
EL (LA) AUTOR(A):

MARIA JOSE RIVERO

SARA PINTADO ABAD

DEDICATORIA

Para mi familia por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. GUIDO MORENO

DOCENTE

f. _____

DR. CHEDRAUI

DOCENTE

RESUMEN

INTRODUCCION: Las hemorragias del primer trimestre afectan del 15-25% de todos los embarazos y es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias siendo la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación el aborto, El presente estudio con el objetivo de describir y dar a conocer los factores predisponentes **METODOLOGIA:** Estudio descriptivo longitudinal corte transversal, en el cual se generó una base de datos de expedientes de historias clínicas de pacientes atendidas durante enero y febrero del 2017 en el hospital mariana de Jesús. La recolección de datos se realizó en un libro de Excel 2016 y posteriormente se generaron tablas y análisis estadístico. **RESULTADOS:** el estudio conto con 92 pacientes de los cuales el grupo de edad con mayor frecuencia de aborto con un 46 % fue entre 20-25 años, el 69% de los pacientes no tenía antecedentes, y el 70% de los abortos fue antes de las 12 semanas **CONCLUSIONES:** el aborto se presenta más frecuentemente antes de las 12 semanas, los antecedentes patológicos ginecológico no son un factor de riesgo para aborto, se requieren búsqueda de otros posibles factores que puedan desencadenar aborto

PALABRAS CLAVES: ABORTO, FACTORES DE RIESGO, ECUADOR, ABORTO ESPONTANEO, INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS, SANGRADO DEL PRIMER TRIMESTRE.

ABSTRACT

INTRODUCTION: First-trimester hemorrhages affect 15-25% of all pregnancies and is one of the main causes of consultation with emergency services, being the first cause of bleeding in the first trimester of pregnancy. The objective of describing and making known the predisposing factors. **METHODOLOGY:** A longitudinal descriptive cross-sectional study, in which a database of records of clinical records of patients attended during January and February of 2017 at the Mariana de Jesus hospital, was generated. The data collection was done in an Excel 2016 book and later tables and statistical analysis were generated. **RESULTS:** The study had 92 patients, of whom the age group with the highest frequency of abortion with 46% was between 20-25 years, 69% of the patients had no history, and 70% of the abortions were before Of the 12 weeks **CONCLUSIONS:** abortion occurs more frequently before 12 weeks, gynecological pathological antecedents are not a risk factor for abortion, we need to search for other possible factors that may trigger abortion

KEY WORDS: ABORTION, RISK FACTORS, ECUADOR, SPONTANEOUS ABORTION, URINARY WAY INFECTIONS, FIRST QUARTER BLEEDING.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	11
EL PROBLEMA.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
Determinación del problema.....	13
Formulación del problema.....	14
Justificación.....	14
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVO ESPECIFICO.....	14
VARIABLES.....	15
Variable independiente.....	15
Variables dependientes.....	15
HIPÓTESIS.....	15
MARCO TEORICO.....	16
Aborto.....	16
EPIDEMIOLOGIA.....	17
CLASIFICACIÓN.....	18
ETIOLOGÍA.....	19
FACTORES DE RIESGO.....	22
PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	22
DIAGNÓSTICO.....	22
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	23
TRATAMIENTO.....	23
COMPLICACIONES.....	23
MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
MATERIALES.....	25
LOCALIZACIÓN.....	25
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	25
PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	25
VIABILIDAD.....	25
RECURSOS A EMPLEAR:.....	26
UNIVERSO Y MUESTRA.....	26

UNIVERSO.....	26
MUESTRA	26
METODO	26
TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	27
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	27
CRITERIOS DE EXCLUSION	27
PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	27
Operacionalización de equipos e instrumentos.....	27
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	27
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	28
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	28
PRESUPUESTO.....	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIÓN	38
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS	42

INTRODUCCION

Las hemorragias del primer trimestre afectan del 15-25% de todos los embarazos y es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias siendo la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación el aborto, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la *National Center for Health Statistics*, los *Centers for Disease Control and Prevention* como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 o un feto que nace con un peso <500g. (Schawrcz, 1998)

El aborto definido como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal.(Williams)En América Latina y el Caribe se reportan en el período quinquenal de 2010– 2014, aproximadamente 6.5 millones de abortos inducidos, cifra superior a los 4.4 millones ocurridos por año en 1990– 1994. (Guttmacher, 2016) La tasa de aborto es aproximadamente 49 para las mujeres casadas y 28 para las mujeres solteras. Se hace referencia que el 15% de los embarazos reconocidos clínicamente, se conoce que la incidencia va aumentando con la edad de la madre ya que el 15% de los productos se perderán antes de que exista la implantación, durante la implantación de dará el 25% y posterior al primer retraso del ciclo menstrual será tan solo del 10%. (Ginecología, 2014)

A nivel mundial el aborto es considerado como problema de salud pública dado a que el 13% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos debido a los factores de riesgo y connotaciones legales de cada país hace que su número haya aumentado junto con sus complicaciones y repercusiones sociales. Entre el 12 y 20% de los embarazos clínicamente diagnosticados terminan en aborto espontáneo. (Meza, 2013)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en 2013 el aborto en Ecuador representa la segunda causa de morbilidad femenina estimándose una tasa de 22,51 por cada 10000 mujeres. (INEC, 2016)

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto definido como como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal.(Williams)En América Latina y el Caribe se reportan en el período quinquenal de 2010– 2014, aproximadamente 6.5 millones de abortos inducidos, cifra superior a los 4.4 millones ocurridos por año en 1990–1994. (Guttmacher, 2016)La tasa de aborto es aproximadamente 49 para las mujeres casadas y 28 para las mujeres solteras. Se hace referencia que el 15% de los embarazos reconocidos clínicamente, se conoce que la incidencia va aumentando con la edad de la madre ya que el 15% de los productos se perderán antes de que exista la implantación, durante la implantación de dará el 25% y posterior al primer retraso del ciclo menstrual será tan solo del 10%. (Ginecología, 2014)

En el Hospital Mariana de Jesús se observa un incremento significativo del número de pacientes que acuden con sintomatología compatible con aborto, debido a que no existe información estadística precisa de su prevalencia y sean además identificados los factores predisponentes que motivan este incremento, en tal virtud, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su prevalencia e identificar los factores relacionados, para mejorar el diagnóstico y pronóstico de estos pacientes.

Determinación del problema

Campo: Salud Pública

Área: Epidemiología, Ginecología

Aspecto: Factores de riesgo

Tema: “Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús”

Lugar: Hospital Mariana de Jesús

Periodo: Enero – Febrero 2017

Formulación del problema

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo del aborto?

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.

Mediante la realización de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo se pretende dar a conocer la frecuencia y cuáles son los factores de riesgo para que ocurra un aborto.

Este trabajo se realizará mediante una base obtenida de la información de los expedientes de todas las pacientes con diagnóstico de aborto, atendidas en el Hospital Mariana de Jesús en el periodo comprendido entre enero y febrero del 2017.

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y los factores de riesgo de aborto en mujeres entre 20 y 40 años en el Hospital Mariana de Jesús

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar la edad más frecuente que se presentan los abortos.
- Establecer los antecedentes patológicos personales que influyen para que se el aborto.
- Establecer los antecedentes patológicos obstétricos que influyen para que se desarrolle el aborto.
- Conocer cuál fue la edad gestacional que se presentó el aborto.
- Determinar en qué número de gesta presento el aborto.

VARIABLES

Variable independiente

- Pacientes con diagnóstico de aborto.

Variables dependientes

- Factores de riesgo del aborto.

HIPÓTESIS

La edad y los antecedentes patológicos personales son los factores más influyentes para produzca un aborto.

MARCO TEORICO

Aborto

Las hemorragias del primer trimestre afectan del 15-25% de todos los embarazos y es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias siendo la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación el aborto, que a pesar de ser frecuentes es causa de alarma por su implicación patológica; el sangrado puede ser producido por una implantación del embrión en el endometrio hasta un aborto sin embargo la cantidad y el tiempo junto con los síntomas concomitantes permitirán el diagnóstico oportuno sin complicación posteriores. (Tineo, 2010)(Meza, 2013)

La primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación se relaciona con el aborto, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la *National Center for HealthStatistics*, los *Centers for Disease Control and Prevention* definen al aborto como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o con feto que nace con un peso <500 g. (Schawrcz, 1998)

A nivel mundial el aborto es considerado como problema de salud pública dado a que el 13% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos debido a los factores de riesgo y connotaciones legales de cada país hace que su número haya aumentado junto con sus complicaciones y repercusiones sociales. Entre el 12 y 20% de los embarazos clínicamente diagnosticados terminan en aborto espontáneo. (Meza, 2013)

Según información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2003), el 98% de los países permite el aborto para salvar la vida de las mujeres, el 65% para salvar su salud física, 62% para salvar su salud mental, 43% en los casos por violación e incesto, 39% en los casos de malformaciones fetales, 33% en casos de problemas sociales y económicos y 27% a solicitud de la gestante.(Gómez, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en 2013 el aborto en Ecuador representa la segunda causa de morbilidad femenina estimándose una tasa de 22,51 por cada 10000 mujeres. (INEC, 2016)

EPIDEMIOLOGIA

En Europa y Asia la mayoría de abortos (91,4%) ocurrieron en pacientes con ≤ 13 semanas de gestación el 7,3% ocurrió en 14-20 semanas de gestación, y el 1,4% se realizaron en ≥ 21 semanas de gestación. En 2011, el 19,1% de todos los abortos eran abortos médicos; dentro de estudios realizados se distribuyen los abortos según la edad se clasificó hasta la edad de 34, siendo mujeres entre 20–24 (22–34%); siendo en 6 países las edades de 30–34 (22–26%). Hong Kong y Letonia, se reportan grupos etarios de 20–24 y 25–29 (21% cada uno en Hong Kong y 23% cada uno en Letonia, respectivamente. (Gilda Sedgh, 2013)

En Estados Unidos en 2011, se registraron 730.322 abortos legales inducidos. La tasa de aborto fue de 13,9 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 44 años y la proporción de aborto era 219 abortos por cada 1.000 nacidos vivos. El grupo de mujeres con edad comprendida entre los 20 años represento el grupo mayoritario de abortos en el 2011 (Service, 2016)

En Europa se registraron el 47% y en América del Norte el aborto representa el 57% dentro de las edades de 20 – 29 años. En comparación entre estos continentes se observa la proporción fue en edades de 30 a 39% con mayor porcentaje en Europa especialmente en Europa Sur con el 40% y Europa Este con el 37 en mujeres con 30 años. (Gilda Sedgh, 2013)

En el Hospital Central Militar de México, DF en el año 2008 se reportaron 2.550 pacientes obstétricas con 316 de esos casos con el diagnóstico de aborto (12,4%), siendo el más frecuente el aborto incompleto con el 58.6% y el aborto séptico con el 12%. (Lupión, 2009)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en 2013 el aborto en Ecuador representa la segunda causa de morbilidad femenina estimándose una tasa de 22,51 por cada 10000 mujeres. (INEC, 2016)

En cuanto al consumo de sustancias nocivas durante el embarazo que terminaron en abortos dentro de la población venezolana, el 31% de las pacientes fumaron cigarrillos y de ellas 21% lo hizo con frecuencia. De las 14 mujeres que consumían alcohol, sólo 4 lo hacían con frecuencia; mientras que de las 7 que consumieron drogas alucinógenas, 2 lo hicieron frecuentemente. Con respecto a los antecedentes patológicos el 48% presentó infección gineco-urinary y 38% hipertensión arterial durante el embarazo. (Rojas, 2006)

CLASIFICACIÓN

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. (Schawrcz, 1998)(Guevara-Ríos, 2010)(MSP, 2013)

Aborto Provocado

Posterior a la implantación fetal, antes de ser viable se interrumpe el embarazo, a través de medicación o cirugía.

Aborto Espontáneo

El aborto espontáneo es producto de la interrupción del embarazo sin la intervención de sustancias o alguna técnica quirúrgica. De este se divide en subgrupos:

Aborto Completo

Se define como aborto completo a la eliminación completa de los restos de la gestación del útero.

Aborto Incompleto

Se conoce a la eliminación incompleta de los restos de la gestación del útero sea este el producto o membranas ovulares ya sea este de manera parcial o total.

Aborto Inevitable

Consiste en la dilatación del cérvix, ruptura de las membranas, y la presencia de contracciones uterinas en veces intensas, esperándose que se produzca el aborto en poco tiempo.

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.

ETIOLOGÍA

Dentro de las causas generadoras del aborto se hace referencia a:

Causas Genéticas

Causas ovulares propiamente dichas

Desarrollo anómalo del cigoto

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

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

Triploidía

Degeneración hidrópica de la placenta y el gameto contiene 69 cromosomas.

Tetraploidía

El gameto contiene 92 cromosomas.

Anomalías cromosómicas estructurales

Aunque no es frecuente esta presentación se incluyen translocaciones e inversiones cromosómicas.(Schawrcz, 1998)

Causas Maternas

Anomalías uterinas congénitas

Se describen en este apartado a la existencia de anomalías en la formación o fusión del conducto mulleriano.

Anomalías Uterinas Adquiridas

Uso de dietilestilbestrol

Se presenta una superficie endometrial más pequeña que las normales cuando se utilizan este tipo de fármaco durante el embarazo,

Sinéquias intrauterinas

Se define a consecuencia de una infección o de un trauma quirúrgico la presencia de bandas fibrosas entre las paredes del útero.

Los leiomiomas

De localización submucoso, se asocian de manera importante con abortos repetidos.

La Incompetencia Cervical

Es un defecto congénito en el tejido cervical existiendo la dilatación asintomática del OCI, cerca de la semana 20 la salida del producto de la gestación.(SEGO, 2011)

Causas Endócrinas

Déficit de Progesterona

El cuerpo lúteo durante las 7 primeras semanas se encarga de mantener el endometrio y en la mitad de la fase se puede evidenciar niveles bajos de progesterona no pudiendo sostener al blastocito produciendo en un aborto espontáneo.

Patología de Tiroides

Se relaciona el aborto con la identificación de anticuerpos antitiroideos

Diabetes Mellitus

El mal control metabólico en un paciente tiene mayor riesgo en tener alguna malformación congénita, embriopatía o aborto espontáneo.

Síndrome de Ovario Poliquístico

Se relacionan los altos niveles de LH en pacientes que han permanecido con terapia de inducción ovulatoria ocasionando afectación del cuerpo lúteo, al endometrio, a la implantación o un envejecimiento prematuro del oocito; por lo que el riesgo a un aborto espontáneo se duplica en estas pacientes.

Factores Inmunológicos

La presencia de antígenos alotípicos en las membranas fetales condiciona a como factor la producción de un aborto espontáneo, ya que podrían ser reconocidos por los anticuerpos asesinos de la madre que son de reacción cruzada que al no ser bloqueados por los de la madre rechazan al embrión.(Lauren S. Calvo-Betancourt, 2014)

Causas Infecciosas

La producción de abortos sin una causa definida en el segundo trimestre de embarazo se debe a infecciones asintomáticas del tracto genital que podrían desempeñar un papel importante en los abortos espontáneos recurrentes. Entre los principales microorganismos que producen aborto se encuentran: streptococo B hemolítico, treponema, toxoplasma, listeria, salmonella, brucella, campylobacter, clamidia, rubeola, herpes, HIV, varicela y viruela entre otros.(Michelena, 2007)

Uso de Drogas

El consumo de cocaína y tabaco puede provocar una disminución del flujo sanguíneo uterino y placentario que se origina por la inhibición de la recaptación de la norepinefrina produciendo una vasoconstricción arterial y con esto la producción de un aborto espontáneo.(Butanda, 2012)

FACTORES DE RIESGO

El embarazo se encuentra afectado de manera multifactorial entre los condicionantes se puede incluir los de índole geográfico, racial, étnicos y ambientales, cada uno de los cuales se encuentra circunscrito a las características, antecedentes, y entorno de cada paciente.

La cobertura de atención médica prenatal en el área rural en el Ecuador, alcanza el 40 y el 60% provocando la disminución del desarrollo normal de la gestación de pacientes que no logran obtener controles prenatales.

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%.(Rivera, 2011)

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La sintomatología que presenta la paciente se caracteriza por antecedente de amenorrea y presenta dolor pélvico siendo intenso y sangrado vaginal abundante. (SEGO, 2011)

DIAGNÓSTICO

Es importante confirmar por medio de la valoración ginecológica el estado del paciente, valorar la cantidad de sangrado, realizar un examen ginecológico

observando la cantidad de sangrado y si existe la presencia de restos ovulares protruyendo el anillo del orificio cervical externo y si existe dilatación cervical mediante una exploración bimanual junto con el tamaño y la forma uterina.

Se debe realizar 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. (SEGO, 2011)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

TRATAMIENTO

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

Tratamiento Farmacológico

- Manejo con el uso de misoprostol (agente único).
- Manejo con el uso de mifepristona + misoprostol.

Tratamiento Quirúrgico

- Dilatación cervical y evacuación uterina
- Aspiración endouterina, manual o eléctrica(Dominicana, 2015)

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

Es la causa más frecuentes donde se evidencia la retención de restos ovulares, la perforación uterina, hipotonía uterina, traumatismo o laceración cervical. 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.

Complicaciones Vinculadas a la Anestesia

En el manejo quirúrgico la administración de cualquier tipo de anestésico podría desencadenar la presencia de efectos adversos inherentes a la medicación.

Complicaciones Generales no específicas del Manejo del Aborto

Se describen broncoespasmo, reacciones anafilácticas, entre otras manejadas según cada caso. (Dominicana, 2015)

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES

LOCALIZACIÓN

En el Hospital Mariana de Jesús que está ubicado en el cantón Guayaquil – Ecuador en Calle 27 y Rosendo Avilés.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El cantón Guayaquil está ubicado en la parte suroccidental de la provincia del Guayas. La ciudad de Guayaquil está situada entre los 2°3' y 2°17' de latitud sur; y los 79°59' y 79°49' de longitud oeste siendo su cabecera cantonal. Se encuentra aproximadamente a 420 km. de la ciudad de Quito, capital de la República. El Cantón Guayaquil está compuesto por 5 Parroquias Rurales y 16 Parroquias Urbanas constituyendo el más importante centro económico de la zona, produciendo uno de mayores ingresos a todo el país.

Según datos proporcionados por El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) la ciudad de Guayaquil es la más poblada del país con 2'291.158 habitantes.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende desde enero a febrero de 2016.

VIABILIDAD

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la Universidad, los recursos económicos del investigador, el departamento de estadística del hospital y su costo es muy bajo.

RECURSOS A EMPLEAR:

Recursos Humanos

- Interno de medicina
- Tutor
- Secretaría de estadística

Recursos físicos

- Computadora
- Impresora
- Papel bond
- Bolígrafos
- Programa estadístico

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Mariana de Jesús en el periodo comprendido entre enero a febrero del 2017.

MUESTRA

Pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Mariana de Jesús en el periodo comprendido entre enero a febrero del 2017.

METODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Método científico, observación indirecta, descriptivo

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental, retrospectivo y longitudinal

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 20 años y menores de 40 años
- Pacientes con aborto espontáneo
- Pacientes con cualquier edad gestacional
- Pacientes que lleguen a la emergencia

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Carpetas incompletas
- Pacientes menores de 20 años
- Pacientes mayores de 40 años
- Todos los que no cumplan los criterios de inclusión

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Operacionalización de equipos e instrumentos

Para el siguiente trabajo los instrumentos a utilizar será la ficha recolectora de datos obtenida de los expedientes de los pacientes, donde se encuentran los datos de filiación, antecedentes, datos clínicos y de laboratorio, dicha información que se analizará posteriormente para correlacionar las variables en estudio.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El estudio se realizará utilizando la información contenida en la ficha recolectora de datos de los pacientes atendidos con el diagnóstico de aborto en la emergencia durante el período de estudio, será tabulada en cuadros, se realizarán gráficos, para cada una de las variables en estudio y se combinará entre las mismas, para su análisis e interpretación.

La investigación se planteará el esclarecimiento de la hipótesis y el problema, donde los resultados cuantitativos de la investigación se tabularán en Microsoft Excel 2014, y la digitación de los datos cualitativos y descriptivos se realiza en Microsoft Word 2015

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Identificar la edad más frecuente que se presentan los abortos.	Edad	La edad está referida al tiempo de existencia de una persona	Cuantitativa Discreta	Años
Establecer los antecedentes patológicos personales que influyen para el aborto.	Antecedentes Patológicos Personales	Se refieren a antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente.	Cualitativa Nominal	Enfermedad Importante
Establecer los antecedentes patológicos obstétricos que influyen para el aborto.	Antecedentes Patológicos Obstétricos	Se refieren a antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente durante el embarazo.	Cualitativa Nominal	Hipertensión Diabetes
Conocer cuál fue la edad gestacional que se presentó el aborto.	Edad Gestacional	Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla.	Cuantitativa Discreta	Semanas
Determinar en qué número de gestas presento el aborto.	Número de Gestas	Número de embarazo	Cuantitativa Nominal	Número

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

No se evidencia el registro de una investigación similar en el repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

PRESUPUESTO

El financiamiento de este trabajo será cubierto por los recursos económicos del investigador.

GASTOS DE TESIS DE GRADO

RECURSOS	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
SUMINISTROS DE OFICINA	X						
IMPRESIONES		X	X	X	X	X	X
INTERNET	X	X	X	X	X	X	X
MOVILIZACIÓN	X	X	X	X	X	X	X
CAPACITACIÓN	X		X	X		X	
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ENCUESTAS			X	X	X		
TUTOR	X		X		X	X	X
REVISOR		X		X		X	X
LIBROS	X	X	X			X	
REVISTAS MEDICAS	X	X	X			X	
TOTAL	100	120	300	300	200	600	400
TOTAL DE GASTOS							1920

RESULTADOS

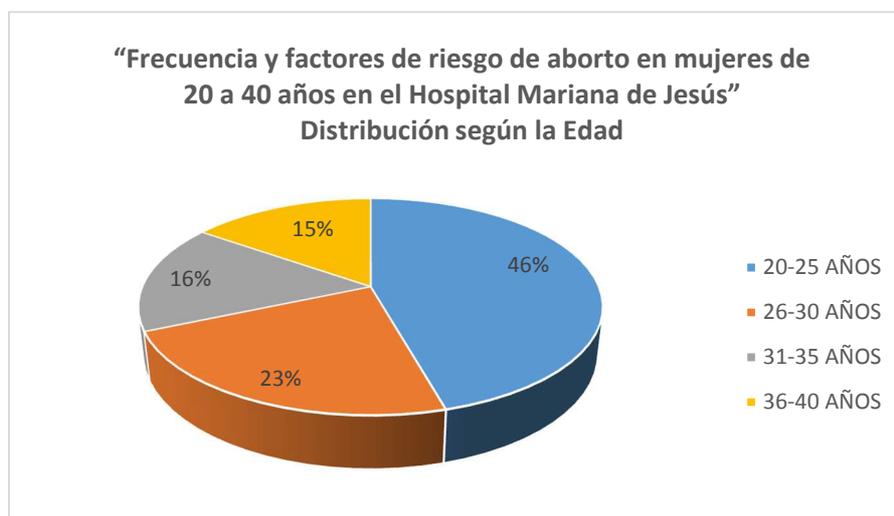
La información ha sido obtenida de 92 expedientes clínicos de pacientes mediante una hoja de recolección de datos que tuvieron información completa y fueron diagnosticados con Aborto, atendidos en el área de emergencia del Hospital Mariana de Jesús el periodo enero y febrero del 2017. Cada caso investigado se clasificó de acuerdo con las características clínicas, epidemiológica, antecedentes personales y evolución.

4.1. CUADRO 1

Distribución de acuerdo a la edad

EDAD				
20-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	TOTAL
42	21	15	14	92
46%	23%	16%	15%	100%

4.1.1. GRÁFICO 1



Elaborado por MR - SP
Fuente de Información: Dpto. de Estadística de la H. Mariana de Jesús.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

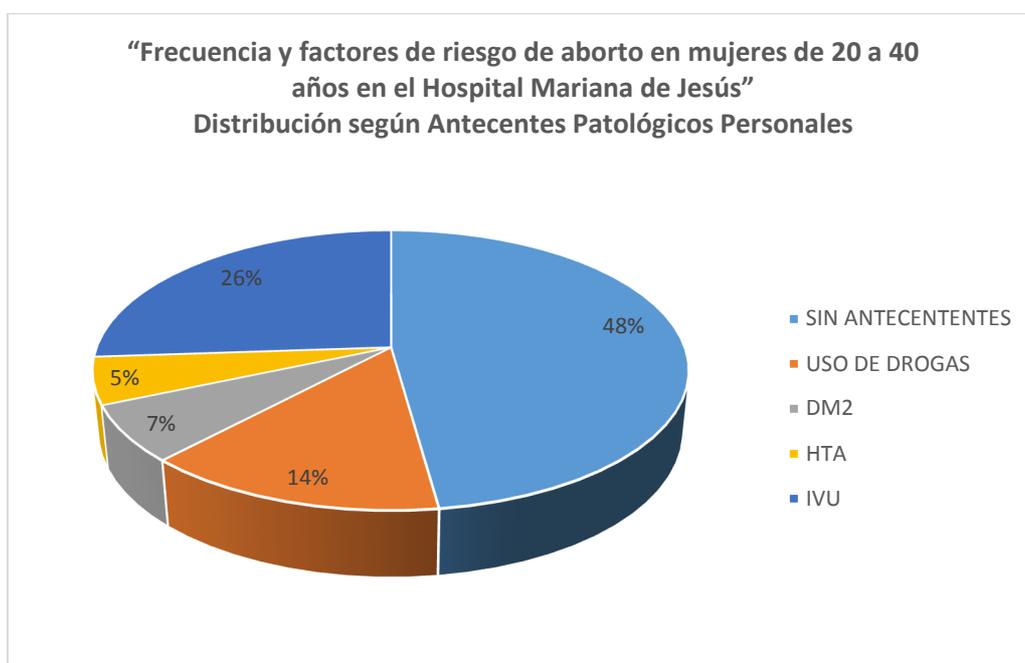
El grupo de edades más frecuente fue entre 20 a 25 años (42 pacientes) 46%.

4.1. CUADRO 2

Distribución según los antecedentes patológicos personales.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES					
SIN ANTECEDENTES	USO DE DROGAS	DM2	HTA	IVU	TOTAL
44	13	6	5	24	92
48%	14%	7%	5%	26%	100%

4.1.1. GRÁFICO 2



Elaborado por MR - SP
Fuente de Información: Dpto. de Estadística de la H. Mariana de Jesús.

4.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

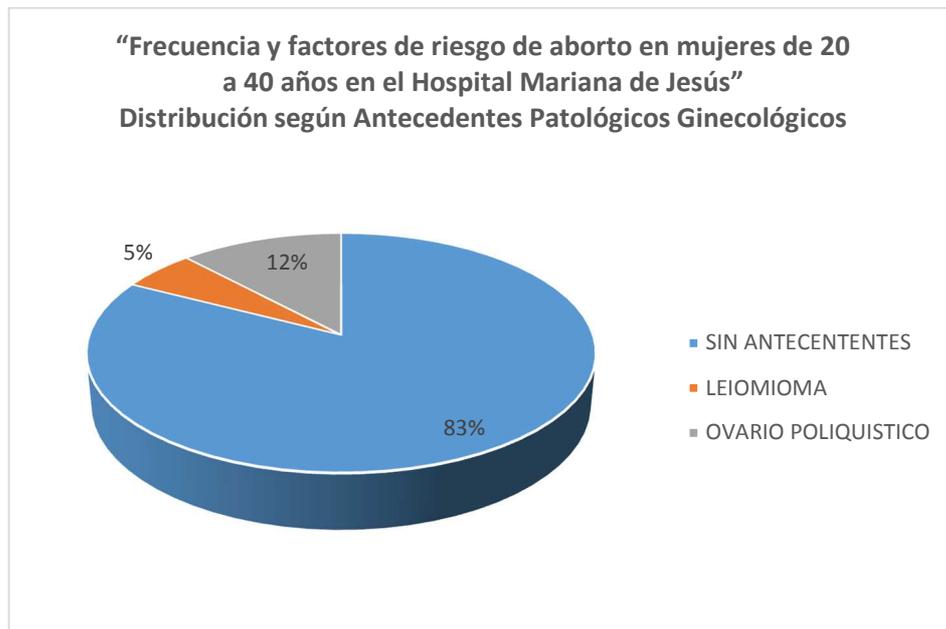
Pacientes que no tuvieron en sus antecedentes alguna patología fue el 69% (63 pacientes)

4.1. CUADRO 3

Distribución según los antecedentes patológicos ginecológicos.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS GINECOLÓGICOS			
SIN ANTECEDENTES	LEIOMIOMA	OVARIO POLIQUISTICO	TOTAL
76	5	11	92
83%	5%	12%	100%

4.1.1. GRÁFICO 3



Elaborado por MR - SP
Fuente de Información: Dpto. de Estadística de la H. Mariana de Jesús.

4.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

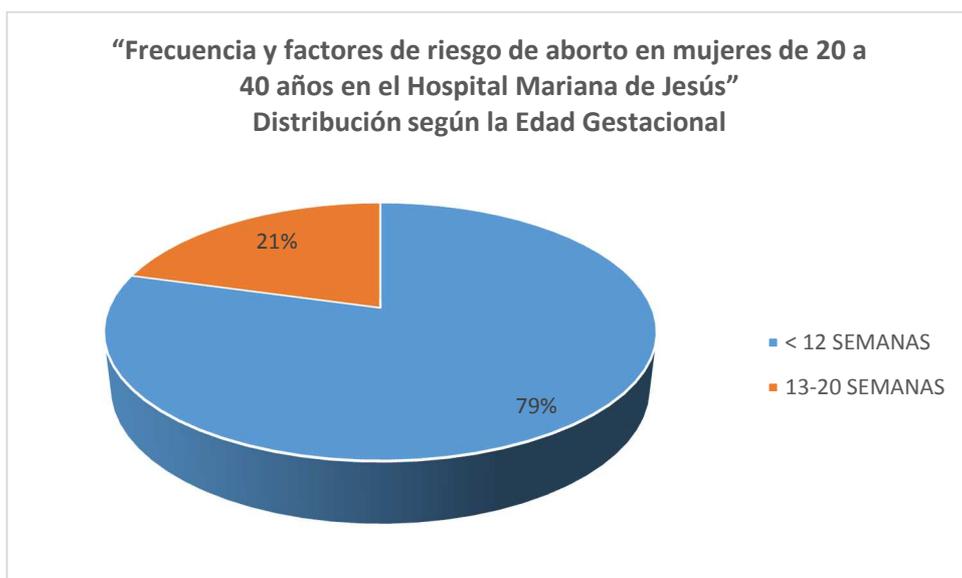
De 92 pacientes; el 17% tuvieron antecedentes ginecológicos (16 pacientes)

4.1. CUADRO 4

Distribución acorde a la edad gestacional

EDAD GESTACIONAL		
< 12 SEMANAS	13-20 SEMANAS	TOTAL
73	19	92
79%	21%	100%

4.1.1. GRÁFICO 4



Elaborado por MR - SP

Fuente de Información: Dpto. de Estadística de la H. Mariana de Jesús.

4.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

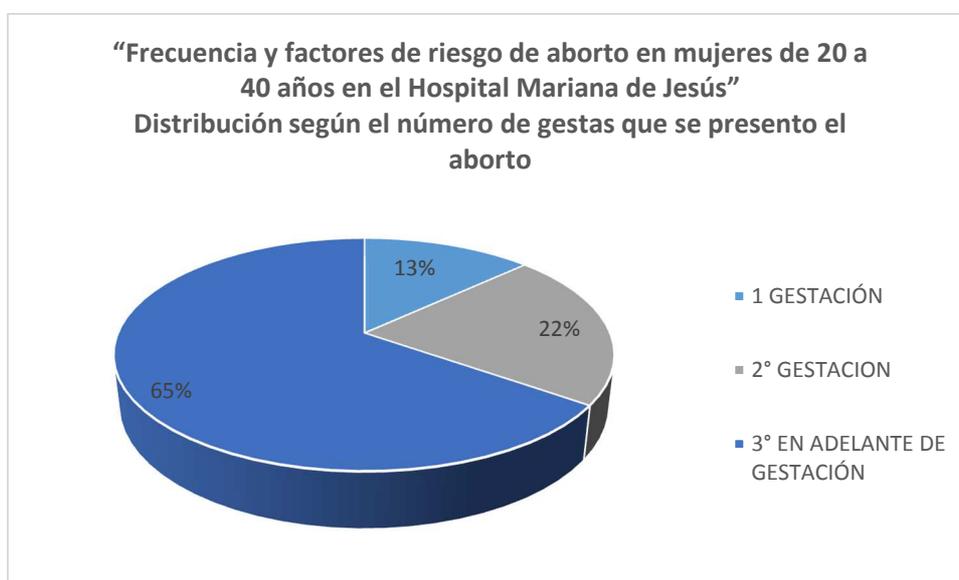
Las edad gestacional donde se manifiesta con mayor frecuencia en menos de las 12 semanas de gestación con el 79% (73 pacientes) seguida pacientes entre 13 y 20 semanas de gestación con el 21% (19 pacientes).

4.2. CUADRO 5

Distribución acorde al número de gestaciones donde se presenta el aborto.

Nº DE GESTACIONES			
1 GESTACIÓN	2° GESTACION	3° EN ADELANTE DE GESTACIÓN	TOTAL
12	20	60	92
13%	22%	65%	100%

4.2.1. GRÁFICO 5



Elaborado por MR - SP
Fuente de Información: Dpto. de Estadística de la H. Mariana de Jesús.

4.2.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

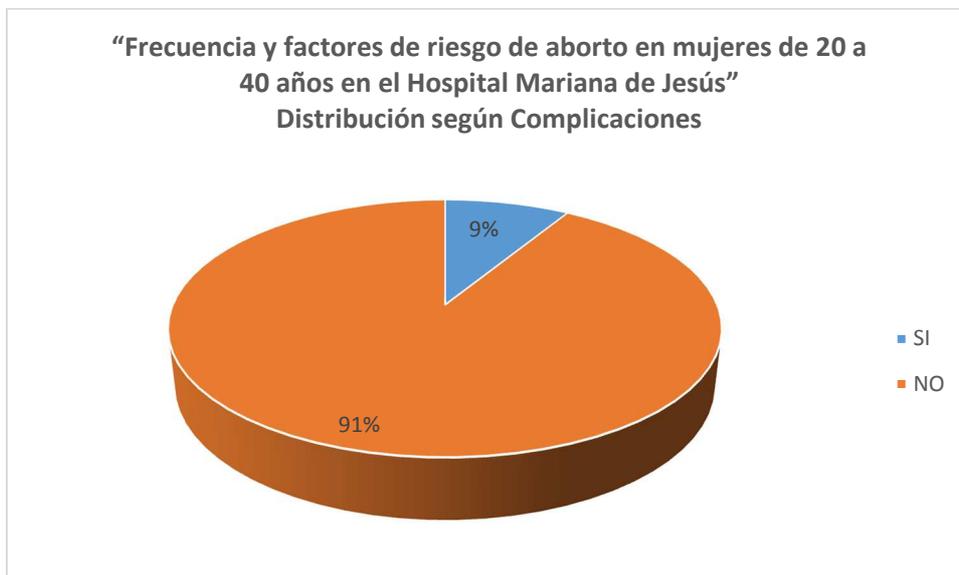
Se reporta que el 65% (60 pacientes) donde la presentación del aborto se da en la primera gestación, en la segunda gestación con el 22% (20 pacientes) y desde la tercera gestación en adelante un 13% (12 pacientes).

4.6. CUADRO 6

Distribución acorde a las complicaciones

COMPLICACIONES		
SI	NO	TOTAL
8	84	92
9%	91%	100%

4.6.1. GRÁFICO 6



Elaborado por MR - SP
Fuente de Información: Dpto. de Estadística de la H. Mariana de Jesús.

4.6.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se reporta que el 91% (84 pacientes) no tuvieron complicaciones.

DISCUSIÓN

En 2011, el 19,1% de todos los abortos eran abortos médicos; dentro de estudios realizados se distribuyen los abortos según la edad se clasificó hasta la edad de 34, siendo mujeres entre 20–24 (22–34%); siendo en 6 países las edades de 30–34 (22–26%). (Gilda Sedgh, 2013) El grupo de mujeres con edad comprendida entre los 20 años representó el grupo mayoritario de abortos en el 2011 (Service, 2016)

En Europa y Asia la mayoría de abortos (91,4%) ocurrieron en pacientes con ≤ 13 semanas de gestación el 7,3% ocurrió en 14-20 semanas de gestación, y el 1,4% se realizaron en ≥ 21 semanas de gestación. (Gilda Sedgh, 2013)

En cuanto al consumo de sustancias nocivas durante el embarazo que terminaron en abortos dentro de la población venezolana, el 31% de las pacientes fumaron cigarrillos y de ellas 21% lo hizo con frecuencia. De las 14 mujeres que consumían alcohol, sólo 4 lo hacían con frecuencia; mientras que de las 7 que consumieron drogas alucinógenas, 2 lo hicieron frecuentemente. Con respecto a los antecedentes patológicos el 48% presentó infección gineco-urinaria y 38% hipertensión arterial durante el embarazo. (Rojas, 2006)

En el presente estudio comparte resultados de estudios realizados como la edad estudiada, es decir entre 20 a 25 años que representa el 46% de los casos, el 23% de los casos entre 26-30 años, entre los 31-35 años representa el 16% y el 15% de los casos corresponden entre 36-40 años con la edad, siendo más frecuente la edad de 20 años al igual como lo refieren estudios previos; en el estudio los antecedentes patológicos personales no se presenta en la mayoría de los casos (69%), sin embargo existen antecedentes de importancia donde se puede prevenir que se produzca el aborto en este porcentaje incluido el consumo de drogas que representa el 14%. La semana gestacional en la que se presenta se encuentra en menos de las 12 semanas con el 79% como se señala en estudios previos y con el 21% entre las 13 y 20

semanas; sin embargo esta patología se asocia a pacientes primíparas en nuestro estudio se reportó un 65% de los pacientes.

CONCLUSIÓN

El grupo etario más frecuente fue entre las edades de 20 a 25 años en un 46% con un total de 42 pacientes.

Los pacientes que poseen algún antecedente patológico personal representan un 31% que es significativo para que sea un factor de riesgo para el que se produzca un aborto.

El tener antecedentes ginecológicos no condiciona de manera notable a la aparición de la producción de un aborto con un 17% de las pacientes que presentaron alguno.

La edad gestacional más frecuente fue menos de las 12 semanas con un 79% de las pacientes.

El 65% de las pacientes se reportó que la producción del aborto fue en la primera gestación.

El 91% de las pacientes no recibieron no tuvieron complicaciones del aborto.

RECOMENDACIONES

Una vez concluida la tesis, se considera investigar sobre otros aspectos relacionados a las variables estudiadas como factores de riesgo y se propone:

1. Exponer la información obtenida para ayudar a crear o modificar futuros proyectos de prevención modificando los factores de riesgo.
2. 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.
3. Realizar un registro de la evolución clínica siguiendo un formato protocolizado para obtener datos de manera más precisa para un mejor manejo de la información.
4. Elaborar un plan de actividades que este en constante evaluación de los índices epidemiológicos.
5. Dar a conocer al personal médico de los factores de riesgo para que se tomen medidas preventivas enérgicas.
6. Se recomienda además la continuidad del presente trabajo de investigación a los médicos de primer nivel de atención.
7. Socializar los resultados del presente estudio con el equipo de salud del Hospital Mariana de Jesús y las autoridades de la universidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butanda, V. L. (2012). Aborto. *Hospital Beneficencia Española de Puebla*, 3 - 4.
2. Dominicana, M. d. (2015). Protocolo de manejo del aborto. *Protocolo de manejo del aborto*, 7 - 18.
3. Gilda Sedgh, A. B. (2013). Niveles y tendencias del aborto legal por edad de la mujer al momento de la terminación del embarazo. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 8 - 9.
4. Ginecología, S. d. (2014). Aborto. *Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento*, 1 - 2.
5. Gómez, M. I. (2014). Aborto terapeutico en América Latina especial mención en Perú. *Universidad San Martín de Porres*, 1.
6. Guevara-Ríos, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Revista Médica Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 10 - 13.
7. Guttmacher. (2016). Aborto en America Latina y el Caribe. *Guttmacher Institute*, 1 - 2.
8. INEC, I. N. (11 de 09 de 2016). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC*. Obtenido de INEC.
9. Lauren S. Calvo-Betancourt, A. B.-M.-G. (2014). Aborto Recurrente de Etiología Autoinmune . *Revista Médica Risaralda*, 107 - 111.
10. Lupión, E. M. (2009). El aborto: perspectivas y realidades. Aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo. 52 - 56.
11. Meza, C. A. (2013). Hemorragias del primer trimestre. *XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*, 144 - 145.
12. Michelena, M. I. (2007). Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 124 - 127.
13. MSP, M. d. (2013). Diagnóstico y tratamiento de aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. *Guía de Práctica Clínica*, 15 - 16.

14. Rivera, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 496 - 497.
15. Rojas, E. (2006). Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. *Scielo Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 2.
16. Schawrcz, S. D. (1998). Ostetricia. En S. D. Schawrcz, *Ostetricia* (págs. 175 - 178). Buenos Aires: El Ateneo.
17. SEGO. (2011). Aborto Espontáneo. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 210 - 214.
18. Service, U. D. (17 de 09 de 2016). *Abortion Surveillance United States*.
19. Tineo, R. (2010). Hemorragias del Primer Trimestre. En R. Tineo, *Obstetricia Moderna* (págs. 227 - 233).
20. Williams. (s.f.). Williams Obstetricia. En L. Chunnigan, *Williams Obstetricia* (pág. 205). Mc Graw Hill.

ANEXOS

FICHA RECOLECTORA DE DATOS

*Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina*

“FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTOS EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESUS”

ESTUDIO A REALIZARSE EN EL ENERO Y FEBRERO DEL 2016.

FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:			
HC				
EDAD				
APP	CONSUMO			
APO				
EDAD GESTACIONAL				
NÚMERO DE GESTACIÓN				
CRITERIO DE INGRESO	SI	NO		
DIAS DE ESTANCIA	UCI	HOSPITALIZACION		
DIAGNOSTICO DE EGRESO				
CONDICION DEL EGRESO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO

RNMJ – PASA



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo **MARIA JOSE RIVERO NAVIA** con C.I: # 1312019423 y **SARA PINTADO ABAD** C.I: # 0926267626 autores del trabajo de titulación: “**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESUS DURANTE EL PERIODO DE ENERO Y FEBRERO DEL 2017**” previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **22** de abril del**2017**

MARIA JOSE RIVERO NAVIA
C.I: **1312019423**

SARA PINTADO ABAD
C.I: **0926267626**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ABORTO EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS EN EL HOSPITAL MARIANA DE JESUS DURANTE EL PERIODO DE ENERO Y FEBRERO DEL 2017		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Rivero Navia María José Pintado Abad Sara Vanesa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	22 de abril del 2017	No. DE PÁGINAS:	42
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología - Obstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ABORTO, FACTORES DE RIESGO, ECUADOR, ABORTO ESPONTANEO, INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS, SANGRADO DEL PRIMER TRIMESTRE		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Las hemorragias durante el primer trimestre es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias, afectando al 15-25% de todos los embarazos, la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación se relaciona con el aborto, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la <i>National Center for Health Statistics</i>, los <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> definen al aborto como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o con feto que nace con un peso <500g. (Schawrcz, 1998)</p> <p>A nivel mundial el aborto es considerado como problema de salud pública dado a que el 13% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos debido a los factores de riesgo y connotaciones legales de cada país hace que su número haya aumentado junto con sus complicaciones y repercusiones sociales. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en 2013 el aborto en Ecuador representa la segunda causa de morbilidad femenina estimándose una tasa de 22,51 por cada 10000 mujeres. (INEC, 2016)</p> <p>El presente estudio con el objetivo de describir y dar a conocer los factores predisponentes en sus diferentes espectros clínicos para un diagnóstico oportuno; este estudio que permitirá elevar el conocimiento de esta entidad, disminuir sus riesgos y contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta entidad.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-	E-mail:	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: 593-98-2742221		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

	E-mail: diegovasquez@gmail.com
--	---------------------------------------

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
---------------------------------------	--

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
---	--

Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
------------------------------	--

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	
---	--