

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ABORTO “HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO”, CUENCA – ECUADOR, ENERO – DICIEMBRE 2015.**

**Proyecto de investigación previo a
la obtención del título de Médico**

AUTORES:

MAURICIO SEBASTIÁN URGILÉS ORTIZ

C.I. 0302048921

FRANCISCO XAVIER LEMA CAMPOVERDE

C.I. 0105723878

DIRECTOR:

Dr. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA

C.I. 0101557890

CUENCA – ECUADOR

2016



RESUMEN

Antecedentes: el aborto es una patología frecuente en nuestro medio, es relevante pues condiciona la salud de las mujeres en edad reproductiva y su frecuencia elevada de complicaciones condiciona que se trate de un problema de salud pública.

Objetivo: Determinar las características clínicas del aborto en las pacientes del departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2015

Metodología: estudio descriptivo-retrospectivo, realizado mediante la revisión de 371 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, la información fue recolectada en un formulario y los datos se analizaron en el programa SPSS versión 15.

Resultados: la media de edad fue de 27,45 años siendo el grupo más frecuente el de 20-29 años, el 37,7% tenía como estado civil la unión libre, en el 68,5% de los casos residían en el área urbana y el 46,9% con un nivel de instrucción secundaria; el factor de riesgo más relevante fue el poseer abortos previos con el 26,4%, el 83,6% fue sometida a AMEU para la resolución del aborto, mientras que en el 7,5% de las mujeres se usó misoprostol vía oral y 27% vía vaginal.

Conclusiones: la caracterización de la población con aborto en el Hospital Vicente Corral Moscoso es similar a la de otras poblaciones, resaltando que varía en la presentación de factores de riesgo.

Palabras clave: ABORTO, CARACTERIZACION, EPIDEMIOLOGIA, CLINICA, TRATAMIENTO MEDICO, LEGRADO.



ABSTRACT

Abortion is frequent in our environment and it is a relevant issue due to the fact that it conditions women's health in reproductive age and its high frequency of complications regarding public health.

The purpose of this study is to determine the clinical characteristics of abortion of patients at the Gynecology Department, Vicente Corral Moscoso Hospital, during the period 2015. The methodology used in this study is descriptive and retrospective, conducted by reviewing medical records of 371 patients diagnosed with abortion at the Vicente Corral Moscoso Hospital. Information was collected on a form and the data was analyzed through SPSS 15.

The results show that the average age group is 27- 47 years being the most common group of 20-29 years, 37.9% was in a common law marriage, 69% of the cases lived in urban areas and 46.9% completed high school; the unemployment rate was 53.3; the most common risk factor was a history of abortions with 26.3%. Different types of abortion being the most frequently incomplete type with 57.3% of cases, 82.5% underwent MVA for the resolution of abortion were presented, while 7.4% of the women was prescribed misoprostol orally and 27.6% vaginally.

Concluding, the characterization of the population with abortion at the Vicente Corral Moscoso Hospital is similar to that of other populations, noting that there is a variance in risk factors presented.

Keywords: ABORTION, CHARACTERIZATION, EPIDEMIOLOGY, CLINICAL, MEDICAL TREATMENT, CURETTAGE.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
Contenido.....	4
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 Generalidades	17
2.2 Definición	17
2.3 Etiología	18
2.4 Cuadro clínico	19
2.5 Factores de Riesgo	19
2.6 Curso clínico del aborto	20
2.7 Tipos de aborto	21
2.8 Técnicas para evacuación endouterina en el primer trimestre del embarazo	22
CAPÍTULO III	30
3. OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo general	30
3.2 Objetivos específicos	30
CAPÍTULO IV	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.1 Tipo de estudio	31
4.2 Área de estudio	31
4.3 Universo y muestra	31



4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	31
4.5 Operacionalización de variables	32
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
4.7 Procedimientos	32
4.8 Plan de tabulación y análisis.....	33
4.9 Aspectos éticos.....	33
CAPITULO V.....	34
5. RESULTADOS	34
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	34
5.2 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA	34
5.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ABORTO	35
5.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	35
5.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	36
CAPÍTULO VI	37
6. DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO VII	40
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
7.1 Conclusiones	40
7.2 Recomendaciones.....	40
CAPÍTULO VIII	42
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
CAPÍTULO IX	47
9. ANEXOS.....	47
9.1 Formulario de recolección de información.....	47
9.2 Operacionalización de variables.....	48



DERECHO DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Francisco Xavier Lema Campoverde, autor de la tesis titulada: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ABORTO "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA – ECUADOR ENERO – DICIEMBRE 2015; voluntariamente acepto y a su vez reconozco que la Universidad de Cuenca posee el derecho de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención del Título de Médico, basándose en el Art. 5 Literal c. Dejo también constancia que el uso que la Universidad de Cuenca hiciera del presente trabajo de tesis no implicará violación a mis derechos patrimoniales o morales como autor.

Cuenca, 6 de Octubre de 2016

Francisco Xavier Lema Campoverde
CI. 0105723878



DERECHO DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Mauricio Sebastián Urgilés Ortiz, autor de la tesis titulada: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ABORTO "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA – ECUADOR ENERO – DICIEMBRE 2015; voluntariamente acepto y a su vez reconozco que la Universidad de Cuenca posee el derecho de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este un requisito para la obtención del Título de Médico, basándose en el Art. 5 Literal c. Dejo también constancia que el uso que la Universidad de Cuenca hiciere del presente trabajo de tesis no implicará violación a mis derechos patrimoniales o morales como autor.

Cuenca, 6 de Octubre de 2016

.....
Mauricio Sebastián Urgilés Ortiz
Cl. 0302048921



CLAUSULA DE RESPONSABILIDAD



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Mauricio Sebastián Urgilés Ortiz, autor de la tesis titulada: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ABORTO "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA – ECUADOR ENERO – DICIEMBRE 2015; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 6 de Octubre de 2016

Mauricio Sebastián Urgilés Ortiz
CI. 0302048921



CLAUSULA DE RESPONSABILIDAD



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Francisco Xavier Lema Campoverde, autor de la tesis titulada: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ABORTO "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA – ECUADOR ENERO – DICIEMBRE 2015; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 6 de Octubre de 2016

Francisco Xavier Lema Campoverde
CI. 0105723878



AGRADECIMIENTO

A nuestros padres, quienes con su comprensión y apoyo nos han impulsado a lo largo de nuestra vida. A nuestros profesores, por su valioso aporte, por sus conocimientos y experiencias, durante el transcurso de nuestra carrera profesional. A la universidad que nos formó como profesionales en el campo de la medicina. Este proyecto es el resultado del apoyo de todos quienes han sido parte de nuestro camino para llegar a ser médicos, a aquellos que han compartido el camino dentro de la Facultad de Medicina. De manera especial, nuestra gratitud imperecedera al Dr. Jorge Mejía, por su paciencia y sabiduría en la orientación, desarrollo y finalización de esta tesis.

Los Autores.



DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi familia, en especial a mis padres quienes son mi motivación día a día para ser la persona que hoy en día soy, gracias por el apoyo incondicional en cada decisión que realizo y su cariño incondicional que siempre estará presente, a mis hermanos gracias por apoyarme siempre y estar a mi lado, y a mis maestros sin los cuales no sería posible el desarrollo y culminación de este presente trabajo.

Mauricio Sebastián Urgiles Ortiz

Este trabajo va dedicado a mis padres, quienes han sido el soporte en la vida profesional y en el deporte.

A mi padre por enseñarme que el rendirse no es un camino

A mi madre por ser siempre darme la mano en momentos de ayuda y hacer que salga adelante

A mi familia y amigos quienes han sido participes del camino que he decidido tomar y me han apoyado en todo momento.

Francisco Xavier Lema Campoverde



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el aborto es una de las principales causas de morbi mortalidad materna, pero profundizando en el estudio de esta patología desde las estadísticas es evidente que afecta a todo el mundo con un aproximado de 22 millones de abortos anualmente con una mortalidad de 47 000 mujeres, sin contar con la discapacidad que produce (1).

A nivel mundial existen alrededor de 80 millones de embarazos no planeados de los cuales 46 millones (58%), terminan en aborto; 19 millones de estos ocurren en países en donde la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal (1); según la región, el mayor porcentaje de muertes maternas se registra en la sierra con un 46.06%, seguido de la costa con un 42.74%, en la amazonia un 11.20% (2).

El aborto se encuentra entre las principales causas de defunciones maternas a nivel mundial según datos obtenidos de la OMS e INEC donde cerca 56% de abortos no planificados termina interrumpiéndose por lo cual es de crucial importancia su identificación y manejo adecuado (3).

Un informe de veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el hospital gineco obstétrico Isidro ayora, evidencia la frecuencia de abortos en año 2006 la cual fue de 2353 que representa el 17%, y representa la primera causa de morbilidad materna por sobre la preeclampsia (3).

Específicamente la investigación de las características clínicas del aborto es relevante pues proporciona una visión de la frecuencia de signos y síntomas en nuestra población, a pesar que por lo general la clínica del aborto posee indicadores específicos como el dolor, sangrado, entre otros existen diferencias propias de cada población (4).



Se vuelve imperativo estimar los métodos terapéuticos intrahospitalarios adecuados con el objetivo de reducir la tasa de morbilidad y mortalidad que podrían causar las mismas, el estudio de los métodos terapéuticos en términos de estancia hospitalaria posee la ventaja de poder guiar de mejor manera las intervenciones, además de poder contar con datos de nuestra población y aplicables a la realidad local.

Existe una controversia ética y moral en cuanto al aborto donde actualmente todavía existe un debate donde interviene el lado religioso, médico y político, hoy en día en muchos países el aborto es legal constitucionalmente en casos específicos donde la vida de la madre se encuentre en peligro, cuando la concepción se da en el marco de una violación o cuando el feto presenta malformaciones congénitas que sean incompatibles con la vida (5).

En nuestro país se encuentra penalizado el aborto, en donde según la constitución del 2008 art. 49 “el estado reconocerá y garantizará la vida incluido el cuidado y protección desde la concepción” (6); a pesar de algunos intentos por la despenalización, este tema

Consideramos de suma importancia el tema debido a las repercusiones sociales, psicológicas, morales y éticas de las mujeres en nuestra población y la tasa de incremento del mismo en los últimos años.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto siempre traer consigo riesgos para la madre lo que lo constituye en un importante problema de salud pública, este riesgo es mayor en los casos de aborto prolongado; un publicado por Távora (7) menciona que el 16,3% del total de muertes maternas pueden ser atribuidas al aborto, afectando a todas las clases sociales pero siendo mayor en los estratos bajos , con mayor incidencia en abortos inseguros y en los países con legislación de aborto seguro la tasa de mortalidad es de 0,6 por 100 mil abortos.



En algunos de los casos los abortos se producen de manera espontánea, en otros casos pueden ser inducidos; dentro de las principales causas se hallan las genéticas, el aborto espontáneo representa aproximadamente el 15% de los embarazos, de los cuales el 50% de los abortos en el primer trimestre responden a causas genéticas, este porcentaje se reduce a un 20% en embarazos en el segundo trimestre, las alteraciones citogenéticas son frecuentes (8), otras causas incluyen enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis), o enfermedades infecciosas (Mal de Chagas, toxoplasmosis, brucelosis, sífilis, listeriosis, hepatitis B, SIDA) así como por sucesos traumáticos (9).

Adicional a las consecuencias biológicas que posee el aborto se debe mencionar las alteraciones en la esfera psicosocial de las mujeres, estas alteraciones incluyen malestar psicológico, depresión, ansiedad, síndrome postaborto, estrés post traumático (10).

Frente a esta gran problemática el tratamiento de esta complicación del embarazo existen varios tratamientos para solucionar esta situación como lo son: la aspiración manual endouterina (AMEU) es un método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo, que consiste en la evacuación del contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual de plástico. Es adecuada para el tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación (incluidos la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo y la extracción de productos retenidos de un aborto inducido), aborto en el primer trimestre (regulación menstrual) y biopsia endometrial.

El legrado uterino instrumental (LUI), que es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de los restos del producto de la concepción mediante un legrado y bajo anestesia conductiva o general. La Organización Mundial de la Salud recomienda los métodos de aspiración manual endouterina (ya sea manual o eléctrica) como métodos preferibles al legrado uterino instrumental.

En base a lo expuesto se trata de responder preguntas como:



¿Cuáles son las características clínicas del aborto en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo enero-diciembre 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Teniendo como un dato real, la alta tasa de muerte materna, el aborto o las complicaciones complejas que pudieran desencadenar, la administración de medicación análoga de prostaglandinas con la finalidad de inducir la labor de parto y los procedimientos quirúrgicos que se usan para solucionar esta patología del embarazo; como lo son el AMEU y LUI; para abortos menores de 20 semanas de gestación. Es importante determinar la prevalencia del aborto junto con sus factores de riesgo asociados y el tratamiento que la paciente recibe en el medio hospitalario.

La caracterización clínica del aborto posee ciertos beneficios para la salud específicamente en términos de prevención y abordaje tanto en el diagnóstico y tratamiento, a pesar que en la mayoría de los casos los signos y síntomas del aborto se comparten en todas las poblaciones como el dolor, el sangrado, etc. (11) es vital poder contar con esta caracterización a nivel local, de esta manera se logra establecer un perfil epidemiológico de las pacientes afectadas.

Las características clínicas del aborto sirven como patrón para el diagnóstico, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su Guía de Práctica Clínica establece que la correcta identificación del aborto en los servicios médicos debe ser temprana y adecuada, basándose primordialmente en los signos y síntomas, pues *“los profesionales médicos no deben diferir la atención o la referencia de la paciente a un establecimiento de mayor nivel en casos de aborto incompleto, diferido y retenido, ya que la vida de la paciente puede estar comprometida o amenazada por esta patología”* (12).

Otro punto vital en la evaluación y estudio del aborto es el tratamiento que la paciente recibió, la aspiración manual endouterina puede llegar a reducir los días de estancia intrahospitalaria, menor uso de analgésicos, complicaciones y



costos a comparación del legrado uterino instrumental al tratar de evacuar el producto de una gestación fallida. Existen estudios que priorizan el AMEU en pacientes con diagnóstico confirmado de aborto, hemorragia y complicaciones ginecológicas, debido a que no es necesario el uso de anestesia general durante el procedimiento además de no necesitar una dilatación del cuello uterino. Al no ser un método muy invasivo a comparación del LUI se evitará complicaciones inmediatas, luego del procedimiento, así como complicaciones futuras en el ámbito de planificación familiar entre otros.

La identificación del método quirúrgico más seguro en las pacientes con diagnóstico de aborto de 20 semanas de gestación o menos, en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso permitirá obtener mejores resultados en un número menor de días de hospitalización, menor uso de analgésicos y menores complicaciones, siendo beneficiada en primer lugar la paciente y también la principal causa de la cual al reducir los costos, este hecho justifica la realización de la presente investigación.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Generalidades

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 (2).

“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 “ (13)

El grupo de mujeres con edad comprendida entre los 20 años represento el grupo mayoritario de abortos en el 2011 (13).

“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 (13).

2.2 Definición

Según el Nacional Center for Health Statistics for Disease Control and Prevention, la Organización Mundial de la Salud y el componente normativo materno del MSP año 2013 se define como “la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500 g” (3).

La Real Academia Española de la Lengua define a abortar como interrumpir en forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo desde el punto de vista embriológico se define al aborto como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable ex útero (14).

Según Valenzuela en el 2011 en un artículo publicado en la revista chilena de gineco obstetricia establece “la separación entre embrión y feto humano en la décima semana desde la última menstruación, en el día 56 desde la concepción o en la 8° semana de desarrollo” (14).



De esta manera propone que no se podría denominar aborto matar a un cigoto humano o impedir la implantación del embrión, encontramos una serie de definiciones que se enmarcan en distintos ámbitos acerca del aborto, algunas dirigidas netamente al ámbito médico legal y otras al ámbito ético moral religioso que abren una serie de discusiones acerca del mismo (15).

2.3 Etiología

Más del 80% de los abortos son espontáneos y se producen en las primeras 12 semanas, cerca del 50% se debe a alguna anomalía cromosómica, con una proporción de embriones de varones a mujeres de 1.5 abortos en el primer trimestre. Siendo el primer trimestre el más vulnerable donde la cifras de aborto se incrementan (15).

Cabe recalcar la cantidad de abortos que no son reconocibles dentro del primer trimestre de gestación debido a la confusión que existe con el ciclo menstrual. Del total de concepciones, 30% se pierden por fallas en la implantación, 30% por abortos preclínicos, 10% por abortos clínicos y 30% nacen vivos.

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

Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal como 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 alteraciones cromosómicas (16).

Dentro de la etiología tenemos diversos factores desencadenantes del aborto tales como son los factores fetales, maternos, inmunitarios, trombofilias hereditarias, cirugías maternas, traumatismos, drogas, factores ambientales defectos uterinos y factores del padre asociados a anomalías cromosómicas en el espermatozoide (15).



2.4 Cuadro clínico

El cuadro clínico del aborto espontáneo se presenta, básicamente, en mujeres en edad fértil con vida sexual activa y retraso menstrual o amenorrea. Entre los síntomas podemos encontrar: cólicos o dolor el hipogastrio, sangrado vaginal leve a moderado (16,17).

2.5 Factores de Riesgo

Entre los factores de riesgo para el aborto están: pólipos mayores a 2 cm, la existencia de un aborto previo aumenta el riesgo en un 5%, la edad materna entre 25 y 40 se relaciona con aborto, las anomalías cromosómicas son responsables del 49% de los abortos espontáneos, el descontrol metabólico de la diabetes tipo 1 y 2 incrementa el riesgo, además del consumo de alcohol y tabaco. Se ha demostrado que un índice de masa corporal >25 kg/m² es otro factor de riesgo (11).

Según el Ministerio de Salud Pública (12) en su Guía de Manejo del aborto explica que los factores de riesgo de aborto son múltiples, básicamente se pueden considerar los siguientes:

- Anomalías uterinas.
- Pólipos en el útero.
- Miomas uterinos.
- Abortos previos.
- Edad de la embarazada entre los 25 a los 40 años.
- Edades extremas de la mujer.
- Enfermedades que provocan descontrol metabólico como la diabetes.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Sobrepeso y obesidad.

Un estudio en Perú publicado por Sánchez (18) estableció que los factores de riesgo para el aborto son: tener 35 años o más OR 1,91; multi gestaciones OR 3,58; antecedentes de cesáreas OR 2,58; legrado uterino previo OR 2,42; abortos OR 5,7; parto prematuro OR 4,41, consumir cafeína OR 5; tabaco OR



15,29; bebidas alcohólicas OR 26,9; Infecciones del tracto urinario OR 4,8; obesidad OR 2,85, corroborando aún más los datos que se han mencionado.

2.6 Curso clínico del aborto

Amenaza de Aborto: se define como el sangrado vaginal antes de la semana 20 de gestación. Aparece en al menos el 20% de todos los embarazos. El sangrado suele ser leve dolor abdominal bajo o de tipo cólico. En la exploración encontramos el cuello uterino cerrado, puede haber un sangrado a través del orificio cervical externo, y no hay dolor a la movilización cervical. (8) Cerca del 50% de estos embarazos se abortará, aunque el riesgo es menor cuando se encuentra latido cardiaco fetal (15).

Aborto inevitable: el volumen de sangrado es mayor que la amenaza de aborto, el cuello uterino está abierto y oculto, pero no ha salido ningún tejido. Doloroso a la movilización cervical y palpación de anexos (19). Existe una rotura de membranas que se acompaña de salida de líquido amniótico, con frecuencia existen contracciones uterinas que provocan el aborto o aparecen infecciones (15).

Aborto inminente: Expulsión completa del producto de la concepción Disminución del sangrado uterino y del dolor Es frecuente el cierre del orificio cervical (12).

Aborto incompleto: Cuando la placenta se desprende del útero, ya sea total o parcialmente, el orificio del cuello uterino está abierto y permite la salida de sangre, tanto feto como placenta permanecen por completo dentro del útero o salen de manera parcial. Antes de las 10 semanas pueden salir juntos, pero posteriormente salen por separado. La hemorragia de un aborto incompleto de un embarazo más avanzado por lo general es grave, pero raras veces letal por lo que se procede a evacuaciones inmediatas (20) (21). Existe dolor abdominal de tipo cólico que está siempre presente y puede describirse como parecido a las contracciones del parto (21)

En el año 2013 Pluas Cercado María Beatriz realiza un estudio sobre incidencia de aborto incompleto en el Hospital de Bahía de Caráquez con las siguientes El



mayor porcentaje de incidencia del aborto incompleto se dio en mujeres de 21 a 25 años con el 34.1 %.(20).

Según Guerrero Andrade Miguel en un estudio publicado en el 2013 en el Hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel acerca del aborto incompleto, el tipo de aborto que predomina es el aborto incompleto con el 75% (4).

2.7 Tipos de aborto

Aborto diferido: engloba a los productos muertos de concepción que se retenían durante varios días, semanas o meses dentro del útero. Presenta el orificio cerrado del cuello uterino. Después de la muerte del embrión no siempre aparecen hemorragia vaginal u otros síntomas de amenaza de aborto y con la ecografía es posible confirmar un embarazo anembriónico o la muerte del feto o embrión (15,21).

En el 2011 Estrella Hernández en un estudio publicado en la revista progresos de ginecología y obstetricia estima la incidencia de aborto diferido en un 30% de todas las gestaciones clínicas (22).

Aborto séptico: Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto. Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero Alteraciones del estado general (14). La manifestación más frecuente de infección después de un aborto es la endometritis, pero también puede haber parametritis, peritonitis, septicemia e incluso endocarditis (15).

En el año 2007 Faneite y colaboradores publica un artículo realizado en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara de Venezuela donde se determina la incidencia de aborto séptico fue del 1,76% 1,76 % (168/ 9 529) con rangos de 0,67 % (1997) y 2,87 % (2003), hay tendencia a cifras mayores en los últimos 5 años previo al estudio (23).



Arreaza y Rodríguez en el 2010 en un estudio realizado en el Hospital Simón Bolívar de Bogotá Colombia señala la prevalencia del aborto séptico en menos del 1%, estadística que concuerda con las estadísticas mundiales acerca del mismo (24).

Aborto Terapéutico: se considera aborto terapéutico a la interrupción del embarazo en un estado de inviabilidad del feto o embrión, dado que este embarazo está causando un deterioro grave de la salud de la madre, le puede causar daños severos e irreversibles que pueden producirle la muerte (12).

Aborto Provocado o inducido: Se llama aborto inducido a la interrupción de un embarazo provocada intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica (12).

Aborto Recurrente: Si una mujer ha sufrido tres o más abortos seguidos, se considera que padece abortos de repetición (12).

2.8 Técnicas para evacuación endouterina en el primer trimestre del embarazo

Técnicas quirúrgicas:

- Dilatación cérvico uterina seguida de evacuación del contenido del útero:
 - Legrado.
 - Aspiración por vacío.

Técnicas médicas

- Oxitocina intravenosa.
- Líquido hiperosmótico intra-amniótico
- Prostaglandinas E2, E1 y análogos

Métodos de evacuación uterina

Evacuación uterina es la extracción del contenido del útero. Al utilizar un método de evacuación uterina se debe evaluar la dilatación cervical, las semanas de edad gestacional, presencia y gravedad de la hemorragia (25).



Misoprostol

El misoprostol es fármaco análogo de prostaglandina E1 en un inicio usado para el tratamiento clínico de la úlcera péptica por AINES, posteriormente se evidencia su capacidad de producir cambios cérvico-uterinos siendo utilizado para producir una evacuación uterina eficaz al interactuar con receptores específicos en las células miometriales. Con lo cual se dan cambios en la concentración de calcio y generan contracciones musculares logrando así expulsar el contenido de la cavidad uterina (26).

Dentro del empleo clínico para el misoprostol se encuentran: evacuación uterina en caso de feto muerto intra-útero (61%), en abortos retenidos (57%) y para inducir el parto (46%) o en ciertos casos la interrupción precoz del embarazo, hemorragia postparto, evacuación del huevo anembrionario y la maduración cervical previo a la instrumentación ginecológica. Se evidencia el uso del misoprostol en diversas situaciones en las cuales su uso es efectivo. “La evacuación uterina cuando se presente una falla temprana en el embarazo es una indicación de uso de misoprostol muy importante.” (26).

Existen casos en donde se presenta alteraciones embrionarias incompatibles con la vida en los cuales se necesita una evacuación del mismo para evitar complicaciones a la madre, en estos casos el cuello suele estar cerrado y sin modificaciones, se hace imperativo el uso farmacológico del misoprostol con lo cual se ayuda para permitir una instrumentación quirúrgica (26).

Farmacología y vías de administración (26).

Existen ventajas clínicas, económicas y farmacológicas importantes sustanciales con el misoprostol entre las cuales encontramos:

- Costo aproximadamente 100 veces menor que cualquiera otra prostaglandina
- Tiempo de vida media largo
- Fácil administración
- No requiere de refrigeración para su almacenamiento o transporte.



Entre las vías de administración utilizadas encontramos:

- Oral
- Sublingual
- Bucal
- Vaginal
- Rectal

Vías de administración (27).

Vía oral

El misoprostol administrado por vía oral tiene una absorción rápida del 88%, metabolismo hepático y eliminación por vía urinaria del 74% y 15% fecal, una pequeña cantidad se elimina por medio de la leche materna, la concentración plasmática más alta se obtiene entre los 12 y 60 minutos, con una vida media del principio activo (ácido misoprostólico) de 20 a 40 minutos. El tono uterino inicia se eleva alrededor de los 10 minutos con un pico máximo a los 25 minutos de administrado el fármaco.

Vía vaginal

Se obtiene concentraciones plasmáticas alrededor de la 1ra y 2da hora de la aplicación lográndose un aumento del tono uterino alrededor de los 20 minutos post con un efecto máximo alrededor de los 45 minutos

La biodisponibilidad farmacológica 3 veces mayor a la obtenida cuando se administra por la vía oral.

Vía sublingual

- Se obtiene aumento del tono uterino a los 10 minutos de su administración.
- Se utiliza en situaciones clínicas en la cual se requiera un efecto inmediato.

Vía rectal

Su pico sérico máximo se alcanza a los 60 minutos.

Según un estudio realizado por García Luis entre enero y diciembre del 2011 en el Hospital General Docente “Iván Portuondo” del municipio de San Antonio



de Baños que compara la administración de 400 mcg de misoprostol por dos vías, con un universo de 620 pacientes; de las cuales 113 recibieron tratamiento por vía vaginal y 111 por vía sublingual. Como resultado del estudio 202 pacientes tuvieron éxito en una dilatación eficaz y 22 casos fueron fallidos. La administración previa de 400 mcg de misoprostol en el aborto instrumentado, resultó ser más efectiva para la dilatación cervical cuando se colocó vía vaginal en contraste con la vía sublingual (27).

Inducción del trabajo de parto con feto muerto y retenido

Se define como muerte fetal intrauterina es aquella que se produce después de las 13 semanas de gestación. La muerte fetal con el producto retenido se presenta en aproximadamente 6 casos por cada 1000 nacidos vivos.

“Cualquiera que sea la causa de la muerte fetal intrauterina, y cuando no se sucede de manera espontánea la expulsión del feto, está indicado iniciar la inducción del trabajo de parto o la inducción del aborto, según sea la edad gestacional en el momento del óbito fetal.” (26).

Dosis y vías de administración

La dosis de administración más recomendable es la vía vaginal, teniendo en cuenta la sensibilidad por parte del útero a medida que progresa el embarazo con lo cual se debe utilizar dosis menores.

Dosis de misoprostol para el 2do trimestre del embarazo

Misoprostol vía vaginal, 200 µg cada 6-12 horas máximo cuatro dosis, si el óbito fetal ocurre en una gestación entre las 13 y 17 semanas. Si la primera dosis no logra desencadenar una actividad uterina adecuada, la siguiente dosis debe ser de 400 µg. La dosis máxima en un día no debe superar los 1600 µg.

Manejo con misoprostol para aborto incompleto

Se consideran algunas opciones de abordaje del mismo

- vía vaginal a una dosis de 400 a 800 µg; de no obtenerse respuesta se adicionará una dosis de 400 µg hasta completar 3 dosis.
- vía sublingual se la considera como la primera elección se la utiliza a una dosis de 400 a 800 µg cada 4 horas, hasta completar 3 dosis



Embarazos de 13 a 15 semanas

Dosis inicial de misoprostol de 400 µg, por vía vaginal, en caso de no obtener respuesta se repite la dosis a las 6 horas. En caso de no obtener respuesta se duplica nuevamente la dosis inicial

Embarazos de 16 a 18 semanas

Dar una dosis inicial de misoprostol de 200 µg por vía vaginal, en caso de no obtener respuesta se repetirá la dosis. Se puede utilizar una nueva dosis en caso de no obtener respuesta a las 24 horas.

Contraindicaciones

- Hipotensión severa
- Epilepsia no controlada
- Sangrado abundante
- Fiebre alta o signos de sepsis
- Malas condiciones generales
- Alergia a las prostaglandinas
- Sospecha de embarazo ectópico
- Antecedentes de patologías con trastornos de la coagulación
- Mujeres que estén recibiendo anticoagulantes o sean consumidoras frecuentes de fármacos antiinflamatorios no esteroideos

Efectos secundarios

- Diarrea y dolor abdomino-pélvico.
- Náuseas.
- Emesis.
- Hipotensión.
- Fiebre.
- Escalofríos y temblor corporal.

Si se presenta hemorragia importante y se encuentra que la medicación con misoprostol aún no ha logrado el resultado esperado, se deberá interrumpir el tratamiento farmacológico y proceder a realizar un procedimiento quirúrgico.



Legrado uterino instrumentado (LUI):

Procedimiento quirúrgico que incluye la dilatación del cuello por medios mecánicos o agentes farmacológicos seguidos por el uso de curetas para raspar las paredes del útero (28).

En un estudio realizado por Gómez Sánchez en el año 2007 acerca de la evaluación de la atención integral al pos-aborto en 13 hospitales de Colombia entre 1999 y 2002 se atendieron 26 199 mujeres con aborto incompleto. Se trataron con legrado uterino por aspiración manual el 40 % y con legrado uterino con cureta el 60 %. Con el legrado uterino por aspiración no hubo perforaciones, con el legrado uterino con cureta hubo necesidad de respiración por evacuación incompleta en 13 casos mientras que en legrado uterino por aspiración en un caso (29).

En la actualidad su uso ha disminuido ya que existen otras opciones menos invasivas para la mujer, con las cuales la recuperación es rápida y no requiere estadía hospitalaria prolongada ni anestesia general (16).

Indicación:

Se realiza en la gestante entre 12 a 20 semanas cuando existe un sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (16).

Contraindicaciones:

- No se recomienda utilizar LUI luego de AMEU
- Infección genital activa aguda, a cualquier nivel.
- Desconocimiento de la técnica operatoria.
- Falta de destreza para la realización del procedimiento.

Complicaciones

- Perforación uterina
- Infección pélvica
- Lesiones cervicales
- Sinequias uterina

**Aspiración manual endouterina (AMEU):**

Se define al AMEU Procedimiento quirúrgico que incluye la dilatación del cuello seguida de una aspiración al vacío de manera manual para la evacuación del contenido uterino, principalmente su uso se da en el primer trimestre de gestación (12).

En 2000, la Secretaria de Salud de México (SSA) publicó un documento normativo en el que la AMEU es recomendada como la primera opción para tratar la hemorragia obstétrica y el aborto incompleto (11).

Así mismo la AMEU es recomendada por la OMS y la FIGO como primera opción de tratamiento en caso de aborto incompleto antes de las 12 semanas de embarazo (26). En este estudio se evidencia la efectividad que puede llegar a tener el manejo adecuado con misoprostol, sin embargo, la falta de conocimiento adecuado hace que su uso disminuya a pesar de los estudios clínicos que avalen su eficacia (26).

La AMEU se lo considera una técnica más efectiva debido a menos complicaciones. Puede realizarse como un procedimiento ambulatorio disminuyendo la estancia hospitalaria. Este hecho es importante por lo que disminuye los costos y es más accesible para la población que la necesite (30).

Romero y colaboradores en un estudio realizado en el 2010 en Argentina entre sus resultados señalan la eficacia y beneficios de la aspiración manual endouterina pero no hubo una adopción generalizada de la técnica luego de la intervención (30).

Indicación:

Este procedimiento está indicado como tratamiento de aborto menor de 12 semanas, es peligroso realizarla en embarazos más avanzados (25).



Además, cuando se tenga una altura uterina menor a 11 cm. y dilatación cervical menor o igual a 1 cm. Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico (12).

Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12 semanas y dilatación cervical menor o igual a 2 cm y en Enfermedad trofoblástica gestacional, independientemente del tamaño uterino (12).

Contraindicación

Falta de destreza para el manejo del procedimiento, aborto incompleto o retenido con tamaño uterino mayor de 12 semanas o dilatación cervical mayor a 2 cm, aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo (16).

Complicaciones de la aspiración manual endouterina

AMEU incompleta, infección, lesión de la matriz, desgarro de cuello uterino, evacuación en blanco (25).

Estas complicaciones pueden llegar a producir infertilidad secundaria y en casos graves llegar a la muerte y en algunos casos a la muerte. Los riesgos son mayores a partir del segundo trimestre del embarazo (25)..



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar las características del aborto en pacientes con diagnóstico confirmado clínicamente y ecográficamente.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las variables socio-demográficas de las pacientes del estudio.
2. Identificar los factores de riesgo asociados al aborto
3. Identificar el porcentaje de uso de tratamiento farmacológico para el tratamiento.
4. Identificar el porcentaje de uso de técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento del aborto.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Esta investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo retrospectivo.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en la provincia del Azuay, ciudad de Cuenca. Este es un hospital de segundo nivel de atención, lugar de referencia de pacientes de la región sur del país. El área de ginecología consta de un total de 14 camas.

4.3 Universo y muestra

El universo está constituido por todas las historias clínicas de pacientes que acuden con diagnóstico de aborto confirmado por ecografía y/o examen físico (con excepción del aborto completo) ingresadas al área de ginecología Del Hospital Vicente Corral Moscoso en el 2015.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio con diagnóstico de aborto
- Historias clínicas de pacientes que se sometieron a tratamiento farmacológico a base de misoprostol, posteriormente complementado con legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU).
- Historias clínicas de pacientes con aborto que no incluya el aborto completo.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos insuficientes de información general, antecedentes, factores de riesgo y tipo de tratamiento recibido para el aborto.



4.5 Operacionalización de variables

Ver Anexos

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

MÉTODOS. - se realizó mediante la recolección de datos obtenidos a partir de las historias clínicas de las pacientes que se incluyeron dentro de nuestro estudio, su análisis se realizó a través del programa SPSS. Esta recolección de datos fue obtenida a partir de un cuestionario piloto creado por los autores de esta tesis junto con el médico tratante y director de la misma, el cual cumplió con los requisitos que buscan cumplir tanto las variables como los objetivos propuestos.

TÉCNICA. - los datos fueron recolectados a través de la base de datos con la información requerida, posteriormente fueron analizados con el programa SPSS versión en español 15.0.0 y los resultados son presentados a con tablas simples y tablas complejas.

INSTRUMENTOS: historias clínicas de las pacientes que cumplieron los requisitos necesarios de inclusión, base de datos del área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, cuestionarios realizados por los autores de esta tesis.

4.7 Procedimientos

Se determinó la consulta de historias clínicas y luego se recolectó la información en la hoja o cuestionario utilizado para la investigación.

Se solicitó la respectiva autorización al director del Hospital Vicente Corral Moscoso, así como del departamento de docencia, en la que se pidió realizar el estudio en esta casa de salud. Una vez obtenido el permiso se procedió a:

- 1) Recolección de datos de la fuente de información.
- 2) Ingreso de Datos.
- 3) Análisis de los Datos.



4) Presentación de los Resultados

Dentro de nuestra investigación se realizó una revisión bibliográfica del tema en la biblioteca Juan Bautista Vásquez en la facultad de medicina. Además de la consulta al personal médico del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Hospital José Carrasco Arteaga.

Nuestro proyecto de investigación fue supervisado por el Dr. Jorge Mejía docente de la facultad de medicina de la universidad de la cátedra de Gineco-Obstetricia y magister en investigación.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Los datos serán recolectados en base a un cuestionario previamente realizado y los resultados obtenidos se analizarán mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 15.0.0 en español y sus resultados se presentaron en base a tablas simples y complejas

4.9 Aspectos éticos

Posterior a la aprobación del protocolo por parte de las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, se procederá a solicitar los permisos respectivos a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso (director del hospital, Comité de Ética de la institución y jefe del departamento de Ginecología); una vez obtenido los permisos se procederá a la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes cuyas patologías concuerden con nuestros criterios de inclusión, con el fin de realizar un trabajo de investigación.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio incluyó un total de 371 registros médicos de pacientes con diagnóstico de aborto confirmado por ecografía y/o examen físico, ingresadas al área de ginecología Del Hospital Vicente Corral Moscoso, con base en los objetivos se analizan los resultados:

5.2 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

Tabla 1. Distribución de 371 historias clínicas de pacientes con aborto según características socio demográficas de la población. Cuenca 2015.

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Edad	10-19 años	66	17,8
	20 - 29 años	172	46,4
	30 - 39 años	106	28,6
	40-49 años	27	7,3
Estado civil	Soltera	95	25,6
	Casada	134	36,1
	Unión libre	140	37,7
	Divorciada	2	,5
Residencia	Urbana	254	68,5
	Rural	117	31,5
Instrucción	Ninguna	9	2,4
	Primaria	142	38,3
	Secundaria	174	46,9
	Superior	46	12,4
Ocupación	Empleado publico	4	1,1
	Empleado privado	75	20,2
	Empleado domestico	92	24,8
	Desempleado	200	53,9

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: los autores

El promedio de edad de las pacientes se ubicó en 27,45 años con una desviación estándar de 7,57 años siendo el grupo de edad preponderante el de 20 a 29 años con el 46,4%; en la mayoría de los casos las pacientes que presentaron abortos se hallaban en unión libre, el 68,5% fue residente en el



área urbana y con un nivel de instrucción secundaria el 46,9%, llama la atención que el 53,9% de las pacientes refirieron ser desempleadas.

5.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ABORTO

Tabla 2. Distribución de 371 historias clínicas de pacientes con aborto según factores de riesgo de aborto. Cuenca 2015.

Factor de riesgo		Frecuencia	Porcentaje
Edad mayor a 35 años	Si	84	22,6
	No	287	77,4
Aborto previo	Si	98	26,4
	No	273	73,6
Diabetes Mellitus	No	371	100,0
Ingesta de Alcohol	Si	1	,3
	No	370	99,7
Ingesta de Cocaína	No	371	100,0
Tabaquismo	Si	9	2,4
	No	362	97,6

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: los autores

De los factores de riesgo que se investigaron el preponderante fue la presentación de abortos previos con el 26,4% seguido de la edad mayor a los 35 años con el 22,6%; en el caso de diabetes mellitus y la ingesta de cocaína no se encontraron casos; el tabaquismo se presentó en baja frecuencia únicamente 9 casos del total.

5.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tabla 3. Distribución de 371 historias clínicas de pacientes con aborto según uso de misoprostol. Cuenca 2015.

Tipo de tratamiento		Frecuencia	Porcentaje
Uso de misoprostol	Otro procedimiento	243	65,5
	Misoprostol oral	28	7,5
	Misoprostol vaginal	100	27

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: los autores



El uso de misoprostol por vía vaginal tuvo un porcentaje de 27% siendo la vía más frecuentemente usada; por vía oral el 7,5% y en el 65,5% de las pacientes no se requirió el uso de esta medicación.

5.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Tabla 4. Distribución de 371 historias clínicas de pacientes con aborto según tratamiento. Cuenca 2015.

Tipo de tratamiento		Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento	AMEU	310	83,6
	LUI	61	16,4

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: los autores

La tabla indica que del total de la población en 83,6% fue tratada mediante AMEU mientras que el 16,4% con legrado intrauterino.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El aborto es motivo de políticas públicas fuertes en el sentido de prevención (31), en este sentido el estudio de esta situación de salud es relevante debido a las complicaciones que pueden poseer las pacientes; debiendo considerar también la frecuencia de abortos provocados y las malas condiciones en el cuál se realizan, los datos tampoco son alentadores, estimándose que anualmente se llevan a cabo un total de 42 a 46 millones de abortos (32).

En términos de impacto a la salud de la población, el aborto representa un gasto importante para los estados por ejemplo en México el aborto representó el 10,6% de los egresos en una serie de 12 años de estudio con un alto índice de hospitalizaciones, y la mortalidad fue del 7,3% (33). En Ecuador el Ministerio de Salud Pública en su revisión de datos entre el año 2000-2010 estableció que en el año 2000 la frecuencia de abortos fue de 7,3% y en el año 2011 en un 6,5% lo que involucra una ligera reducción en la frecuencia pero es evidente que el problema es prevalente (34).

Bajo esta perspectiva en el presente estudio se evaluaron un total de 371 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto, estableciendo que la media de esta población fue de 27,45 años siendo el grupo más preponderante el de 20-29 años con el 46,4%; este resultado varía con el encontrado por Koch (31) que encontró en su estudio una media de 22,7 años (DE= 6,2 años) es decir pacientes de menor edad presentaron más abortos que las pacientes de mayor edad.

Un estudio llevado a cabo por Romero y colaboradores (35) determinó la media de las pacientes que presentaron abortos en 30,2 años con una desviación estándar de 5 años con un rango entre 18 a 42 años; lo que involucra una edad media mayor a la reportada en las pacientes del HVCM, esto evidencia que cada población posee sus características propias y más allá de la edad de las pacientes pueden existir otros factores asociados.



Un estudio de Rivero y colaboradores (36) estableció que la media de edad de las pacientes con abortos fue de 27 años (DE= 7 años) un valor parecido al de nuestra población, estos autores determinaron que la frecuencia de los principales factores de riesgo fue: HTA 5,5%; diabetes 1,2%, consumo de tabaco 1,8% abortos previos 32%; lo que en cierta medida se relaciona con nuestros resultados, específicamente en diabetes la prevalencia fue menor en nuestra población, con una alta frecuencia de abortos previos siendo el factor más relevante.

Cadena y colaboradores (37) en un estudio en la Ciudad de Guayaquil determinaron que tras una revisión de 2146 historias clínicas que el grupo etario de entre 20-30 años fue el más afectado, un dato parecido al encontrado en nuestro estudio, también se determinó que la procedencia de las pacientes en el 66,5% de los casos fue en el área urbana y el 75,1% nivel de instrucción secundaria; estos resultados se relacionan y se corroboran con los encontrados en nuestra población.

Hijona (38) menciona que la edad materna es el principal factor de riesgo para el aborto espontáneo con un 24,6% en las pacientes de entre 35-39 años, en nuestra población el 22,8% de la población que había sufrido abortos tuvo edades mayores de 35 años, lo que se relaciona con los hallazgos en nuestra investigación; otro factor relevante fue la presentación de abortos previos con un 20% tras el primer aborto, 28% después de 2 abortos y 43% tras el tercero; en nuestra investigación el 26,4% de las mujeres había tenido abortos previos.

Gutiérrez y Guevara (39) en el año 2015 en su artículo titulado “Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol”, menciona que en la actualidad existen 2 métodos para el tratamiento del aborto la aspiración manual endouterina (AMEU) y el tratamiento médico con misoprostol, ambos hacen posible el manejo ambulatorio del aborto incompleto, la reducción de los costos para el sistema de salud, y además se brindan dentro de un respeto a los derechos de las mujeres, pero el uso de cualquiera de ellos no está exento de controversias.



En esta investigación en algunas pacientes se usaron ambos métodos, pero en un análisis por separado se establece que el 83,6% de la población recibió tratamiento con AMEU, el 7,5% misoprostol vía oral y el 27% misoprostol vía vaginal; en el 16,4% de los casos se usó LUI; un estudio llevado a cabo por Córdova (40) en la Ciudad de Guayaquil determinó que la AMEU y LUI poseen una efectividad del 100% en comparación con el 90% encontrada mediante el uso de misoprostol; sin embargo las complicaciones fueron mayores con el uso de LUI, concluyendo que los 3 procedimientos son eficaces pero el misoprostol y AMEU pueden usarse antes de las 12 semanas.

Más allá de la epidemiología del aborto que se ha descrito, se evidencia que las variaciones con otros años no es significativa lo que significa que el aborto aun representa gran parte de la morbilidad más aun cuando sabemos que afecta a poblaciones jóvenes, de bajo nivel de instrucción y con amplias posibilidades de complicaciones posteriores a los tratamientos que se han descrito.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

1. Se estudiaron un total de 371 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto, con una media de 27,45 años siendo en la mayoría de los casos pacientes en unión libre, residentes en el área urbana, con un nivel de instrucción primaria y desempleadas.
2. La frecuencia de factores de riesgo fue variable, el preponderante fue la presentación de abortos previos con el 26,4% seguido de la edad mayor a los 35 años con el 22,6%; en el caso de diabetes mellitus y la ingesta de cocaína no se encontraron casos; el tabaquismo se presentó en baja frecuencia únicamente 9 casos del total.
3. El 7,5% de las mujeres recibió misoprostol oral y el 27% vía vaginal.
4. Del total de la población el 82,5% fue sometida a AMEU para la resolución del aborto, mientras que en el 7,5% de las mujeres se usó misoprostol vía oral y 27% vía vaginal.

7.2 Recomendaciones

1. El aborto en todos los casos resultan ser situaciones de riesgo para las pacientes por lo que en medida de lo posible se debe priorizar la atención y el tratamiento de las pacientes afectadas.
2. Se debe socializar los riesgos del aborto a la población con la finalidad de fortalecer las medidas de protección como el uso de medidas anticonceptivas y en el caso de ya presentar un aborto buscar ayuda médica de manera inmediata ante los riesgos existentes.
3. Los resultados de este estudio se deben dar a conocer a la comunidad científica, de esta manera al ser un tema que se ha venido estudiando desde hace algunos años se pueden actualizar constantemente y planificar nuevas investigaciones.
4. El personal de salud debe estar en capacidad de resolver un aborto pues trae consecuencias para la salud de la madre que pueden llegar a



ser graves, con base en los resultados de este estudio se recomienda el uso de tratamiento farmacológico o quirúrgico según el caso.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud [Internet]. 2012 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas de egresos Hospitalarios [Internet]. 2013 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2013.pdf
3. Comité de Usuarias del Distrito Metropolitano de Quito. Veeduría para el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora [Internet]. 2007 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.saluddealtura.ec/fileadmin/PDF/Veeduria_Isidro_Ayora_Comite_Usuarias_Norte.pdf
4. Guerrero M. Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al hospital materno infantil Dra. Matilde Hidlgo de Procel en el periodo mayo a octubre del 2012 [Internet] [Tesis]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2013 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1803/1/tesis.pdf>
5. Michel A, Ariza S. Objeción de conciencia y aborto [Internet]. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro; 2015 [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/676>
6. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República del Ecuador. Capítulo 4 de los derechos sociales, económicos y culturales. Sección quinta de los grupos vulnerables [Internet]. 2014 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>
7. Távara L. El aborto como problema de salud pública en el Perú [Internet]. Salud Pública; 2015 [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N4/pdf/A07V47N4.pdf
8. Castillo S, Fuentes A, Paulos A, De la Rosa E. Estudio cromosómico en abortos espontáneos [Internet]. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.79 no.1; 2014 [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100007



9. Ministerio de Salud de Argentina. Anomalías congénitas. Enfoque para la atención primaria de la salud [Internet]. 2011 [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/congenitas/wp-content/uploads/sites/2/2015/02/manual-epf.pdf>
10. Pavia C. Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo [Internet]. 2011 [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Trabajo_de_Investigacion._Lic.pdf
11. Consejo de Salubridad General de México. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente [Internet]. 2014 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf
12. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de práctica clínica [Internet]. 2013 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
13. U.S. Department of Health and Human Services. Abortion Surveillance United States [Internet]. 2011 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6311.pdf>
14. Valenzuela C. Aborto terapéutico y ética científica [Internet]. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.76 no.5; 2011 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000500001
15. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia. 23.^a ed. México: KD Editores; 2012. 215-220 p.
16. Ministerio de Salud Argentino. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto [Internet]. 2014 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
17. Rodríguez A. Guía de atención del aborto [Internet]. 2011 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATENCION%20DEL%20ABORTO.pdf>
18. Sánchez J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho-Lima, durante el periodo Agosto-Diciembre del 2012 [Internet] [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-



- Tacna; 2013 [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/199/84_2013_Sanchez_Cjuno_J_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence=1
19. Piekarewicz Mi. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina [Internet]. Rev. Bioética y Derecho no.33; 2015 [citado 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015001100002
 20. Pluas C. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caraquez «Miguel Hilario Alcivar» en el periodo septiembre del 2012 a febrero 2013 [Internet]. Universidad Satiago de Guayaquil; 2013 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://repositorio.u.g.edu.ec/bitstream/redug/1886/1/INCIDENCIA%2520DEL%2520ABORTO%2520INCOMPLETO.pdf>
 21. Voedisch A, Frederick C, Nicosia A, Stovall T. Aborto precoz y embarazo ectópico. 15.^a ed. México: Adishi E editores; 2013. 621 p.
 22. Hernández M, Hernández B, Conde P, González J, Doyague M. Aborto diferido como origen de una enfermedad trofoblástica persistente. Prog Obstet Ginecol; 2011.
 23. Faneite P, Amato R, Faneite J, Rodríguez Y, Rivera C. Aborto séptico en el Hospital «Dr. Adolfo Prince Lara» 1977-2006. Rev Obstet Ginecol Venezuela; 2007.
 24. Arreaza M, Rodríguez O. Efficacy and safety of misoprostol compared to methotrexate plus misoprostol for the medical management of abortion in Bogotá, Colombia: A randomized clinical trial. Rev Colomb Obstet Ginecol; 2010.
 25. Hesperian. AMEU (aspiración por vacío manual, aspiración manual endouterina) [Internet]. 2013 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_midw_2013/es_midw_2013_23.pdf
 26. Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología [Internet]. 2013 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Uso-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf>
 27. García L, Alonso M, Pérez E. Misoprostol en dos formas de administración para la dilatación cervical en el aborto instrumentado [Internet]. Revista de V Ciencias Médicas. La Habana; 2013 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=pGTdV4CdGKfI8Afp87WwDQ&g



- ws_rd=ssl#q=Ba%C3%B1os+LGG%2C+Sicilia+MA%2C+P%C3%A9rez+E
C.+Misoprostol+en+dos+formas+de+administraci%C3%B3n+para+la+dilata
ci%C3%B3n+cervical+en+el+aborto+instrumentado.+Rev+Cienc+M%C3%
A9dicas+Habana.+el+10+de+junio+de+2013%3B19(2):183%E2%80%9391.
28. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Evacuación Uterina: usar aspiración al vacío o medicamentos, no curetaje o raspado uterino [Internet]. 2011 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.figo.org/sites/default/files/FIGO%20Declaracion%20DC%20en%20espanol.pdf>
 29. Gómez P, Escandón I, Gaitán H. Evaluating post-abortion care in 13 Colombian hospitals. *Rev Salud Pública*; 2007.
 30. Romero M, Zamberlin N, Giani M. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud Colect.* abril de 2010;6(1):21–35.; 2010.
 31. Koch E. Epidemiología del aborto y su prevención en Chile [Internet]. *Rev. chil. obstet. ginecol.*; 2014 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500001
 32. García M, Cruz V. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia [Internet]. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.41 no.1; 2015 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100004
 33. Schiavon R. Morbilidad y mortalidad por aborto: como usar la evidencia de los sistemas de información en salud. México como estudio de casos. [Internet]. Comité Promotor para una Maternidad Segura en México; 2014 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/590/Raffaella%20Schiavon.pdf?sequence=1>
 34. Ministerio de Salud Pública. Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010 [Internet]. 2012 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
 35. Romero B, Martínez L, González A, Fontes J. Epidemiology of recurrent miscarriage [Internet]. *Procesos de Obstetricia y Ginecología*; 2012 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-epidemiologia-del-aborto-repeticion-S0304501312000738>
 36. Rivero M, Villalba M, Vidal D, Ramírez N. Epidemiología, Clínica y costo hospitalario del aborto [Internet]. 2000 [citado 17 de septiembre de 2016].



- Disponible en:
http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2000/3_medicas/m_pdf/m_033.pdf
37. Cadena H, Ortega G, Touriz M. Prevalencia de aborto y factores epidemiológicos. Hospital Materno Infantil «Mariana de Jesus» 2004-2008 [Internet]. 2010 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/579/1/T-UCSG-PRE-MED-24.pdf>
38. Hijona J. Factores asociados al aborto espontáneo [Internet] [Tesis]. [Granada]: Universidad de Granada; 2009 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14585/1/18661439.pdf>
39. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol [Internet]. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 61, núm 1; 2015 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323438596010.pdf>
40. Córdova G. Análisis del costo hospitalario entre la implementación de la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública en el manejo de abortos diferidos e incompletos con Misoprostol o AMEU vs Legrado Uterino Instrumental en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde 1 de julio del 2014 hasta 30 de junio del 2015 [Internet] [Tesis]. [Guayaquil]: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2016 [citado 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5297/1/T-UCSG-PRE-MED-441.pdf>



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 Formulario de recolección de información

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ABORTO HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO ENERO – DICIEMBRE 2015.

Formulario: _____

Fecha: _____

HC: _____

1. DATOS DE GENERALES

EDAD:	_____ años cumplidos				
ESTADO CIVIL:	Soltera <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Divorciada <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>
RESIDENCIA:	Urbana <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>			
INSTRUCCIÓN:	Ninguna <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>	
OCUPACION:	Empleado Público <input type="checkbox"/>	Empleado Privado <input type="checkbox"/>	Empleado Doméstico <input type="checkbox"/>	Desempleado <input type="checkbox"/>	

2. ANTECEDENTES Y FACTORES DE RIESGO

Edad > a 35 años.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Abortos Previos.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ingesta de Alcohol.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ingesta de cocaína.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tabaquismo.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

EDAD GESTACIONAL: _____ semanas de gestación por FUM

3. TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO

TIPO DE ABORTO		TRATAMIENTO UTILIZADO	
COMPLETO	<input type="checkbox"/>	MISOPROSTOL Oral	<input type="checkbox"/>
INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	Vaginal	<input type="checkbox"/>
DIFERIDO	<input type="checkbox"/>	AMEU	<input type="checkbox"/>
SEPTICO	<input type="checkbox"/>	LUI	<input type="checkbox"/>

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: _____ días _____ horas

OBSERVACIONES



9.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Aborto	Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500g	Tipo de aborto	Datos de historias clínicas	Completo Incompleto Diferido Séptico Provocado o inseguro
Edad	Tiempo en años transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, hasta el momento en el que se realiza el procedimiento.	Tiempo transcurrido	Años	10-19 20-29 30-39 40-49
Estado civil	Situación jurídica en la que se encuentra una persona en relación con otra	Situación jurídica	Tipo de situación jurídica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre
Lugar de residencia habitual	Área político-territorial delimitada por el gobierno autónomo descentralizado y dividido en parroquias	Parroquias	Tipo de parroquias	Urbano Rural
Nivel de instrucción	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de educación.	Tiempo de estudio	Grado de estudio que alcanza la paciente al momento del estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente.	Tipo de trabajo que realiza	Versión de la paciente	Empleado publico Empleado privado Empleado domestico Desempleado



Factores de riesgo	Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad	Antecedentes personales médicos	Datos de la historia clínica	Miomatosis uterina Pólipo adenomatosi s ovárica o endometrial Abortos a repetición Edad >35 años Anomalías cromosómicas LUES DM1 o DM2 Embarazo anembrionado
Misoprostol	Medicamento de elección indicado como método farmacológico de inducción del parto	Vía de administración	Cualitativo	Oral Vaginal Rectal
AMEU	Método utilizado con el fin de interrumpir el embarazo, consiste en la evacuación del contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual de plástico.	Frecuencia de uso	Cualitativo	SI NO
LUI	Es un procedimiento quirúrgico en el cual se raspa la cavidad uterina con una legra	Frecuencia de uso	Cualitativo	SI NO