



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

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TIPOS DE ABORTO  
DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL  
VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2003-2013.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORAS:** Carmen del Rocío Barbecho Quito  
Digna Cumandá Galabay Morquecho

**DIRECTORA:**  
Lcda. Guadalupe De la Cruz Cruz

**ASESORA:**  
Mg. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez

**CUENCA – ECUADOR**

**2015**

## **RESUMEN**

**Antecedentes:** El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, pues no se encuentra preparada física, biológica ni psicológicamente, para llevar un embarazo fisiológicamente adecuado; siendo uno de los principales problemas de la madre adolescente el aborto, que pone en riesgo el complejo madre-hijo.

**Objetivo General:** Determinar las características sociodemográficas y tipos de aborto de las adolescentes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2003-2013.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo en la totalidad de adolescentes que acudieron por presentar aborto, para el cual se revisaron los libros de registro del Departamento de Estadística, los datos fueron analizados en el programa SPSS 15, donde se realizaron tablas simples y relación de variables, con sus respectivas frecuencias y porcentajes; en las variables cuantitativas se obtuvieron datos de desviación estándar.

**Resultados:** El universo fue de 901 casos de adolescentes que padecieron aborto. En nuestro estudio las adolescentes comprendidas entre 17–19 años de edad corresponde al mayor porcentaje de abortos (78.8%), la mayoría fueron procedentes del cantón Cuenca (73,5%). En cuanto al Estado Civil un 38,4% eran solteras, Con respecto al nivel de instrucción primaria corresponde al porcentaje más alto (63,4%) y el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto (38,3%).

**Conclusión:** Durante este periodo no ha existido una disminución considerable de casos de aborto en adolescentes a pesar de que se ha incrementado la educación sexual y reproductiva en estas edades.

**Palabras claves;** CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS, ABORTO, ADOLESCENTE, PERÍODO DE OBTENCIÓN DE DATOS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

## **ABSTRACT**

**Background:** teenage pregnancy is a public health problem, there are no physical, biological, or physiological preparation to take a physiologically appropriate pregnancy; being one of the main problems of the teenage mother, abortion puts in risk both mother and child.

**General purpose:** Determine sociodemographic characteristics and different types of abortion of teenagers that went to Vicente Corral Moscoso Hospital during the 2003 – 2013 periods.

**Methodology:** A descriptive and quantitative study has been made in all adolescents that had gone to present their abortion, for what the Statistic Department registration books had been reviewed, the information were analyzed in the “SPSS” 15 program, where simple tabloids and variable relations have been made, with their respective frequencies and percentages; in the quantitative variables, data as standard deviation were obtained.

**Results:** The universe was of the 901 cases of adolescents that suffered abortion. In our study, adolescents between the ages of 17-19 correspond to the highest percentage of abortions (78.8%), most from the city of Cuenca (73.5%). As for the Civil State a 38.4% were single, With respect to primary education level corresponds to the highest percentage (63,4%), and the type of abortion most frequent was the incomplete abortion (38.3%).

**Conclusion:** during this period there has not existed a considerable decrease of cases of abortion in adolescents even though sexual education and reproductive has incremented.

**Keywords;** DEMOGRAPHIC FEATURES, ABORTION, ADOLESCENT, OBTAINED DATA PERIODS, VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL.

**ÍNDICE**

Resumen .....	2
Abstract .....	3
1.1 Introducción.....	11
1.2 Planteamiento del problema.....	12
1.3 Justificación y uso de los resultados .....	14
2. Fundamento teórico .....	15
2.1 Institución donde se realizó la investigación.....	15
2.2 Cantones de la Provincia del Azuay.....	21
2.3 Población de adolescentes de la provincia del Azuay.....	21
2.4 Características sociodemográficas.....	22
2.5 Aborto.....	23
2.6 Causas fisiológicas del aborto.....	25
2.7 Semanas de gestación .....	26
2.8 Adolescencia .....	27
2.9 Antecedentes, personales, familiares y Gineco-obstétricos de las Adolescentes.....	30
2.10 Factores de riesgo según el CLAP .....	31
2.11 Epidemiología del aborto en adolescentes.....	31
3. Objetivos .....	34
4. Metodología.....	34
5. Recursos .....	39
6. Cronograma .....	40
7. Análisis de Resultados .....	40
8. Discusión.....	60
9. Conclusiones.....	63
10. Recomendaciones.....	64
11. Bibliografía .....	65
12. Anexos .....	69

**Cláusula de Derechos de Autor**

Yo, **CARMEN DEL ROCÍO BARBECHO QUITO**, autora de la tesis **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TIPOS DE ABORTO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERÍODO 2003-2013”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, junio del 2015



Carmen del Rocío Barbecho Quito

C.I. 0104987565

**Cláusula de propiedad intelectual**

Yo, **CARMEN DEL ROCÍO BARBECHO QUITO**, autora de la tesis “**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TIPOS DE ABORTO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERÍODO 2003-2013**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, junio del 2015



Carmen del Rocío Barbecho Quito

C.I. 0104987565

**Cláusula de Derechos de Autor**

Yo, **DIGNA CUMANDÁ GALABAY MORQUECHO**, autora de la tesis **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TIPOS DE ABORTO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERÍODO 2003-2013”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, junio del 2015



Digna Cumandá Galabay Morquecho

C.I. 0104715008

**Cláusula de propiedad intelectual**

Yo, **DIGNA CUMANDÁ GALABAY MORQUECHO**, autora de la tesis **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TIPOS DE ABORTO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERÍODO 2003-2013”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, junio del 2015



Digna Cumandá Galabay Morquecho

C.I. 0104715008



## AGRADECIMIENTO

Nuestros sinceros agradecimientos a las docentes de la Escuela de Enfermería por habernos inculcado valores en nuestra formación académica, así también a nuestra directora Lcda. Guadalupe de la Cruz y asesora Lcda. Amparito Rodríguez, quienes con sus conocimientos nos brindaron apoyo para avanzar y culminar esta investigación. Por otro lado al Dr. Marco Palacios Director de Investigación del “Hospital Vicente Corral Moscoso” quien nos facilitó el acceso al área de estadística para poder recolectar los datos de la investigación.

Autoras.

## DEDICATORIA

A Dios, y a todas las personas quienes con su paciencia, sus conocimientos y apoyo incondicional han hecho posible mi formación profesional.

Carmen Barbecho.

A mis seres queridos; padres, hermano y sobre todo a querido esposo por el apoyo incondicional durante todo este tiempo de estudios universitarios y permitirme culminar el desarrollo de la tesis.

Digna Galabay.

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes resulta ser un evento en la mayoría de los casos estresante, no solo para la futura madre sino para la familia, pues una adolescente no se encuentra preparada física ni biológica ni psicológicamente para ser madre y obviamente nos encontramos ante una situación de riesgo para el complejo madre-hijo: Como lo menciona el MIES (1), las implicaciones del embarazo y luego de la maternidad adolescente son múltiples y devastadoras, afectando de manera determinante el futuro y proyecto de vida de los y las adolescentes, pero en especial de las futuras madres.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA), a nivel del Ecuador la mayor tasa de embarazo en adolescentes, se registra en la Amazonía, frontera norte, sierra centro y en la provincia del Guayas. Mientras que en el mundo, 16 millones de nacimientos son en adolescentes; el 90% ocurren en los países en vías de desarrollo, 2 millones son menores de 15 años. (2)

El aborto es un problema de salud pública y más del 15% de los abortos ocurre en adolescentes en América Latina. En 2012, a nivel mundial, se estima que hubo 80 millones de embarazos no deseados, de los cuales 40 millones terminaron en aborto. (2)

Uno de los riesgos dentro de un embarazo en adolescentes es el aborto, esta práctica es muy antigua y en algunos países latinoamericanos es permitido por la ley bajo ciertas restricciones: El aborto en la adolescencia es difícil de conocer con exactitud, ya que no se disponen de datos actualizados y por supuesto existen datos que nunca saldrán a la luz, pues en algunas ocasiones se realizan de manera clandestina; convirtiendo el aborto ilegal en una práctica que perjudica la adecuada visión del real problema en este grupo adolescente. (2)

Miranda menciona que “el fenómeno aborto ha trascendido los marcos de la salud pública para convertirse en polémica social, en la cual participan además

de los proveedores de salud, instituciones religiosas, parlamentos, líderes políticos y grupos sociales, que escenifican protestas públicas, promueven foros internacionales, elaboran documentos y diversas publicaciones, tanto a favor como en contra del mismo. Por todo ello, se ha convertido en uno de los temas más delicados de la ética médica actual” (3).

A más de los obvios problemas de salud para la adolescente que abortan, también es un duro golpe a las políticas sanitarias preventivas, para la economía de los estados y más aún en los países en vías de desarrollo; las cifras de abortos en adolescentes en todo el mundo van en aumento; y Ecuador no es la excepción, por lo que evaluar la realidad de nuestras adolescentes en relación con el aborto es importante. Se plantea así estudiar la evolución del aborto en adolescentes en la última década y conocer sus características, para de esta manera crear una línea de base para intervenciones futuras.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OMS (4) cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles con el embarazo y el parto; correspondiendo el 99% de estas muertes a países en desarrollo mientras que las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia de un embarazo.

Esta organización (OMS) también menciona que “el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo; el riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo” (4). A nivel del Ecuador, La Organización Panamericana de la Salud (5) en el año 2012, dentro de los indicadores de salud, menciona que la razón de mortalidad materna (100000 nv) es de 92,6 % con 203 defunciones maternas; siendo una



de las más elevadas de la región Andina, solo superada por Perú (442 muertes) y Venezuela (434 muertes).

A nivel del Azuay, en el año 2011, Guartazaca y Guzmán (6) en un estudio llevado a cabo en Sigsig, tras analizar 134 partos y 32 cesáreas no encontraron mortalidad materna; pero ofrecen datos importantes como por ejemplo exponen que en Ecuador el 64% de muertes maternas ocurren entre las edad de los 20-34 años; y el 10% del total de muertes maternas se da en adolescentes.

En Cuenca, en el año 2011, en su tesis de grado Correa y colaboradores (7) en el Hospital José Carrasco Arteaga de nuestra Ciudad encontraron una muerte materna de una paciente de 16 años de edad; siendo el 3% del total de las pacientes atendidas adolescentes.

En el Hospital Vicente Corral Moscoso, Pinos y colaboradores (8) en el año 2011 analizaron 2739 mujeres atendidas por parto o cesárea; de esta población el 23,2% fueron adolescentes, registrando un total de 10 muertes maternas, siendo la eclampsia la de más importancia con el 20% del total de muertes.

También en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Narváez y Neira (9) en un estudio comparativo entre el aborto en adolescentes y mujeres adultas encontraron que el aborto se presentó en el 22.19% en mujeres adolescentes, mientras que las mujeres adultas representan un 77.81% de los mismos. Es decir, el aborto tuvo mayor frecuencia en las mujeres adultas. Del total de abortos presentados tanto en adolescentes (79.31%) como adultas (80.66%), la mayoría fueron incompletos y la segunda mayor frecuencia fue de abortos diferidos: adolescentes, 18.39%; adultas, 17.05%. En la mayoría de los casos, tanto las pacientes adultas (55.41%) como las adolescentes (78.16%) tuvieron embarazos no planificados.

La magnitud de los problemas es evidente ya que las estadísticas apuntan a un aumento de embarazos adolescentes. Siendo el aborto una de las principales complicaciones en esta población, es importante evaluar esta realidad en nuestra población, pues evitando el aborto, el beneficio para las madres y para

el sistema de salud es grande. Así con datos locales se podrán evaluar de mejor manera nuestra realidad y se conseguirá enfrentar este problema de salud pública.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS**

La OMS (10) menciona que uno de los objetivos del milenio es “Reducir los Riesgos del Embarazo (MPS). El ODM 5, tiene como meta reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015. Los datos más recientes, de 2005, muestran que es necesario acelerar los progresos si se quiere alcanzar esta meta”; al respecto creemos que este estudio se enfoca en el esfuerzo por cumplir con uno de los objetivos del milenio; la reducción de la muerte materna.

Según el INEC (11) el aborto se encuentra dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en el Ecuador y se ubica en el puesto 5 de egresos hospitalarios por año con un número de 21894, lo que da un porcentaje del 2,1% y una tasa de abortos por cada 10 000 habitantes de 15,6; lo que demuestra que este procedimiento es de alta morbilidad, haciendo indiscutible su estudio y análisis en las adolescentes de nuestra población.

Por otro lado, desde el punto de vista legal, actualmente en el país es ilegal la práctica del aborto, salvo situaciones especiales como el poner en riesgo la vida de la madre. En el año 2014 se planteó un proyecto de ley que legalice el aborto, sin embargo tras un proceso de debate en la Asamblea Constituyente, el mismo no fue aprobado; además continúa penalizado según el Nuevo Código Integral Penal; por cuanto su despenalización tampoco fue aprobada.  
(11)

El presente estudio es importante, pues el tema que se ha abordado debe ser minuciosamente estudiado, porque aún existen muchas interrogantes sobre el tema del aborto en adolescentes; estas interrogantes son variadas y este estudio pretende dilucidar algunas de ellas mediante el análisis del aborto en

el grupo de adolescentes en la última década, en uno de los Hospitales de nuestra Ciudad, con cobertura Regional.

Las directas beneficiarias serán las adolescentes de nuestra ciudad, pues con los resultados obtenidos se podrán plantear nuevas intervenciones a distinto nivel de prevención para su mejor cuidado; la sociedad en general pues, pondrá mayor énfasis en las adolescentes embarazadas para evitar su aborto y complicaciones derivadas de este proceso; el sistema de salud, al conocer la realidad se planteará acciones para reducir la prevalencia de abortos y obviamente el beneficio económico para el estado con esto se reducirá.

A nivel mundial existe un gran índice de morbilidad en el embarazo en adolescentes, siendo el aborto uno de las principales complicaciones, por esta razón pretendemos realizar la investigación que abarca un periodo de 10 años, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, poniendo énfasis en las características sociodemográficas y los tipos de aborto. De esta manera identificar si se han reducido o han incrementado los casos de aborto durante el transcurso de este periodo y de esta manera aportar con los datos obtenidos para futuras investigaciones o intervenciones.

## **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

Para nuestra investigación se tomó como base la zona geográfica de la provincia del Azuay, es decir a todas las adolescentes que asistieron por motivo de aborto al Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, residentes únicamente de los 15 cantones de la provincia del Azuay, excluyendo las adolescentes residentes de otras provincias.

**2.1 Nombre de la institución donde se realizó la investigación:** “Hospital Vicente Corral Moscoso.”

**Vista frontal del Hospital Regional**

**Grafico N.- 1**



**Fuente:** Hospital Vicente Corral Moscoso.  
**Elaborado por:** las autoras.

### **2.1.2 Ubicación geográfica**

El Hospital “Vicente Corral Moscoso” se encuentra ubicado al Norte de la Ciudad de Cuenca en el área urbana del Barrio el Vergel junto a la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en las calles Av. 12 de Abril y Paraíso. (12)

Es una institución pública y docente considerada como una institución de nivel tres, es decir, solo para atención en especialidades; con las que cuenta al momento son Neurología, traumatología, oftalmología, Infectología, dermatología gastroenterología entre otras. (12)

### **2.1.3 LA Misión**

Somos una entidad hospitalaria que en base a las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral y de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo de nuestros productos y servicios para satisfacer las demandas del usuario. (12)



#### **2.1.4 La Visión**

Que el Hospital Vicente Corral Moscos sea un Hospital donde la comunidad sienta que puede confiar, para reestablecer su salud de forma ágil, que motive a su personal para que tenga capacidad de decidir y autonomía de gestión. (12)

#### **2.1.5 La Política**

“Es brindar atención oportuna de calidad y calidez”. A más de los servicios asistenciales el Hospital cuenta con los servicios de docencia e investigación universitaria tanto en la formación de médicos, enfermeras, y otros profesionales del país y del extranjero. (12)

#### **2.1.6 Antecedentes Históricos del Hospital Vicente Corral Moscoso**

Desde los inicios de la década 60, surge en la Ciudad de Cuenca, la necesidad de construir un nuevo hospital para cubrir la demanda de los pacientes de la Provincia del Azuay y de los otros sectores, en virtud del espacio físico insuficiente y vetusto del hasta entonces hospital “San Vicente de Paul”, regido principalmente por religiosas quienes eran las encargadas del cuidado de enfermería de los pacientes y en donde se formaron las primeras promociones de Enfermeras y muchos de los galenos médicos que hoy ejercen su profesión dentro y fuera del país, en distintas instituciones de salud y educativas. “El tiempo utilizados para la edificación de la nueva institución fue alrededor de 11 años. (12)

La mayor parte del personal médico, paramédico y administrativo a mediados de la década de los 80, fueron incrementados, dando lugar a la formación de una nueva forma de organización en donde los empleadores pasaron a laborar bajo la ley de servicio civil y carrera administrativa. (12)

En la actualidad esta institución, se encuentra ubicado en el sector de El Vergel de la Ciudad de Cuenca, prestando sus servicios a las provincias de; Azuay, Cañar, Morona Santiago, El Oro etc.; siendo considerado un hospital de referencia de segundo y tercer nivel. Además es una unidad operativa

dependiente del MSP, cuyos recursos financieros provienen del estado a través del presupuesto general y de fondos de autogestión. (12)

**2.1.7 Planta física del “HVCM” y distribución del piso 1 donde se realizó la investigación:**

El hospital Vicente Corral Moscoso consta de una moderna infraestructura física y tecnológica la misma que está construida de hormigón armado, su planta física consta de seis pisos. (12)

**2.1.7.1 Distribución del Piso 1 del Hospital Vicente Corral Moscoso.**

Consulta externa	Admisión
Neurología/ Neuropediatría/ Psiquiatría. O.R.L / Maxilofacial / Audiometría. Psicología. Cardiología Electro-fisiatría y Marcapasos. Endoscopia / Gastro / Ecografía. Nefrología / Gastroenterología. Cirugía / Dermatología / Cirugía Plástica. Cirugía Vasculard/ Hematología. Endocrinología. Pediatría. Oftalmología. Oncología / Cirugía Torácica / Infectología. Nutriología. Vacunación / Unidad de Biológicos. Audiología. Clínica. Pediatría / Clínica / Reumatología. Gíneco obstetricia. Urología Neumología / Broncoscopía / Alergología. Espirometría Oncología clínica / Radioterapia. Rehabilitación.	Información. Estadística. Atención al usuario. Banco de sangre. Rayos X. Unidad de Prevención Contra el Cáncer. Quirófano. Suministro Central. Centro Obstétrico. Trabajo central de consulta externa. Banco de leche. Maternidad. Farmacia. Registro civil. Red de protección social. Gestión institucional. Gestión Financiera. Presupuestos. Proveeduría. Compras públicas. Contabilidad. Planificación.

**Fuente:** Hospital Vicente Corral Moscoso.  
**Elaborado por:** las autoras.

**2.1.7.2 Estructura y descripción del área de Estadística, donde se realizó la investigación.**

**ENTRADA A ESTADISTICA**

**Grafico N.- 2**



**Fuente:** Hospital Vicente Corral Moscoso.

**Elaborado por:** las autoras.

El área de estadística se encuentra localizada en la primera planta, en la parte exterior del mismo, cuenta con seis ventanillas para la entrega de turnos previa la atención médica en consulta externa. (12)

Estadísticamente cumple con tres funciones muy importantes como son la admisión, clasificación y archivo de las historias clínicas.

**ESTADISTICA PARTE FRONTAL**

**Grafico N.- 3**



**Fuente:** Hospital Vicente Corral Moscoso.

**Elaborado por:** las autoras.

### **2.1.7.3 Este departamento cuenta con seis ventanillas:**

- Entrega de turnos para personas discapacitadas, embarazadas y tercera edad.
- Admisión de nuevos pacientes y apertura de historias clínicas.
- Tres ventanillas para entrega de turnos.
- Ventanilla de historias clínicas en donde solo el personal autorizado retira las historias clínicas para que sean atendidas en los diferentes consultorios en consulta externa.

También cuenta con una oficina para la activación de las historias clínicas en donde se clasifican según su numeración respectiva.

Las historias clínicas de cinco dígitos se clasifican de forma descendente y según su último dígito; mientras que las historias clínicas de seis se clasifican de forma ascendente, además cuenta con una oficina donde se archivan los libros de registro de los datos de morbi- mortalidad que se han presentado en el hospital durante años anteriores. (12)

Cuenta con una oficina de admisión de nuevos pacientes en donde llevan un registro riguroso de los datos de los nuevos pacientes que han sido atendidos en el hospital tanto en consulta externa como en hospitalización, el registro lo llevan en los libros estadísticos que mensualmente los archivan para luego hacer un libro anual de todos los pacientes atendidos. (12)

Esta área es el pilar fundamental del hospital pues lleva un registro riguroso de las historias clínicas de las personas atendidas en esta casa de salud tanto en consulta externa como en hospitalización. (12)

## 2.2 Cantones de la Provincia del Azuay

Grafico N.- 4

1. Cuenca
2. Chordeleg
3. El Pan
4. Girón
5. Guachapala
6. Gualaceo
7. Nabón
8. Oña
9. Paute
10. Ponce Enríquez
11. San Fernando
12. Pucará
13. Santa Isabel
14. Sevilla de Oro
15. Sigsig



Fuente; Disponible en Google. Imágenes.com

## 2.3 Población de adolescentes de la provincia del Azuay.

Población del total de adolescentes entre 12-17 años de edad en la provincia del Azuay. (11)

1. Cuenca 55.854
2. Chordeleg 1.684
3. El Pan 390
4. Girón 2.045
5. Guachapala 405
6. Gualaceo 5.995
7. Nabón 1.965
8. Oña 377
9. Paute 3.426
10. Ponce Enríquez 542
11. San Fernando 621
12. Pucará 2.757
13. Santa Isabel 2.661
14. Sevilla de Oro 707
15. Sigsig 3.418

## **2.4 Características sociodemográficas:**

La demografía es la ciencia que estudia a la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, considerando principalmente desde el punto de vista cuantitativo. Por lo tanto dentro de las características demográficas se encuentran; el sexo, la edad, el estado marital, el nivel de instrucción y la ocupación, que son algunas de las características que se consideran en el análisis de la población. Además cualquier característica de la población que pueda ser medida o contada es susceptible al análisis demográfico. (13)

**2.4.1 Edad:** Tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. (14)

**2.4.2 Estado civil:** Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero o apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente. (14)

**2.4.3 Nivel de Instrucción:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso que haya alcanzado una persona en el sistema de enseñanza, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. (14)

**2.4.4 Residencia:** Es el lugar en el que un hombre tiene su hogar, o donde habita permanentemente o por un período determinado de tiempo. (14)

**2.4.5 Etnia:** Comunidad natural de personas que comparten ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales. (14)

## 2.5 Aborto

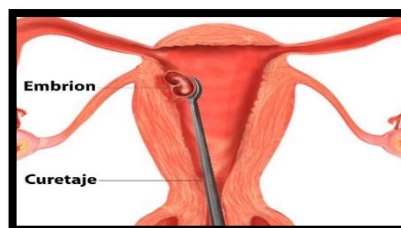
El Componente Normativo Materno del MSP define al aborto como la “interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación y cuando el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas” (15)

### 2.5.2 Tipos de aborto

#### 2.5.2.1 Aborto provocado o inducido

Es la expulsión del embrión o del feto inducida voluntariamente con medicamentos o con medios mecánicos, antes de las 20 semanas. Es decir antes que el feto sea viable. (16)

**Grafico N° 5**



Fuente: Google imágenes.com.

#### 2.5.2.2 Aborto espontaneo

Este tipo de aborto se da cuando no existe de por medio la intervención de sustancia ni técnica quirúrgica alguna que pudiese interferir con el normal desarrollo del producto de la gestación (16), existen una sub clasificación de este tipo de aborto que se menciona a continuación:

#### 2.5.2.3 Aborto completo

Según Reece y Hobbis (16). Expulsión completa del feto y anexos ovulares.

### **2.5.2.4 Aborto incompleto**

Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable (16)

**Gráfico N.-6**



Fuente; Google imágenes.com.

### **2.5.2.5 Aborto diferido**

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto que puede acompañarse o no de sangrado variable (16)

### **2.5.2.6 Aborto séptico**

Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado (16)

**Gráfico N.- 7**



Fuente; Google imágenes.com.



### **2.5.2.7 Aborto inevitable o en curso**

Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas (16)

## **2.6 Causas fisiológicas del aborto**

Las causas más importantes de las pérdidas gestacionales espontáneas reconocidas clínicamente son las anomalías cromosómicas. Al menos el 50% de las pérdidas se deben a esta causa, pudiendo ser la frecuencia incluso mayor. Entre ellas encontramos las trisomías 13, 18 y 21, monosomía X y polisomías de los cromosomas sexuales. Las trisomías autosómicas son la mayor causa de los cariotipos anormales en abortos espontáneos. Se han observado trisomías en todos los cromosomas, excepto en el cromosoma 1. La trisomía más frecuente es la del cromosoma 16. (16)

Los trastornos endocrinos, incluyen defectos de la fase lútea, deficiencia de progesterona, ovarios poliquísticos e hipersecreción de LH. La deficiente producción de progesterona por parte del cuerpo amarillo determina una pobre preparación del endometrio, lo que perturba la implantación ovular pudiendo ocasionar el aborto debido a que la función placentaria no es adecuada. (16)

Las anomalías tiroideas también son motivo de aborto, el hipotiroidismo y el hipertiroidismo se asocian con tasas de concepción disminuidas y aumento de la frecuencia de pérdidas fetales. Sin embargo, se considera que la presencia asintomática de anticuerpos anti-tiroideos no es una causa frecuente de pérdidas gestacionales (16)

Las mujeres con diabetes mellitus mal controlada tienen mayor riesgo de sufrir pérdidas fetales. Se debe considerar la diabetes no controlada como causa de aborto precoz, pero probablemente la diabetes controlada no lo sea (16)

Las sinequias pueden interferir con la implantación o desarrollo precoz del embrión, y ser consecuencia de legrados uterinos vigorosos, cirugía

intrauterina o endometritis. Las mujeres con adherencias intrauterinas padecen habitualmente hipomenorrea o amenorrea, pero hasta un 15% puede presentar abortos a repetición. Si se demuestra la presencia de adherencias intrauterinas en la mujer con aborto recurrente se debe realizar adhesiolisis preferiblemente por histeroscopia (16)

Los miomas uterinos es posible que produzcan pérdidas fetales, así como otras complicaciones del embarazo como prematuridad, desprendimiento placentario o hemorragia posparto. Sin embargo, la coexistencia de miomatosis uterina y pérdidas gestacionales no implica una relación causal. La localización es más importante que el tamaño, siendo los miomas submucosos los que probablemente producen más abortos. Los mecanismos de causa de aborto son: adelgazamiento del endometrio en la superficie del mioma, crecimiento acelerado del mioma por el rico ambiente hormonal del embarazo y ocupación por el mioma de la cavidad endometrial. (16)

También se han determinado que la incompetencia cervical, las infecciones, las enfermedades autoinmunes, los fármacos, las radiaciones, el tabaquismo, el alcoholismo y los agentes anticonceptivos también son causa importante de abortos en todos los grupos poblacionales (16)

## **2.7 Semanas de gestación**

Según el momento de presentación, se clasifica en; aborto de primer trimestre si se produce antes de las 12 semanas de amenorrea y segundo trimestre cuando sucede entre las semanas 12 y 20 de la gestación; en estos casos es más frecuente que el feto este vivo hasta el momento de su expulsión. (9)

La incidencia de aborto es difícil de estimar ya que un importante número de embarazos pasan desapercibidos y no son diagnosticados al producirse el aborto. La mayor incidencia de aborto tiene lugar en las primeras semanas de gestación, especialmente entre la 7 y la 8, disminuyendo según se incrementa la edad gestacional. (9)

## **2.8 Adolescentes**

Según Paramo Raimondo (17). La adolescencia proviene del latín ad: a, hacia y oleré: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. Es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez, que comprende entre los 10 y 19 años.

### **2.8.1 Tipos de adolescencia**

**2.8.1.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años):** Biológicamente, es un período con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. (18)

**2.8.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años):** Es la adolescencia cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. (18)

**2.8.1.3 Adolescencia tardía (17a 19 años):** Casi no se presentan cambios físicos; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía. (18)

### **2.8.2 Desarrollo de las Adolescentes:**

#### **2.8.2.1 Aspectos Biológicos**

Según Carlos Redondo y Colaboradores (19) La edad de menarquía (época del desarrollo sexual femenino en el que se produce la primera menstruación) es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50%, 2 años después

de la primera menstruación. La edad de aparición de la menarquia se sitúa actualmente entre los 12 a 13 años de edad.

### **2.8.2.2 Aspectos Psicológicos**

La pubertad no implica madurez psicológica, por lo tanto, los adolescentes no siempre son capaces de comprender todas las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual. (19)

### **2.8.2.3 Aspectos Culturales**

La falta de una educación sexual adecuada contribuye en gran medida al aumento de embarazos entre las adolescentes, siendo más frecuente en países en subdesarrollo. (19)

### **2.8.2.4 Aspectos Familiares**

La disfunción familiar predispone a una actividad sexual prematura, asociada a múltiples factores como; la falta de comunicación con los padres, abandono, padres separados, madres solteras, antecedentes familiares de embarazos adolescentes o enfermedades crónicas de los progenitores parecen aumentar la incidencia de embarazos en adolescentes. (19)

### **2.8.2.5 Aspectos Sociales**

El embarazo en la adolescencia ocurre en todos los grupos sociales y étnicos. Sin embargo no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a las drogas, el alcohol, e incluso la indigencia favorecen de forma notable su incremento. (19)

## **2.8.3 Causas del aborto en adolescentes**

### **2.8.3.1 Causas del Aborto espontaneo o natural.**

Este tipo de aborto se da de manera natural no electiva, las más frecuentes:

Causas fetales: Se dan por una anomalía del feto, como consecuencia de unos fallos en los primeros días de gestación, en la mayoría de los casos se da hasta las veinte semanas de gestación, en anomalías genéticas. (20)



Causas maternas: Se pueden dar por alteración uterina, infecciones, agresiones externas, factores ambientales o por el simple hecho de que el embarazo no está normalmente desarrollado y ya no se puede hacer nada al respecto. (20)

### **2.8.3.2 Causas del Aborto Inducido.**

Bajas condiciones socioeconómicas: Por el simple hecho de ser una adolescente está aún bajo el cargo de sus padres, razón por la que todavía no cuenta con una buena condición económica que ayude a la crianza y alimentación del bebé. (20)

Abandono de la pareja: es por esta razón que las adolescentes se sienten con la presión de abortar o sienten el miedo de quedar como madres solteras y rápidamente toman la decisión de no tener al bebé. (20)

Conflictos psicológicos: Algunas experiencias previas de las adolescentes que han pasado con sus madres y tienen miedo de enfrentar esa misma situación con sus hijos por venir, o por haber visto algunos casos cercanos donde tuvieron problemas al tener un bebé. (20)

Miedo a la expectativa social: El aspecto social influye en estos casos ya que las adolescentes sienten temor a lo que los demás dirán, a enfrentarse al mundo que les rodea sin tener argumentos ni saber que decir ante los comentarios de los demás, sintiéndose avergonzadas. (20)

Por razones de violación: En este caso al tener al bebé de una manera forzada las lleva a la idea de abortar y tienen también más posibilidades de tener traumas psicológicos, siendo así una concepción indeseada ya que no llegó a tener un hijo mediante afecto, amor y consentimiento. (20)

### **2.8.4 Factores de riesgo asociados en el aborto en adolescentes.**

Hijona (20) en su tesis doctoral en España, menciona que dentro de los factores que se asocian a aborto se encuentran:

- Edad materna: Siendo uno de los principales factores. Conforme aumenta la edad lo hace también el riesgo de abortos, ya que la incidencia de abortos se encuentra más en mujeres de mayor edad; se estima que en adolescentes el riesgo de aborto es del 13,3% (21)
- Edad paterna: Las mutaciones genéticas podrían irse acumulando a mayor edad paterna, las alteraciones de los espermatozoides son mayores a las de los ovocitos (20%); y aunque es difícil si es la madre o el padre por la poca diferencia de edades, es evidente que la edad influye en ambos progenitores. (21)
- Abortos previos: La existencia de antecedente de aborto espontáneo en gestaciones anteriores implica un mayor riesgo de repetición del mismo, estimado en un 20% después de un aborto, un 28% después de dos y un 43% después de tres. (21)
- Haber iniciado las relaciones sexuales entre los 12 y 14 años, haber tenido el primer embarazo entre los 13 y 14 años, falta de educación o solo enseñanza básica, tener un segundo embarazo entre los 13 a 18 años, dedicarse a cuidados del hogar, tener una condición socioeconómica baja, creencias religiosas, etc. (21)

## **2.9 Antecedentes, personales, familiares y gineco-obstetricos:**

**2.9.1 Antecedentes familiares:** DM, TBC, HTA, embarazos múltiples que obliguen a tomar medidas especiales para el diagnóstico o tratamiento de las mismas. (19)

**2.9.2 Antecedentes personales:** enfermedades clínicas y quirúrgicas, para evaluar el grado de secuelas que puedan repercutir en el embarazo. (19)

**2.9.3 Antecedentes ginecológicos:** las afecciones o intervenciones ginecológicas; como infección de vías urinarias, número de compañeros sexuales, pueden modificar las conductas en el embarazo y en la atención del trabajo de parto. (19)

**2.9.4 Antecedentes obstétricos:** Datos como número de gestaciones, partos anteriores, paridad, cesáreas permiten determinar factores de riesgo que se

hayan tenido durante esos periodos, debido a que entre menor es este intervalo mayor es la incidencia de niños con bajo peso al nacer, deficiencias neurológicas y mortalidad perinatal, el intervalo adecuado es de 3 – 5 años para evitar estos sucesos, al igual que abortos voluntarios, abortos espontáneos. (19)

### **2.10 Factores de riesgo (datos alerta en la historia perinatal u CLAP)**

El CLAP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto, el puerperio y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el periodo pos-aborto hasta el alta. Dentro de este se encuentra los casilleros de color amarillo que significa los factores de riesgo como; Edad < de 15 y >35 años, alfabeto; no, estudios; ninguno, estado civil; soltera u otros, vive sola; si, antecedentes familiares sí; TBC, Diabetes, HTA, Preclampsia, Eclampsia u otra condición médica grave, antecedentes personales; cirugía genitourinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía u violencia, antecedentes obstétricos; 3 abortos espontáneos consecutivos, cesáreas, nacidos muertos, embarazo planeado; no, fracaso de método anticonceptivo; barrera, DIU, hormonal, emergencia y natural, durante el primero, segundo y tercer trimestre sí; fuma activamente, fuma pasivamente, consume drogas, consume alcohol, o sufre violencia. (22)

### **2.11 Epidemiología del aborto en adolescentes:**

La epidemiología del aborto es variada, y depende obviamente de la población estudiada. En el Perú, Ferrando (23) menciona que la estimación del número de abortos en el sector público y privado fue de 56569 y con exclusión de los abortos espontáneos, 53102; siendo el grupo de entre los 14-19 años el que representa un 24,6% del total de abortos (incompletos).

López y Floreano (24) en un estudio realizado en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, encontraron que en el año 2011 se presentó 110 casos de aborto, obteniendo los siguientes resultados; el 63.5% de las adolescentes tenían unión libre y el 31.7% son solteras y el 4.6% son casadas. En lo relacionado al nivel de educación de las adolescentes el 56.5% tienen nivel

secundario, el 39.9% tienen nivel primario y el 4.5% tienen nivel superior. Sobre los tipos de infecciones de las adolescentes el 88.2% tuvieron I.V.U y el 11.8% tuvieron vaginosis. Los resultados correspondientes de aborto de las adolescentes demuestran que el 70.9% tuvieron aborto incompleto y el 18.1% tuvieron aborto diferido, el 5.4% tuvieron aborto espontáneo, el 4.5% tuvieron aborto séptico y el 0.9% tuvieron aborto completo.

Fernández y colaboradores (25) señalan que el aborto es una de las causas de muerte materna en México, aunque es poco notorio dentro de las estadísticas vitales (6% según los datos del INEGI para 2009). Esto representa, de acuerdo con los datos oficiales, que solo murieron 74 de 1207 mujeres por esta causa durante ese año. Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, dicho porcentaje es de 13% de la mortalidad materna global y de 24% en la región de América Latina. Los datos erróneos de registro se deben, entre otros factores, a la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Según opiniones especializadas, muchas de las muertes atribuidas a las hemorragias son provocadas realmente por complicaciones de abortos que se practican en condiciones de riesgo.

En el año 2010, Doblado y colaboradores (26) en un estudio llevado a cabo en La Habana, en 128 adolescentes que habían abortado, encontraron que el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años con una frecuencia de 74 casos que corresponden al 57.8%; el 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años; el 49,2 % ya había tenido 3 o más parejas, el 39,6 % tenía abortos previos, 17,9% tenían partos previos, el 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 71,0% fueron solteras y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia.

Bull y colaboradores (27) en el año 2012, encontraron tras analizar a 78 adolescentes del municipio de Banes, provincia de Holguín, en Cuba, que el mayor número de adolescentes que se practicó el aborto pertenecían al grupo de edades entre 14 a 16 años, con un nivel escolar secundario y estado civil soltera; se identificó también el 62.2 % de las adolescentes pertenecían a familias disfuncionales, evaluándose de regular el proceso de comunicación en





el hogar entre hijos y padres. Recomendando intensificar la labor educativa en los círculos de adolescentes y escuelas de las diferentes áreas de salud.

Rojas y Chilibingua (28) en el año 2011 en un estudio llevado a cabo en el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la Ciudad de Nueva Loja tras analizar 50 casos de adolescentes con aborto encontraron: de acuerdo al lugar de procedencia el 52% pertenece al área rural, mientras que un 48% pertenecen al área urbana, en cuanto al estado civil de las adolescentes un 56% son solteras, el 30% unión libre, sumados estos dos porcentajes dan el 86% de las adolescentes no tienen bien definido su relación de pareja, lo que conlleva inestabilidad emocional; hay una falta de estabilidad tanto de la pareja como emocionalmente, ya que estas adolescentes muchas de las veces tienen que enfrentarse a un embarazo no deseado, cuya situación las obliga a tomar decisiones que la pueden llevar a la muerte, como es provocar un aborto. Por otro lado de acuerdo al tipo de etnia un 36% fueron aborígenes y un 34% mestizos.

Hernández P. y Santos D. (29) en un estudio realizado en un hospital de segundo nivel de la región sur del estado de Veracruz, período 2003- 2005, de 213 abortos en adolescentes encontraron; el promedio de edad de adolescentes que abortaron es de 17 años  $\pm$  1.5, el mínimo de edad fue de 13 y el máximo de 19 años, el promedio de las semanas de gestación en que se presentó el aborto es de 11 semanas  $\pm$  3.57, con un mínimo de 4 y un máximo de 20.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

- Determinar las características sociodemográficas y tipos de aborto de las adolescentes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2003-2013.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Establecer la frecuencia de abortos en adolescentes que acudieron al del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2003-2013.
- Caracterizar a la población de adolescentes que presentaron abortos desde el año 2003 hasta el 2013 según edad, residencia, estado civil, etnia, nivel de instrucción, acompañante en el hogar, antecedentes familiares y antecedentes personales.
- Especificar a la población de adolescentes que presentaron abortos desde el año 2003 hasta el 2013 según características gineco-obstetricas como: antecedentes gineco-obstetricos, edad gestacional, tipo de aborto, complicaciones post-aborto, condición materna al egreso.

### **4. METODOLOGÍA**

**4.1 Tipo de estudio:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo en las adolescentes que acudieron por aborto al Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.

**4.2 Área de Estudio:** Se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, se revisaron los registros y las historias clínicas del departamento de Estadística.

**4.3 Universo:** El universo lo constituyeron las adolescentes procedentes de los 15 cantones de la provincia del Azuay, que habían acudido al “HVCM” por

presentar abortos, cualquiera que fuera la causa del mismo, desde el 1 de Enero de 2003 hasta el 31 de Diciembre de 2013.

#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

- Se incluyeron en el estudio todas las historias clínicas completas de las edades comprendidas entre los 10-19 años que sufrieron abortos durante los años 2003-2013.
- Fueron excluidas las Historias clínicas incompletas por falta de datos o por alta solicitada de la paciente.

#### 4.5 Variables

1. Edad.
2. Residencia.
3. Tipo de aborto.
4. Estado civil.
5. Etnia.
6. Nivel de instrucción.
7. Acompañante en el hogar.
8. Antecedentes familiares.
9. Antecedentes personales.
10. Antecedentes gineco -obstétricos.
11. Edad gestacional.
12. Complicaciones post aborto.
13. Condición materna al egreso.

##### 4.5.1 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
1.-Edad	Periodo de tiempo entre el nacimiento hasta la realización de la encuesta.	Temporal	Tiempo en años	10 a 13 años 14 a 16 años

				17 a 19 años
2.- Residencia	Es el lugar donde un hombre habita permanentemente o por un período determinado de tiempo.	Geográfica	Historia clínica en el indicador: residencia	Nominal, cualquiera de los 15 cantones de la provincia del Azuay.
3.-Estado civil.	Situación legal en relación a su pareja.	Legal	Cedula de identidad	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
4.-Etnia	Comunidad natural de personas que comparten ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales.	Manifestación por la paciente	Historia clínica	Blanca Mestiza Indígena Negra Otra
5.-Nivel de instrucción	Grado académico alcanzado en educación formal.	Educativa	Historia clínica	Ninguna Primaria Secundaria Superior
6.- Acompañante en el hogar	Tipo de compañía o relación sentimental que mantiene la adolescente en el hogar.	Familiar	Historia clínica	Vive Sola Vive acompañada  • Familia • Pareja • Amigo • Otro
7.-	Enfermedades que	Familiar	Historia	TBC

Antecedentes patológicos familiares.	posean los miembros directos de la adolescente según grado de consanguinidad.		clínica	Diabetes HTA Preclampsia Eclampsia Otra condición médica grave Ninguna
8.- Antecedentes patológicos personales.	Enfermedades que posean las adolescentes.	Biológica	Historia clínica	Infección genitourinaria Infertilidad Cardiopatía Nefropatía Violencia Ninguna
9.- Antecedentes gineco-obstétricos.	Información previa de algún padecimiento Ginecológico u obstétrico que influya en la salud de la paciente en el futuro.	Biológica	Historia Clínica	Gestas Abortos Partos Vaginales Cesárea Nacidos muertos Emb. Ectópicos Emb. Planeado Fracaso del método anticonceptivo.
10.- Edad gestacional.	Periodo de tiempo calculado desde la fecha de la última menstruación hasta la presentación del aborto.	Temporal	Historia clínica	Tiempo en semanas. 1 – 4 SDG 5 – 8 SDG 9 – 12 SDG 13 – 16 SDG

				17 – 20 SDG
11.- Tipo de aborto.	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas.	Biológica	Historia clínica.	1. Provocado 2. Espontaneo: Completo Incompleto Diferido Séptico Inevitable
12.- Complicaciones del aborto.	Situación que agrava el aborto y alarga su tratamiento.	Biológica	Historia clínica	Ninguna Evacuación incompleta Sangrado abundante Infecciones Otras
13.-Condición materna al egreso.	Situación materna al egresar del hospital.	Biológica	Historia clínica	Viva Fallece

**4.6 Métodos, técnicas e instrumentos:**

Se llevó a cabo este estudio mediante la recolección de datos de las Historias Clínicas de las adolescentes que ingresaron por aborto durante el período 2003- 2013, las mismas que se encuentran archivadas en el departamento de estadística del “HVCM” de la Ciudad de Cuenca.

Para el efecto se utilizó el Formulario de recolección de datos basados de la hoja de CLAP.

**Técnicas:**

- Aprobación de la investigación por las autoridades de la Universidad de Cuenca y del Dr. Marco Palacios Coordinador del Departamento de Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso. (Anexo 1)
- Consentimiento de un certificado para la entrada al Departamento de Estadística para la recolección de datos. (Anexo 2)

- Revisión de los Libros de Registro de todos los diagnósticos, luego selección de las Historias Clínicas de las pacientes adolescentes (10-19 años) que acudieron al HVCM por aborto.
- Recopilación de información a través de la hoja de CLAP (Anexo 3)
- Validación de la información.
- Tabulación y Análisis de datos.

**Instrumentos:** Formulario de recolección de datos (Anexo 4).

#### **4.7 Procedimientos**

**4.7.1 Autorizaciones requeridas:** se solicitaron las autorizaciones de la Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería, y del Hospital Vicente Corral Moscoso.

**4.7.2 Supervisión:** Todo el proceso de investigación fue supervisado por la directora y asesora de tesis.

#### **4.8 Plan de tabulación y análisis**

Se creó una base de datos en SPSS para Windows; se pre codificaron las variables y se ingresaron los datos; para el análisis de los mismos se realizaron tablas simples de frecuencia y porcentajes; donde se describieron las distintas variables en estudio; para las variables cuantitativas se obtuvo valores de media y desviación estándar.

#### **4.9 Aspectos éticos**

Toda la información será resguardada en exclusiva reserva y será utilizada únicamente para fines investigativos; se contó con un documento de consentimiento informado por parte del Coordinador de Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso; Dr. Marco Palacios, para la revisión de los libros de registros y las Historias Clínicas.

### **5. RECURSOS**

**5.1 Recursos humanos:** Director y asesor de tesis, estudiantes tesistas.

**5.2 Materiales:**

Rubro	Valor unitario	Valor total
Materiales de oficina	150	150
Impresiones/anillados	100	100
Movilización	50	50
Otros	200	200
Total	500	500

Todo el presupuesto fue financiado por las autoras del trabajo de investigación.

**6. CRONOGRAMA**

Actividades	Meses	2014			2015				
		10	11	12	1	2	3	4	5
Presentación del protocolo		■							
Aprobación del protocolo		■							
Recolección y validación de Datos			■	■	■				
Análisis de resultados						■	■		
Elaboración y revisión del Informe final								■	
Entrega de los resultados e informe final									■

**7.- RESULTADOS**

**7.1 Análisis de los datos**

El total de expedientes revisados de las Adolescentes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso por abortos durante el período 2003-2013 (Enero-Diciembre), fueron 960 de los cuales se excluyeron 59 Historias Clínicas incompletas por falta de datos, quedando 901 casos para el siguiente análisis y tabulación.



**TABLA 1.- Distribución de la frecuencia de abortos de las adolescentes que acudieron al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

**Tabla de contingencia # CASOS DE ACUERDO A LOS AÑOS - TIPO ABORTO**

AÑOS	TIPOS DE ABORTOS					Total
	COMPLETO	INCOMPLETO	DIFERIDO	SEPTICO	INEVITABLE	
2003	9	23	30	2	12	76
2004	12	19	22	1	13	67
2005	11	18	36	4	13	82
2006	7	31	42	2	11	93
2007	5	48	8	1	1	63
2008	4	29	40	3	10	86
2009	7	50	34	3	14	108
2010	11	37	31	2	17	98
2011	9	39	30	1	13	92
2012	3	26	30	2	4	65
2013	12	25	18	3	13	71
<b>Total</b>	90	345	321	24	121	901
<b>PORCENTAJE</b>	10,0%	38,3%	35,6%	2,7%	13,4%	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** En la presente tabla se evidencia que de los 901 casos de adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM” durante el período 2003-2013, el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto con un 38.3% y el menos frecuente fue el aborto séptico con un 2.7%. Existe una clara evidencia que la frecuencia de abortos en este decenio se mantiene en valores similares, sin embargo en el año 2009, se encuentran 108 casos de aborto siendo el año donde más abortos se produjeron.

**TABLA 2.- Distribución según la edad del total de abortos de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

**Tabla de contingencia AÑOS \* EDAD**

PERÍODO 2003-2013	EDAD			TOTAL	PORCENTAJE
	10-13	14-16	17-19		
2003	0	18	58	76	8,4%
2004	0	13	54	67	7,4%
2005	0	21	61	82	9,1%
2006	0	18	75	93	10,3%
2007	0	11	52	63	7,0%
2008	0	21	65	86	9,5%
2009	0	17	91	108	12,0%
2010	0	17	81	98	10,9%
2011	0	19	73	92	10,2%
2012	0	14	51	65	7,2%
2013	2	20	49	71	7,9%
<b>Total</b>	2	189	710	901	100,0 %
<b>PORCENTAJE</b>	0,2%	21,0%	78,8%	100,0%	
<b>D. ESTANDAR</b>				,416	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** En la presente tabla se observa que de los 901 casos, 710 abortos fueron de las adolescentes comprendidas entre los 17 – 19 años de edad que corresponden al 78.8% y con menor frecuencia se presentó en las adolescentes comprendidas entre los 10-13 años con un porcentaje de 0,2%, presentando una desviación estándar de 0,416.

**TABLA 3.- Distribución según los cantones de la provincia del Azuay de donde acudieron las adolescentes por aborto “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

CANTONES DEL AZUAY		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	CUENCA	662	73,5
	STA.ISABEL	41	4,6
	CHORDELEG	21	2,3
	PAUTE	28	3,1
	GUALACEO	26	2,9
	SIGSIG	40	4,4
	NABÓN	24	2,7
	SAN FERNANDO	25	2,8
	GIRÓN	19	2,1
	GUACHAPALA	3	,3
	PUCARA	3	,3
	OÑA	3	,3
	EL PAN	6	,7
	<b>Total</b>	901	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** Según los datos obtenidos, podemos observar que el mayor porcentaje de abortos se presentó en adolescentes procedentes del cantón Cuenca con un 73,5% y con un menor porcentaje del 0,3% en los cantones de Guachapala, Oña y Pucará. Estos resultados se deben a que la mayoría de adolescentes de la provincia del Azuay residen en el Cantón Cuenca.

**TABLA 4.- Distribución según el estado civil y el tipo de aborto de las adolescentes que acudieron al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

**Tabla de contingencia ESTADO CIVIL \* TIPO DE ABORTO.**

ESTADO CIVIL	TIPOS DE ABORTOS					TOTAL	%
	COMPLETO	INCOMPLETO	DIFERIDO	SEPTICO	INEVITABLE		
SOLTERA	40	151	113	9	33	346	38,4 %
CASADA	20	67	85	5	35	212	23,5 %
UNION LIBRE	30	127	123	10	53	343	38,1 %
<b>Total</b>	90	345	321	24	121	901	100%
<b>PORCENTAJE</b>	10,0 %	38,3 %	35,6 %	2,7 %	13,4 %	100 %	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** De los 901 casos, 346 adolescentes fueron solteras con un 38,4%, 212 fueron casadas con un 23,5%. Con respecto al tipo de aborto 345 sufrieron aborto incompleto que corresponde un 38,3% y menos frecuente fue el aborto séptico con un 2.7%. Es decir la mayoría de adolescentes fueron de estado civil soltera con aborto incompleto.

**TABLA 5.- Distribución según la etnia de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

ETNIA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	BLANCA	20	2,2
	MESTIZA	730	81,0
	INDIGENA	96	10,7
	NEGRA	55	6,1
	<b>Total</b>	901	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** De los 901 casos, 730 adolescentes (81%) fueron mestizas y 96 adolescentes (10,7%) fueron de raza indígena, esto se debe a que nuestra población territorial sobre todo a nivel de la provincia del Azuay predomina la etnia mestiza.

**TABLA 6.- Distribución según el nivel de instrucción de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	NINGUNA	9	1,0
	PRIMARIA	571	63,4
	SECUNDARIA	246	27,3
	SUPERIOR	75	8,3
	<b>Total</b>	901	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** De los 901 casos, 571 adolescentes que representan el 63,4% tenían instrucción primaria y solo 9 adolescentes que representan el 1,0% no tenían ningún nivel de instrucción. Existe un alto porcentaje de adolescentes que se encuentran con nivel primario, esto podría deberse a la temprana edad de los embarazos y la falta de apoyo, razón por la cual muchas adolescentes no continúan sus estudios secundarios.

**TABLA 7.- Distribución según el acompañante en el hogar de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

ACOMPañANTE EN EL HOGAR		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	VIVE SOLA	65	7,2
	FAMILIA	247	27,4
	PAREJA	555	61,6
	AMIGO_/A	34	3,8
	<b>Total</b>	901	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** De los 901 casos, la mayoría de las adolescentes representado por el 61,6% vivían con pareja y con menor porcentaje de un 3,8% vivían con amigo/a.

**TABLA 8.- Distribución según los antecedentes patológicos familiares de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (APF)		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	TBC	2	,2
	DIABETES	99	11,0
	HTA	186	20,6
	NINGUNO	614	68,1
	<b>Total</b>	<b>901</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** De los 901 casos, 614 familiares de las adolescentes (68, 1%) no presentaban ningún antecedente patológico familiar, sin embargo 186 familiares que representan el 20,6% tenían hipertensión arterial como antecedente patológico. Se evidencia que un gran porcentaje de los familiares de las adolescentes no presentan ningún APF relacionado en esta morbilidad.



**TABLA 9.- Distribución según los antecedentes patológicos personales de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU)	70	7,8
	VIOLENCIA	17	1,9
	NINGUNO	814	90,3
<b>Total</b>		901	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**Análisis:** De los 901 casos, 814 (90,3%) adolescentes no presentaron ningún antecedente patológico personal; 70 casos (7,8%) presentaron IVU y 17 representados por 1,9% sufrieron violencia intrafamiliar. Determinando que la causa del aborto no está influenciado por patologías directas, pero sí la infección de vías urinarias y la violencia repercuten en el progreso adecuado de la gestación.

**TABLA 10.- Distribución según el número de gestas de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 GESTA	749	83,1
2 GESTAS	127	14,1
3 GESTAS	25	2,8
<b>Total</b>	901	100,0
<b>D.ESTÁNDAR</b>	0,462	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS:** En la presente tabla se evidencia que la gran mayoría (83,1%) de las adolescentes tenían 1 gesta, mientras que el mínimo porcentaje (2,8%) de las adolescentes que tenían hasta 3 gestas, además en el universo estudiado se presenta una (DS 0,462).

**TABLA 11.- Distribución según el número de abortos de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 ABORTO	835	92,7
2 ABORTOS	66	7,3
<b>Total</b>	<b>901</b>	<b>100,0</b>
<b>D.ESTÁNDAR</b>	<b>0,261</b>	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje representado por el 92,7% de las adolescentes tenían 1 aborto, mientras que 7,3% de las adolescentes tenían 2 abortos, presentando una (DS 0,261) en el total del universo estudiado.

**TABLA 12.- Distribución según el número de partos vaginales de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

PARTOS VAGINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 PV	823	91,3
1 PV	73	8,1
2 PV	5	,6
<b>Total</b>	901	100,0
<b>D.ESTÁNDAR</b>	0,308	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** La tabla muestra que el porcentaje más representativa es (91,3%) adolescentes que no había tenido ningún parto vaginal, mientras que el mínimo porcentaje (0,6%) tenían 2 partos vaginales, así mismo se observa una (DS 0,308) del total de casos.

**TABLA 13.- Distribución según el número de cesáreas de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

CESÁREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 CESAREAS	864	95,9
1 CESAREA	36	4,0
2 CESAREAS	1	,1
<b>Total</b>	901	100,0
<b>D.ESTÁNDAR</b>	0,207	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** Con respecto al número de cesáreas, en la tabla se observa que la gran mayoría (95,9%) de adolescentes no tenían ninguna cesárea y (0,1%) adolescentes tenían 2 cesáreas, presentando una (DS 0,207) en el total del universo.

**TABLA 14.- Distribución según los episodios de embarazo ectópico de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

EMBARAZO ECTOPICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 Emb Ect.	893	99,1
1 Emb Ect	8	,9
<b>Total</b>	901	100,0
<b>D. ESTÁNDAR</b>	0,094	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** La presente tabla muestra que existe una frecuencia alta de 893 casos que representa un 99,1% de adolescentes que no tenían ningún embarazo ectópico, y la mínima frecuencia de 8 casos que corresponde un 0,9% tenían 1 embarazo ectópico, además demuestra una (DS 0,094) en el total del universo.

**TABLA 15.- Distribución según el embarazo planeado o no, de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca 2003-2013.**

Tabla de contingencia EDAD \* EMBARAZO PLANEADO.

EDAD	EMBARAZO PLANEADO		Total
	Si	No	
10-13	0	2	
14-16	0	189	189
17-19	11	699	710
Total	11	890	901
PORCENTAJE	1,2 %	98,8 %	100,0
D.ESTÁNDAR	0,110		

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** En cuanto al porcentaje de embarazos no planeado existe un valor estadísticamente significativa (98,8%), mientras que el mínimo porcentaje (1,2%) corresponde a las adolescentes que si planearon su embarazo, además presenta una (DS 0,110) en el total del universo estudiado.

**TABLA 16.- Distribución según el fracaso de método anticonceptivo de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Si	24	2,7
2 No	877	97,3
Total	901	100,0
<b>D. ESTÁNDAR</b>	0,161	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** La presente tabla refleja que un alto porcentaje (97,3%) de las adolescentes no se embarazaron por fracaso de un método anticonceptivo y solo (2,7%) adolescentes si se embarazaron por fracaso de un método anticonceptivo. Esto podría deberse a que la gran mayoría de las adolescentes no utilizan ningún método anticonceptivo ya sea por falta de conocimiento u a la falta de acceso al mismo. En la tabla también se presenta una (DS 0,161) en el total del universo estudiado.



**TABLA 17.- Distribución según las semanas de gestación de las adolescentes que acudieron por aborto, “HVCM”, Cuenca, 2003- 2013.**

SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	5-8	287	31,9
	9-12	435	48,3
	13-16	124	13,8
	17-20	55	6,1
	<b>Total</b>	901	100,0
<b>D.ESTANDAR</b>		0,835	

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** En la presente tabla se evidencia que existe un alto porcentaje (48,3%) de las adolescentes que se encontraban entre 9-12 SDG, mientras que (6,1%) se encontraban entre 17-20 SDG. Con una (DS 0,835) en el total del universo estudiado.

**TABLA 18.- Distribución según las complicaciones de aborto en las adolescentes que acudieron al “HVCM”, Cuenca, 2003-2013.**

COMPLICACIONES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	NINGUNO	660	73,3
	EVACUACION INCOMPLETA	148	16,4
	SANGRADO ABUNDANTE	69	7,7
	INFECCIÓN	24	2,7
	<b>Total</b>	901	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** De los 901 casos, 660 (73,3%) adolescentes no han tenido ninguna complicación y 24 (2,7%) han presentado infección.

**TABLA 19.- Distribución según las condiciones maternas al egreso de las adolescentes que acudieron por aborto al “HVCM”, Cuenca. 2003-2013.**

Condición materna al egreso	UNA DÉCADA											Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
VIVA	76	67	82	93	63	86	108	96	92	65	71	899
MUERTA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
<b>Total</b>	76	67	82	93	63	86	108	98	92	65	71	901

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Realizado por:** Las Autoras.

**ANÁLISIS.-** Durante el periodo 2003 a 2013, de los 901 casos, 899 adolescentes representado por el 99,8% egresaron vivas del Hospital, mientras que el 0,2% corresponde a 2 casos de muerte en el año 2010. Estos datos nos indican que el acceso inmediato de las adolescentes a esta casa de salud y la atención oportuna por parte del personal de salud de la institución se ven reflejados en resultados positivos en cuanto a la condición de egreso.

## 8.- DISCUSIÓN

En nuestra investigación el grupo etario que presenta mayor porcentaje de abortos con un 78,8% (DS 0,416) se encuentra entre los 17 a 19 años, la teoría nos dice que la adolescencia es la etapa donde no está preparada física, biológica y psicológicamente la mujer para ser madre; ya que es un período con grandes cambios hormonales, corporales y funcionales; comparado los resultados de nuestra investigación con un estudio de Bull y colaboradores(26), realizado en Cuba 2012, el aborto fue más frecuente en el grupo etario de 14 a 16 años (71.1%), existiendo diferencia en relación de edades según nuestro estudio; reflejado mayormente el aborto en la adolescencia tardía.

En relación al estado civil y los tipos de aborto, 346 adolescentes fueron solteras con un 38,4% y el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto con un 38,3%, concerniente a lo que indica la teoría, la falta de apoyo de la pareja, la desaprobación de la familia y la estigmatización social y moral que pesan sobre las adolescentes embarazadas sin estar casadas contribuyen en gran medida al aborto. Comparado con otro estudio nacional de López y Floreano (23), Machala 2011, con 110 casos de aborto, un 63.5% presentaron unión libre y un 70.9% aborto incompleto, presentando una gran diferencia en el estado civil entre estos dos estudios.

Según la etnia, el aborto en adolescentes incide en la raza mestiza con un 81%, relacionado con la teoría se debe a que en nuestra provincia del Azuay predomina la etnia mestiza, no existiendo una concordancia con otro estudio nacional de Rojas y Chilinginga (27), Nueva Loja 2011, tras analizar 50 casos de abortos en adolescentes, un 36% eran aborígenes y un 34% eran mestizos.

Con relación al nivel de instrucción, predominó en nuestra investigación el nivel primario con 571 casos equivalentes al 63,4%, no existiendo correlación con el estudio de Bull y colaboradores (26), Cuba 2012, de 78 adolescentes, el mayor número era de un nivel escolar secundario con un 73.3%, evidentemente esto se debe al alto nivel de educación que posee la población cubana, diferente a lo que acontece en relación con nuestro país.

Con respecto a los antecedentes patológicos personales, se denota en nuestra investigación que las adolescentes no presentaron ningún antecedente patológico en un mayor porcentaje (90,3%) reflejado con 814 casos; existiendo solo 70 casos representados en un 7,8% de este grupo etario que padecieron de IVU, en relación a la teoría; las mujeres embarazadas son más susceptibles a las IVU debido a los cambios hormonales y fisiológicos, lo que les hace susceptibles a la proliferación de las bacterias. Encontrando datos diferentes en el estudio de López y Floreano (26), año 2011, realizado en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, con 110 casos de aborto, se identificó que el 88.2% de las adolescentes tuvieron I.V.U.

Según los antecedentes Gineco-obstetricos, de los 901 casos de abortos en adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso; se evidencia unos 78 casos que corresponde al 8.7% han tenido partos y un 66 abortos previos con un 7,3%, según el marco teórico los antecedentes Gineco-obstetricos permiten determinar factores de riesgo, como; la incidencia de niños con bajo peso al nacer, deficiencias neurológicas y mortalidad perinatal, al igual que abortos voluntarios y abortos espontáneos. Se evidencian datos distintos en relación a otro estudio de Doblado y colaboradores (25), Cuba 2010, representado en 128 casos de adolescentes que tenían partos con un 17.9% y el 39,6 % tenían abortos previos.

La edad gestacional siendo otras de las variables de esta investigación, se evidencia más abortos en las adolescentes que cursaban entre 9-12 semanas de gestación; es decir, en el primer trimestre del embarazo, con un porcentaje de 48,3%. (DS de 0, 835), relacionado con nuestro marco teórico, la mayor incidencia de aborto tiene lugar en las primeras semanas de gestación, especialmente entre la 7ma y la 8va SDG. Encontrando datos similares al estudio de Hernández P. y Santos D, (28), realizado en un Hospital de segundo nivel de la región sur del estado de Veracruz, período 2003- 2005, de 213 abortos en adolescentes encontraron que el promedio de las semanas de gestación en que se presentó el aborto es de 11 semanas.



Al ser la procedencia otras de las condicionantes que nos permiten valorar a las adolescentes embarazadas que pueden repercutir en aborto, se refleja que un 73,5% de las adolescentes eran procedentes del cantón Cuenca, correspondiendo un 45,2% al área rural y un 28,3% a la zona urbana, coincidiendo con otro estudio nacional de Rojas y Chiliquinga (27), año 2011, en un estudio llevado a cabo en el Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la Ciudad de Nueva Loja; 50 casos de adolescentes con aborto eran procedentes del área rural correspondiente al 52%, mientras que un 48% pertenecen al área urbana. Con estos datos nos indican que las personas del área rural se atienden en las áreas de salud pública (Hospital Vicente Corral Moscoso).

En cuanto a la condición materna al egreso hospitalario de las adolescentes luego de su tiempo de estadía, se registra 899 casos correspondientes al 99,8% egresaron en buenas condiciones de salud, cabe recalcar que en el 2010 existieron 2 casos de muerte, comparado con otro estudio local de Correa y colaboradores (7), 2011, en el Hospital José Carrasco Arteaga mencionan que ha habido 3% de casos de muerte de adolescentes en la edad de 16 años, siendo representativo el abandono de las madres adolescentes en buen estado de salud desde el área hospitalaria.

## 9.- CONCLUSIONES

Mediante la revisión de los libros de registro se obtuvieron 960 casos de abortos en adolescentes, pero al realizar la recopilación de datos en el formulario se excluyeron 59 historias clínicas incompletas, por lo que no se pudo obtener datos específicos de todas las adolescentes que acudieron por aborto al "HVCM" durante el período 2003-2013.

La mayoría de abortos se presentaron en adolescentes comprendidas entre los 17-19 años de edad, con una frecuencia de 710 (78,7%) casos y una (DS 0,416). Respecto al número de abortos durante el periodo 2003 -2013 se pueden apreciar valores similares de casos de aborto en las adolescentes durante el transcurso de estos años sin embargo el año 2009 fue el más representativo con una frecuencia de 108 (12,0%) casos.

En relación al tipo de aborto el más frecuente fue el aborto incompleto con 345 (38,3%) casos, representando un alto índice las adolescentes procedentes del cantón Cuenca con un 73,5%, además un 81% de adolescentes fueron de raza mestiza, la gran mayoría solo tenían nivel de instrucción primaria con un 63,4% y en cuanto a la variable estado civil, se encuentra en riesgo según el CLAP debido a que un 38,4% fueron solteras.

Un alto porcentaje señala no presentar antecedentes patológicos familiares y personales, representados por un 90,3% y un 68,1% respectivamente. La mayoría de las adolescentes fueron primigestas con un 98,8%. Respecto a la edad gestacional, se produjeron más abortos en las adolescentes que cursaban entre las 9-12 semanas de gestación y en el año 2010 se encontró 2 casos de mortalidad materna.

Con respecto a la información obtenida de las historias clínicas, se pudo evidenciar la falta de llenado de las mismas, lo que evidentemente afectó nuestra investigación ya que no se tomaron como válidas.

Finalmente con este estudio se ha podido comprobar que durante este periodo no ha existido una disminución considerable de casos de aborto en adolescentes a pesar del arduo trabajo en el campo de la salud, mediante la educación sexual y reproductiva en estas edades.

## **10.- RECOMENDACIONES**

Considerando que nuestro estudio fue de una década y nuestra población de estudio fue extensa se debería trabajar con muestra ya que este método permite generalizar los hallazgos al todo, disminuyendo el tiempo de investigación, además se debería seleccionar las variables más destacadas como causas y factores que influyen en el aborto como; los hábitos y costumbres, con respecto a la falta de datos en las historias clínicas se recomienda mejorar las estrategias hospitalarias para optimizar la calidad de información de los registros clínicos de manera que sean lo más completos posible, porque en base a estos se realizan constantemente trabajos de investigación que son significativos para generar información, además dichos datos permiten valorar si hay riesgo con respecto al CLAP y de esta manera permite conocer mejor la epidemiología y disminuir la morbilidad y mortalidad de la mujer por esta causa.

Tomando en cuenta que durante este periodo no habido una disminución significativa de aborto en adolescentes y el tipo de aborto incompleto ha sido más representativo, se debería realizar más campañas de información dirigido a las adolescentes, poniendo énfasis en la educación sobre el uso de métodos anticonceptivos, además educar a la población en general sobre los riesgos y complicaciones que se pueden producir durante y después del aborto.





## **11.- BIBLIOGRAFÍA**

1.- Miranda M. Aborto en la adolescencia. Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES. Dirección de la Juventud. Juntos por el buen vivir. 2013.

2.- Asamblea Nacional, República del Ecuador. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA). Dos de cada 10 partos en el Ecuador son de adolescentes, según UNPFA. 2014. Disponible en: <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/dos-de-cada-10-partos-en-el-ecuador-son-de-adolescentes-segun>

3.- Miranda M. Aborto en la adolescencia. Enfoque integral para educadores de la enseñanza media superior, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2009.

4.- Organización Mundial de la Salud. OMS. Centro de prensa. Mortalidad Materna. Nota descriptiva n 348. Mayo 2014.

5.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2012.

6.- Guartazaca E, Guzmán J. Morbilidad, Mortalidad Materna y Neonatal y calidad de atención en el Hospital San Sebastián del Sigsig. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2010.

7.- Correa F, Encalada V, Espinoza V. Morbilidad, Mortalidad Materna y Neonatal y calidad de atención en el Hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011.

8.- Pinos M, Vásquez L, Zhinin V. Morbilidad, Mortalidad Materna y Neonatal y calidad de atención en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011.



9.- Narváez P, Neira A. Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2008.

10.- Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna. 2014.

11.- INEC. Indicadores básicos de Salud, en base al Censo de Población y Vivienda 2010.

12.- Cárdenas Cordero María. Chaga Ávila Karla. Morocho Sumba María. “Evaluación del cumplimiento de las normas Materno- neonatales en el Área de Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso” Tesis Licenciatura Enfermería. 2013. Pág.; 79- 95.

13.- Heredia, B. Ramírez, G. Guía sobre Salud y Población. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá- Colombia. 2012.

14.- Diccionario Gratuito de Black de Leyes. Disponible en:  
<http://espanol.thelawdictionary.org/residencia/#ixzz3XZW40QBw>

15.- Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano. Componente Normativo Materno. Consejo Nacional de Salud. 2008.

16.- Reece, Hobbins. Obstetricia Clínica. 3ra Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2010.

17.- Paramo Raimondo M. de los Ángeles. Adolescencia: Análisis de Significados a través de grupos de discusión. Ediciones Universidad Salamanca, Febrero; 2009.



18.- Rodríguez Aquino Viviana J. “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” Pág.: 10-11. Guayaquil- Ecuador. 2013.

19.- Redondo Figuero Carlos, Galdó Muñoz Gabriel y García Fuentes Miguel. Atención al Adolescente. Ediciones de la Universidad de Cantabria. Editorial de Publican; 2008.

20.- Castillo Villacorta Luis H. El aborto. Marco teórico. Archivo de Blog. 2013. Disponible en <http://elabortoue.blogspot.com/2013/05/marco-teorico.html>

21.- Hijona J. Factores asociados al aborto espontaneo. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología. Tesis Doctoral. 2009.

22.- Fescina B, Martínez G, Díaz Rossello J, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1572).

23.- Ferrando D. Epidemiología del aborto en el Perú. VIII Congreso Peruano y VI Congreso Latinoamericano “Avances en Salud Sexual y Reproductiva: Metas del Milenio” 2011.

24.- López Norma M. y Floreano Lilian. “Factores relacionados a la presencia de aborto en adolescentes atendidos en centro obstétrico del hospital Teófilo Dávila de Machala en el período enero-diciembre 2011”. Tesis de grado. Universidad Técnica de Machala. Facultad de Ciencias Químicas. Escuela de Enfermería. 2013.

25.- Fernández S, Gutiérrez G, Vigurir. La mortalidad materna y el aborto en México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Revista en la Internet]. Feb [citado 2014 Mayo 19] ; 69( 1 ): 77-80. 2012



26.- Doblado N, De la Rosa I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana ObstetGinecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010.

27.- Bull M, Della I, Periche A. Factores comunicativos desencadenantes del aborto en la adolescencia. Banes. Enero-Julio 2011-2012.

28.- Rojas D, Chiliquina S. “Determinantes sociales, económicas y culturales del Aborto en Adolescentes que acuden al Hospital Provincial Marco Vinicio Iza de la Ciudad de Nueva Loja en el periodo Junio-Julio 2011” Tesis de grado. Universidad Politécnica Estatal de Carchi. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermería. 2011.

29.- Hernández Patricia y Santos Dolores. “Factores personales y aborto en adolescentes” Tesis de grado. Universidad Veracruzana. Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y trabajo social. Facultad de Enfermería. México. 2007.

12.- ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Oficio N° 118-DEE-2014.  
Cuenca, 1 de agosto de 2014

Dr. Marco Palacios  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO"  
Presente.-

De mi consideración:

Me dirijo a usted con un cordial saludo, para solicitar se concedan las facilidades a las estudiantes DIGNA CUMANDÁ GALABAY MORQUECHO (Cédula N° 0104715008) y CARMEN DEL ROCÍO BARBECHO QUITO (Cédula No. 0104987565), quienes realizarán su Tesis de Grado para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, sobre el tema: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ABORTO EN ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", período 2003-2013.

En espera de una atención favorable a la presente, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

  
Fanny Romero Flores  
DIRECTORA.



c.c. **Dr. Oscar Chango, Gerente.**  
Dra. Andrea Espinoza, Directora Médica.

## ANEXO 2

UNIDAD DE DOCENCIA E  
INVESTIGACIÓN

Hospital Vicente Corral Moscoso

AUTORIZACIÓN DE INGRESO A ESTADÍSTICA PARA TRABAJOS DE  
INVESTIGACIÓN

Cuenca, a 05 de noviembre del 2014

AUTO. No. 049

Dando aprobación a la solicitud dirigida a esta Coordinación, se autoriza el ingreso al Departamento de Estadística a la(s) señora(itas) Carmen Barbecho y Digna Galabay, para obtención de información para la investigación: "Características sociodemográficas y tipos de aborto en adolescentes que acudieron al hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2003 -2013", los días 06, 07, 12, 13, 14 19, 20, 26, 27 y 28 de noviembre desde las 13h00 hasta las 15h00.

El Hospital Vicente Corral Moscoso, como organismo que conforma el sector público, en su deber de salvaguardar, proteger y defender a los individuos de la agresión por intromisión en su intimidad, establece el presente acuerdo en el Marco de la Norma para Unidades Asistenciales Docentes, y en base al Art. 2, literal d) "Garantizar la protección de la información personal en poder del sector público y/o privado" de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información.

Existe absoluta prohibición de que la información consignada en la Historias Clínicas revisadas por lo(a)s señora(itas) estudiantes sea fotocopiada, fotografiada o reproducida por cualquier medio impreso o digital sin un consentimiento informado firmado por el paciente y la autorización escrita de la Señora Directora Asistencial y el Médico Tratante. Toda la información a la que tengan acceso será manejada con absoluta reserva como lo establecen los códigos de investigación científica. No se autoriza su divulgación en lo que se refiere a proporcionar identidades o cualquier dato que pueda permitir la identificación de un paciente o su Médico Tratante, respetando el derecho constitucional de los ciudadanos a la intimidad personal y familiar, consignado en el Artículo 66 No. 20 de la Constitución de la República del Ecuador.

De incumplirse este acuerdo, el Hospital Vicente Corral Moscoso iniciará las acciones legales pertinentes Para constancia de este acuerdo firman las partes que lo conforman

  
 HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
 GESTIÓN DE DOCENCIA  
 E INVESTIGACIÓN  
 Dra. Marco Palacios Q.  
 GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

  
 Srta. Carmen del Rocío Barbecho Quito  
 Universidad de Cuenca  
 c.c. 0104987565

  
 Srta. Digna Cumandá Galabay Morquecho  
 Universidad de Cuenca  
 c.c. 010471508



## ANEXO 2.1


**UNIDAD DE DOCENCIA E  
INVESTIGACIÓN**
**Hospital Vicente Corral Moscoso**
**AUTORIZACIÓN DE INGRESO A ESTADÍSTICA PARA TRABAJOS DE  
INVESTIGACIÓN (Extensión de plazo)**

Cuenca, a 21 de noviembre del 2014

AUTO. No. 052

Dando aprobación a la solicitud dirigida a esta Coordinación, se autoriza el ingreso al Departamento de Estadística a la(o)s señore(ita)s Carmen Barbecho y Digna Galabay, para obtención de información para la investigación: "Características sociodemográficas y tipos de aborto en adolescentes que acudieron al hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2003 -2013", los días 03, 04, 05, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 29 y 30 de diciembre del 2014, desde las 13h00 hasta las 15h00.

El Hospital Vicente Corral Moscoso, como organismo que conforma el sector público, en su deber de salvaguardar, proteger y defender a los individuos de la agresión por intromisión en su intimidad, establece el presente acuerdo en el Marco de la Norma para Unidades Asistenciales Docentes, y en base al Art. 2, literal d) "Garantizar la protección de la información personal en poder del sector público y/o privado" de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información.

Existe absoluta prohibición de que la información consignada en la Historias Clínicas revisadas por lo(a)s señore(ita)s estudiantes sea fotocopiada, fotografiada o reproducida por cualquier medio impreso o digital sin un consentimiento informado firmado por el paciente y la autorización escrita de la Señora Directora Asistencial y el Médico Tratante. Toda la información a la que tengan acceso será manejada con absoluta reserva como lo establecen los códigos de investigación científica. No se autoriza su divulgación en lo que se refiere a proporcionar identidades o cualquier dato que pueda permitir la identificación de un paciente o su Médico Tratante, respetando el derecho constitucional de los ciudadanos a la intimidad personal y familiar, consignado en el Artículo 66 No. 20 de la Constitución de la República del Ecuador.

De incumplirse este acuerdo, el Hospital Vicente Corral Moscoso iniciará las acciones legales pertinentes Para constancia de este acuerdo firman las partes que lo conforman

  
**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**  
 GESTIÓN DE DOCENCIA  
 E INVESTIGACIÓN  
 Dr. María Palacios Q.  
 GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Srta. Carmen del Rocío Barbecho Quito  
 Universidad de Cuenca  
 c.c. 0104987565

  
 Srta. Digna Cumandá Galabay Morquecho  
 Universidad de Cuenca  
 c.c.010471508





ANEXO 3

**HISTORIA CLINICA MATERNO FETAL - MAF**

FORMA DE REGISTRO

1. ANTECEDENTES

2. GESTACION ACTUAL

3. PARTO o ABORTO

4. RECIEN NACIDO

5. PUERPERIO

6. EGRESO RN

7. EGRESO MATERNO

8. ANTICONCEPCION

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE CLAP - OPS/OMS

MSP - INC.U. Form. # 051-2008





**ANEXO 4**

**12.1 Formulario de recolección de datos**

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

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TIPOS DE  
ABORTO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO  
2003-2013”**

Formulario número \_\_\_\_\_ HC \_\_\_\_\_

1.-Edad en años cumplidos \_\_\_\_\_

2.-Cantones de la provincia del Azuay de donde acude \_\_\_\_\_

3.-Estado civil

Soltera	(	)
Casada	(	)
Unión libre	(	)
Divorciada	(	)
Viuda	(	)

4.-Etnia

Blanca	(	)
Mestiza	(	)
Indígena	(	)
Negra	(	)
Otra	(	)

5.-Nivel de instrucción

Ninguna	(	)
Primaria	(	)
Secundaria	(	)
Superior	(	)

6.-Acompañante en el hogar:

Vive sola	(	)
Acompañada	(	)



En caso de vivir acompañada, con quien vive?      Familiar      (      )  
   Pareja      (      )  
   Amigo/a      (      )  
   Otro      (      )

**7.-Antecedentes patológicos familiares:**

TBC      (      )  
Diabetes      (      )  
HTA      (      )  
Preclampsia      (      )  
Eclampsia      (      )  
Condición médica grave      (      )

**8.-Antecedentes patológicos personales:**

Infección genitourinaria      (      )  
Infertilidad      (      )  
Cardiopatía      (      )  
Nefropatía      (      )  
Violencia      (      )

**9.-Antecedentes gineco-obstetricos:**

Gestas \_\_\_\_\_  
Abortos \_\_\_\_\_  
Partos Vaginales \_\_\_\_\_  
Cesárea \_\_\_\_\_  
Hijos vivos \_\_\_\_\_  
Nacidos muertos \_\_\_\_\_  
Emb. Ectópicos \_\_\_\_\_  
Embarazo planeado \_\_\_\_\_  
Fracaso del método anticonceptivo \_\_\_\_\_

**10.-Edad gestacional** \_\_\_\_\_ semanas

**11.-Tipo de aborto**      1. Provocado      (      )



- 2. Espontaneo: (    )
- Completo (    )
- Incompleto (    )
- Diferido (    )
- Séptico (    )
- Inevitable (    )

**12.-Complicaciones**

- Ninguna (    )
- Evacuación incompleta (    )
- Sangrado abundante (    )
- Infecciones (    )
- Otras (    ) Cual? \_\_\_\_\_

**13.-Condición materna al egreso**

- Viva (    )
- Muerta (    )