RESUMEN.-

Este trabajo investigativo, abordó el tema del aborto, y realizó un estudio comparativo de las características que lo rodean, al presentarse tanto en adolescentes como adultas.

Se incluyó dentro del estudio, la frecuencia de presentación del mismo, sus características como son antecedentes gineco - obstétricos, el tratamiento utilizado y si existió o no complicaciones.

Objetivo: Describir las principales diferencias respecto a las características señaladas, que se presentaban entre las mujeres adultas y adolescentes.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional; basado en la recolección de datos, se utilizó la base de datos del Departamento de Estadística del HVCM, y se recogió la información de las pacientes que fueron atendidas durante el año 2008 por diagnóstico de aborto.

Se clasificó a dichas pacientes en adolescentes, aquellas que tienen de 10 a 19 años de edad; y adultas aquellas que tienen de 20 años en adelante.

Resultados:

Según nuestra investigación 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%) sus embarazos no fueron planificados.

PALABRAS CLAVE: ABORTO, ESTUDIO COMPARATIVO, ADULTO, ADOLESCENTE, HISTORIA CLINICA, HOSPITALES PUBLICOS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.

ABSTRACT

This research revised the issue of abortion, and made a comparative study of the features that surround it, to be presented in adolescents and adults. Was included in the study, the frequency of presentation, background characteristics such as gynecological - obstetric, treatment used and whether or not there complications.

Objective: To describe the main differences in the characteristics mentioned, which were presented among adult women and adolescents.

Method: A descriptive study, quantitative and observational, based on data collection, we used the database HVCM Statistics Department, and gathered information from patients who were treated in 2008 for diagnosis abortion. These patients were classified in adolescents, those with 10 to 19 years of age and adults those with 20 and older.

Results:

According to our research, abortion is presented in 22.19% in adolescent females, while adult women represent 77.81% of them. In other words, abortion was more frequent in adult women.

Of all abortions presented in adolescents (79.31%) and adults (80.66%), most were incomplete and the second highest frequency of abortions was deferred: adolescents (18.39%), adults (17.5%).

In most cases, adult patients (55.41%) and teenagers (78.16%) pregnancies were not planned.

KEY WORDS: ABORTION, COMPARATIVE STUDY, ADULT, ADOLESCENT, MEDICAL RECORDS, PUBLIC HOSPITALS, VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL, CUENCA-ECUADOR.

INDICE

CAPITULO I 9
1.1 INTRODUCCION 9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS 11
CAPITULO II 12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO 12
2.1 CONCEPTO DE ABORTO 12
2.2 EPIDEMIOLOGÍA 12
2.3 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO 13
2.4 CAUSAS DEL ABORTO 15
2.5 FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO 19
2.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO 20
2.7 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO 20
2.8 DIAGNÓSTICO DEL ABORTO 21
2.9 TRATAMIENTO DEL ABORTO 21
2.10 PREVENCIÓN DEL ABORTO 23
2.11 COMPLICACIONES DEL ABORTO 23
CAPITULO III 26
3. OBJETIVOS 26
3.1 OBJETIVO GENERAL 26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27
CAPITULO IV 27
4. METODOLOGIA 27
4.1 TIPO DE ESTUDIO 27
4.2 AREA DE ESTUDIO 27
4.3 VARIABLES 28
4.4 UNIVERSO 28
4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. 28
4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS 29
4.7 ASPECTOS ÉTICOS 29
CAPITULO V 29

5. RESULTADOS 29
CAPITULO VI 44
6. DISCUSIÓN 44
CAPITULO VII 46
7. CONCLUSIONES 46
CAPITULO VIII 48
8. RECOMENDACIONES 48
CAPITULO IX 49
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 49
CAPITULO X 54
10. BIBLIOGRAFIA 54
CAPITULO XI 58
11. ANEXOS 58

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ABORTO ENTRE MUJERES ADULTAS Y ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR. 2008

Tesis previa a la obtención del título de médico

AUTORES:

PATRICIO NARVÁEZ BAHAMONDE

ANDRÉS NEIRA PERALTA

DIRECTOR:

DR. BERNARDO VEGA

ASESORA:

DRA. LORENA MOSQUERA

CUENCA – ECUADOR

2010

RESPONSABILIDAD:

Los criterios expresados en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Patricio Narváez Bahamonde

Andrés Neira Peralta

AGRADECIMIENTO:

Nuestro sincero y sentido agradecimiento a nuestro director Dr. Bernardo Vega y a nuestra asesora Dra. Lorena Mosquera, por todo el esfuerzo, paciencia, guía y ayuda en la elaboración de esta tesis.

También el profundo agradecimiento y reconocimiento a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca por ser la forjadora de nuestros conocimientos, prácticas, actitudes y conciencia social dentro de esta hermosa profesión.

Agradecemos también a las personas que nos facilitaron la realización de este trabajo que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

DEDICATORIA

A nuestros seres amados por su paciencia, comprensión, y apoyo incondicional; haciendo posible nuestra formación y superación diaria.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La adolescencia fija sus límites de edad entre los 10 y 19 años, entre los cuales se adquiere capacidad reproductiva, cambio de patrones psicológicos de la niñez a la adultez e independencia socio-económica. (1)(2). En nuestro país una de cada cinco mujeres que cursan entre 15 y 19 años han tenido al menos un embarazo, el promedio en que las adolescentes se convierten en madres es de 16,6 años, a estas estadísticas de adolescentes se suman estadísticas generales en las que cerca del 30 al 50% de la mortalidad materna durante el embarazo es producida por complicaciones de aborto, a nivel mundial se producen 70000 muertes por año por complicaciones de aborto. (3)(4)(5).

La frecuencia de abortos en el Ecuador se ha incrementado notablemente, desde el año 1964 a 1988 las cifras de aborto casi se cuadriplicaron pasando de 5865 a 20010 casos de aborto, encontrándose la mayor incidencia en el año de 1982 con 21873 casos registrados. (6) (7)

Según el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Militar de México, DF en el año 2008 hubo 316 casos de aborto (12,4%) entre 2.550 pacientes obstétricas. El tipo más frecuente de aborto era la incompleta (58,6%). Sólo 38 (12,0%) mujeres tuvieron un aborto séptico. Desde el punto de vista epidemiológico, los pacientes con el aborto eran jóvenes (edad media 26,45 + / - 6,49 años), casadas (87,4%), con la paridad media de 2,20 + / - 2,16; 26,3% de ellos tenían su primer embarazo y el 78,2% tuvieron su primer aborto, fueron más frecuentes entre la 9 y 12 semanas de embarazo.

Un aspecto importante a tener en consideración es la inmadurez biológica en la adolescencia puesto que la misma aumenta las posibilidades de aborto, dentro de los principales factores de riesgo se encuentra el inicio temprano de las relaciones sexuales calculado aproximadamente entre los 12 – 14 años, de la misma forma una fecundidad temprana (13-15 años). Existen también otros factores no biológicos como los de tipo socioeconómico expresados como

menor educación, trabajo mal remunerado. La mala calidad de trabajo duplica el riesgo de aborto y la falta de educación secundaria la triplica. (6)

Además, se puede mencionar el problema económico que representa para el Estado, especialmente en los países pobres, afrontar el costo de este problema de salud. Según Kay BJ del Centro de Investigación Epidemiológica en el Sur de África, el costo anual para el gobierno del tratamiento de pacientes con aborto incompleto es de 18.7 millones de euros.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año en el mundo mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % de todas la muertes maternas se deben a complicaciones de abortos.

En el Ecuador las cifras de aborto que se registran oficialmente están por debajo del número de abortos que se realizan en el país, debido a varios factores como la ilegalidad del mismo y por ende a la presencia de abortos clandestinos, aumentando de esta manera la morbilidad y mortalidad materna. Sin embargo al revisar estadísticas y egresos hospitalarios se puede tener una idea bastante clara de la problemática, es así que en el año 2007 la principal causa de morbilidad femenina fue el aborto no especificado con una tasa de 34.9 por cada 10000 mujeres lo que significa que se produjeron 23698 “abortos no especificados” a nivel nacional. (7)

En lo que refiere a abortos inducidos, la frecuencia también se ha incrementado, de 9673 casos (tasa de 25,98 por 1000 mujeres embarazadas) en el año 1998 a 20654 casos (tasa de 57,56 por 1000 mujeres embarazadas) en el 2007, siendo la región Costa la de mayor incidencia con 5793 casos en 1998 y 11678 casos en el 2007, y la región Insular con la menor incidencia 42 casos en 1998 y 63 casos en 2007. (7)

En el Ecuador cerca del 30 al 50 % de la mortalidad materna durante el embarazo es producida por abortos provocados. Cabe recalcar que las mujeres que han sido sometidas a un aborto provocado con frecuencia tienen conflictos psicológicos, emocionales y sociales.

Las estimaciones más aceptadas indican que 1 de cada 4 abortos de riesgo en el mundo corresponde a adolescentes. (31). Cuando las relaciones sexuales prematrimoniales se inician, la mayoría de las veces se ejercen con coitos no protegidos, por lo tanto generalmente se producen embarazos no deseados; además se ha descrito que el 80% de las adolescentes que se embarazan durante su educación secundaria nunca la terminan. En Estados Unidos el 29% de todos los embarazos terminan en aborto, el 26% ocurre en mujeres menores de 20 años, además el 80% de los embarazos son no deseados. (7).

El embarazo no deseado en la población adolescente es un problema de preocupación creciente. Influyen en él múltiples factores principalmente de tipo psicosocial, siendo el más importante la falta de información sobre temas de sexualidad y la falta de acceso a métodos de planificación familiar modernos y efectivos. El aborto, por lo tanto, es una respuesta al problema anterior. (7).

Ante las estadísticas de una mortalidad materna sumamente elevada a nivel mundial y en nuestro país por complicaciones de aborto surgió la inquietud por realizar un trabajo de investigación mediante el cual no simplemente se conozcan estadísticas sino que además de conseguir estadísticas se puedan obtener conclusiones de las características del aborto, incluyendo una comparación entre las adolescentes y las mujeres adultas que nos permitan realizar el tratamiento más adecuado, oportuno, evitar al máximo las complicaciones y mejorar así el sistema de salud en nuestro medio, de esta manera enfrentar a este problema de salud como es el aborto.

1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El presente estudio es de mucha importancia, pues el tema abordado debe ser adecuadamente estudiado; es así, que en nuestra realidad nacional, hoy aun quedan muchas interrogantes al respecto. Los vacíos existentes, van desde el contexto médico, hasta el ámbito político y social; y dejan un rastro de desinformación en la población, la misma que carece de una base científica de

opinión; siendo esto aprovechado por líderes negativos a favor de intereses políticos, económicos y hasta religiosos.

Es de imperiosa necesidad entonces, profundizar en este problema y, poner a disposición del público en general, así como de la comunidad médica, los conocimientos obtenidos, para que los mismos sean utilizados como fundamento que ayude en la formación de un criterio responsable de toda la sociedad, y se pueda tomar de esta manera, decisiones conjuntas, para impedir que este fenómeno social y de salud pública siga causando estragos a más familias ecuatorianas.

De igual manera, se aclara, cuáles son sus características en nuestro medio, para así buscar caminos de prevención, identificando los factores de riesgo; brindar un mejor tratamiento, y evitar complicaciones; para, en medida de lo posible, contribuir al conocimiento de este fenómeno y mejorar las condiciones en que las pacientes afrontan el problema.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE ABORTO

El aborto se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de que se cumplan 20 semanas de gestación o el producto fetal alcance los 500 gramos. (1)(2)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La OMS estima que en las últimas tres décadas cerca de 40 a 50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad de abortos es decir 20 millones se realizan en circunstancias inseguras. Cada año en el mundo mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % (aproximadamente 70000) de todas la muertes maternas se deben a

complicaciones de abortos. Además de las mujeres que mueren por esta causa, miles de mujeres sufren consecuencias a largo plazo incluyendo infertilidad. (3)(4)

En países en desarrollo, el riesgo de muerte secundario a complicaciones de procedimientos de abortos inseguros es varios cientos de veces mayor que aquel de un aborto realizado profesionalmente y bajo condiciones seguras. (3)(6)(7)

En el Ecuador cerca del 30 al 50 % de la mortalidad materna durante el embarazo es producida por abortos provocados. Las causas fetales del aborto corresponden a un 50 a 60 % de los casos y de ellas las más frecuentes son la trisomía autonómica y la monosomía X. La presencia de ácido antifosfolipídicos se asocia con un 90 % de abortos. El promedio en que las adolescentes se convierten en madres es de 16,6 años; además 1 de cada 5 mujeres que cursan entre 15 y 19 años han tenido al menos 1 embarazo. La frecuencia de aborto es mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas, las cifras son un 14% y un 5% respectivamente. El antecedente de uno o más abortos previos aumenta el riesgo de aborto en embarazos sucesivos en un 24% y 32%. La edad materna influye en la incidencia del aborto puesto que el riesgo de aborto en mujeres de 35 a 40 años es de 21% y en mujeres mayores de 40 años el riesgo es de 42%, esto, debido a que conforme la edad avanza, se magnifica la posibilidad de que se presente cualquiera de las causas de aborto espontáneo, más adelante señaladas.(5)(7)(8)(9)

El aborto recurrente se presenta del 2 al 5 % en mujeres que desean un embarazo, y un 3 al 5 % de abortos recurrentes se presentan por problemas genéticos.(5)(8)

Cabe recalcar que las mujeres que han sido sometidas a un aborto provocado con frecuencia tienen conflictos psicológicos, emocionales y sociales. (5)(7)(8)

2.3 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

En términos generales se clasifica al aborto en dos tipos: espontáneo y provocado.(5)(7)(10)

2.3.1 ABORTO PROVOCADO

Se define como aborto provocado a la interrupción del embarazo, a través de medicación o cirugía, luego de la implantación fetal, antes de que exista viabilidad. (5)(9)

2.3.2 ABORTO ESPONTÁNEO

Se conoce como aborto espontáneo al que se produce sin la intervención de sustancia ni técnica quirúrgica alguna que interfieran con el desarrollo de la gestación. Los siguientes tipos de aborto son subclasificaciones de éste.(1)(5)(11)

2.3.3 ABORTO COMPLETO

Se llama aborto completo, a aquel en el cual los productos de la gestación han sido eliminados totalmente del útero.(1)(2)(5)

2.3.4 ABORTO INCOMPLETO

Se conoce como aborto incompleto cuando se produce la expulsión del feto y la placenta, pero con retención sea parcial o total de ésta.(1)(2)(5)(12)

2.3.5 ABORTO INEVITABLE

El aborto inevitable consiste en la dilatación del cérvix, ruptura de las membranas, y la presencia de contracciones uterinas en veces intensas, esperándose que se produzca el aborto en poco tiempo.(1)(5)

2.3.6 ABORTO DIFERIDO

Se conoce como aborto diferido a la retención de un embarazo no viable durante varias semanas, pudiendo o no cursar con hemorragia vaginal, se

observa que el útero no desarrolla un tamaño que se corresponda con la edad gestacional, sino por el contrario en muchas veces involuciona, no suelen observarse modificaciones cervicales.(1)(3)(5)(7)

2.4 CAUSAS DEL ABORTO

Las causas del aborto se pueden clasificar en maternas y fetales o genéticas.(5)(13)

2.4.1 ALTERACIONES GENÉTICAS

2.4.1.1 CAUSAS FETALES

2.4.1.1.1 Desarrollo anómalo del cigoto.-

La mayor parte de estos abortos suele producirse antes de que se cumplan 8 semanas de gestación, y puede producirse por un disyunción cromosómica durante la meiosis o una superfecundación de un óvulo por dos espermatozoides.(5)(13)

2.4.1.1.2 Trisomía Autonómica.-

Es la anomalía que mas usualmente se observa en los abortos del primer trimestre; en este acápite se incluyen las trisomías 16, 22 y 21.(5)

2.4.1.1.3 Monosomía X.-

Se debe a la pérdida de uno de los cromosomas X durante la fertilización, o a la no disyunción durante la meiosis.(5)(7)

2.4.1.1.4 Triploidía.-

El gameto contiene 69 cromosomas, usualmente se encuentra asociada a la degeneración hidrópica de la placenta. (5)

2.4.1.1.5 Tetraploidía

El gameto contiene 92 cromosomas.(5)

2.4.1.1.6 Anomalías cromosómicas estructurales

Aquí se incluyen translocaciones e inversiones cromosómicas, no es muy frecuente su presentación.(5)

2.4.1.2 CAUSAS MATERNAS

2.4.1.2.1 Anomalías uterinas congénitas.-

Se debe a la presencia de anomalías en la formación o fusión del conducto mulleriano, aquí se encuentran contemplados los casos de útero septado o tabicado, y el útero bicorne. El tratamiento de estas malformaciones a través de técnicas metroplásticas transfúndicas o resección histeroscópica transcervical disminuye de forma importante la incidencia de abortos.(5)

2.4.2.1 ANOMALÍAS UTERINAS ADQUIRIDAS.-

Aquí podemos nombrar:

2.4.2.1.1 Uso de dietilestilbestrol.-

Al utilizar la paciente este fármaco durante el embaraza, se presenta una superficie endometrial más pequeña que las normales, y no existe una terapia eficaz desarrollada.(5)(14)

2.4.2.1.2 Sinéquias intrauterinas.-

Consiste en la presencia de bandas fibrosas entre las paredes del útero como consecuencia de una infección, o de un trauma quirúrgico. Se realiza su tratamiento mediante lisis histeroscópica, y luego se coloca en la cavidad intrauterina un DIU o un catéter de Foley, y se finaliza la terapeútica administrando dosis elevadas de estrógenos durante 60 días.(5)(4)

2. 4.2.1.3 Los leiomiomas.-

Son infrecuentes como causa de aborto, sin embargo si su localización es a nivel submucoso, se asocian de manera importante con abortos repetidos.(5)(4)

2. 4.2.1.4 La Incompetencia Cervical.-

Consiste en la dilatación asintomática del orifico cervical interno, permitiendo así la salida del feto, cerca de la semana 20 de gestación, puede deberse a una dilatación cervical forzada o a un defecto congénito en el tejido cervical.(5)(15)

2.4.3 FACTORES ENDÓCRINOS.-

Entre los cuales tenemos

2.4.3.1 Déficit de Progesterona.-

Al existir una deficiencia del cuerpo lúteo, que es el que se encarga de mantener el endometrio durante las siete semanas primeras de gestación, los niveles de progesterona son suficientemente bajos a mitad de la fase lumínica, como para no permitir el adecuado desarrollo del endometrio, por lo que no se puede mantener el blastocisto y desemboca en un aborto espontáneo. En su tratamiento, se suele utilizar la administración de progesterona por vía vaginal o muscular, obteniendo mejores resultados.(4)(5)

2.4.3.2 Enfermedades de la Tiroides.-

Se habla de que la identificación de anticuerpos antitiroideos, representan un factor de riesgo de aborto espontáneo.(5)(16)

2.4.3.3 Diabetes Mellitus.-

En pacientes diabéticas con un control metabólico inadecuado, se ha presentado un mayor riesgo de embriopatía, malformaciones congénitas y por ende, abortos espontáneos.(5)(16)

2.4.3.4 Síndrome de Ovario Poliquístico.-

El riesgo de aborto espontáneo se duplica en las pacientes que padecen este síndrome y han recibido terapia con inducción ovulatoria; posiblemente se explica por los altos niveles de LH que podrían afectar al cuerpo lúteo o al endometrio, ocasionando in envejecimiento prematuro del oocito en el primer caso, o afectando a la implantación en el segundo.(3)(4)(5)

2.4.4 FACTORES INMUNOLÓGICOS.-

Se está tratando de justificar con estos factores la etiología del aborto espontáneo de causa desconocida. Posiblemente se deba a la presencia de antígenos alotípicos en las membranas fetales, que son llamados antígenos de reacción cruzada, los mismos que al no ser bloqueados por los IgG de la madre, podrían ser reconocidos por los anticuerpos asesinos de la madre, que rechazan al embrión y desencadenan un aborto espontáneo.(5)(17)

2.4.5 CAUSAS INFECCIOSAS.-

A menudo no se identifica la infección como causa de abortos, sin embargo cuando ocurren abortos espontáneos inexplicables sobretodo en el segundo trimestre del embarazo se debe pensar en esta patología como la principal etiología. Infecciones asintomáticas del tracto genital podrían desempeñar un papel importante en los abortos espontáneos recurrentes. Las enfermedades de transmisión sexual representan un riesgo importante como causa de aborto espontáneo.

Entre los principales microorganismos que producen aborto se encuentran: BACTERIAS: streptococo B hemolítico, listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamydia, treponema.

PARASITOS: toxoplasma y plasmodium.

MICOPLASMAS: urealiticum, hominis.

VIRUS: citomegalo,rubeola, herpes, HIV, varicela y viruela

Hay que tener presente que la infección intrauterina como causa de aborto puede manifestarse sin signos clínicos y con membranas intactas. Para el

diagnóstico preciso es esencial obtener un número adecuado de muestras y realizar cultivos microbiólogicos completos de los tejidos corioamnióticos y de los órganos fetales. (18)

2.4.6 USO DE DROGAS.-

El consumo de cocaína y tabaco pueden desembocar en un aborto espontáneo principalmente por el hecho de que provocan disminución del flujo sanguíneo uterino y placentario, debido a una vasoconstricción arterial originada por la inhibición de la recaptación de la norepinefrina.(5)(7)

2.5 FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO

Tomando en cuenta los diferentes estudios estadísticos se puede concluir que el embarazo se encuentra afectado de manera multifactorial, y en cualquiera de esas circunstancias el resultado puede ser un aborto espontáneo, es así, que entre los condicionantes que pueden inducir el fracaso del embarazo se puede incluir los de índole geográfico, racial, étnicos y ambientales, cada uno de los cuales se encuentra circunscrito a las características, antecedentes, y entorno de cada paciente. Ejemplo: en el Ecuador, la cobertura de atención médica prenatal en el área rural, alcanza solamente entre el 40 y el 60%; disminuyendo esta realidad por si sola, las posibilidades del desarrollo normal de la gestación en las mujeres que se encuentran fuera de este rango.(1)(4)(5)(7)

Como ya se ha manifestado, el consumo de fármacos, tabaco, cocaína y otras drogas; pueden influir directa o indirectamente en el curso del embarazo y aumentar el riesgo de su frustración.(1)(5)

De igual forma la presencia de enfermedades maternas magnifican el riesgo de la pérdida del embarazo, y entre los padecimientos podemos nombrar: Rubéola, Herpes genital, Sífilis, Malaria, Brucelosis, Toxoplasmosis, Citomegalovirus y Listeriosis.(4)(5)(7)

En el ámbito biológico ya se han citado los factores genéticos, inmunológicos, estructurales, patológicos etc. Los cuales se contabilizan entre los mecanismos etiológicos. No debemos dejar de considerar el hecho de que la mujeres

primíparas presentan un riesgo menor de aborto espontáneo, mientras que en las mujeres multíparas el riesgo casi se triplica; de igual manera con respecto a la edad, mientras que en las mujeres de los 35 a los 40 años el riesgo representa el 21% , en las mujeres mayores de 40 años, el riesgo prácticamente se duplica (42%).(5)

Así también, en las pacientes que han sufrido uno o más abortos previos, el riesgo de un nuevo aborto aumenta en entre el 24 y el 32%.(5).

2.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO

En el aborto para hablar de signos y síntomas tenemos que conocer de antemano que la mujer cursó con un embarazo y en que semana de gestación se encontraba o por lo menos aproximarnos a la misma por la fecha de la última menstruación, debemos conocer si expulsó parte del embrión y tratar de identificar una causa. En el examen físico el útero es de tamaño más pequeño que el esperado, el cuello está abierto y hay presencia de sangrado vaginal el cual puede ir desde muy leve hasta muy intenso, inclusive al punto de atentar con la vida del paciente, es el llamado aborto incompleto hemorrágico. (7)(21).

2.7 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO

En los exámenes complementarios encontramos estudios de imagen o radiológicos y pruebas hormonales. Dentro de los estudios radiológicos tenemos al ultrasonido, con el ultrasonido transvaginal es posible la visualización del saco gestacional desde las 4,5 semanas, con la ecografía abdominal o ultrasonido abominal se puede observar el saco gestacional desde las 5,5 semanas. Existen criterios mayores para la interpretación del ultrasonido, como la ausencia del embrión en el saco de al menos 25 mm, con una sensibilidad del 29% y una especificidad del 99%. Y existen criterios

menores como una reacción decidual menor a 2 mm, con una sensibilidad del 28% y especificidad de 99%.

Las pruebas hormonales son la Beta hCG (Gonadotropina Corionica Humana), la progesterona, el estradiol, estas son muy útiles en los embarazos de menos de seis semanas. (5)

2.8 DIAGNÓSTICO DEL ABORTO

Para la realización del diagnóstico nos basamos en los síntomas y signos y si es necesario en los exámenes complementarios que nos van a confirmar el diagnóstico clínico para proceder a un tratamiento adecuado.(1) (5)

2.9 TRATAMIENTO DEL ABORTO

El sangrado y una infección son los dos riesgos fundamentales de la retención de productos de la concepción, por lo tanto en ese sentido debe dirigirse el tratamiento. El manejo de la paciente puede ser de corta estancia dependiendo de las condiciones de la misma, se incluye actividades como: Realizar control de signos vitales, suspender ingesta de alimentos por 6 horas, suministrar líquidos vía venosa, suministrar analgésicos, el grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer. La administración de útero tónicos para disminuir el sangrado. Uso de antibióticos de acuerdo a criterio clínico, la realización de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o un legrado quirúrgico dependiendo de la valoración. (3)(18)(19)(26)

2.9.1 AMEU (ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA)

La AMEU es la aspiración manual endouterina que se utiliza para el tratamiento del aborto con muy buenos resultados y con bajo riesgo del paciente, consiste en la utilización de cánulas de Karman las cuales son estériles que se introducen en la cavidad uterina, las mismas se conectan a una jeringa de Karman, la cual permite realizar un raspado en la cavidad uterina evacuando el contenido al vacío sin mayores riesgos, este procedimiento puede como no realizarse con anestesia local, cabe recalcar que si bien la AMEU no se realiza en quirófano se debe realizar en un área adecuada y correctamente determinada, en el Hospital Vicente Corral Moscoso existe una área determina solo para la realización de este procedimiento.

Las ventajas de la realización del AMEU es que es una técnica más segura, con menos complicaciones, de bajo costo, un servicio de lata calidad, el uso de anestesia local, no se necesita de un quirófano pero si de un área predeterminada y la recuperación es más rápida que en la realización de un legrado. (12)

2.9.2 LEGRADO UTERINO

El LUI o legrado uterino instrumental implica la dilatación del cuello uterino y el uso de un instrumento de metal afilado para raspar las paredes uterinas. Durante el procedimiento, la mujer generalmente recibe anestesia general**.** Debido a un mayor riesgo de complicaciones, el LUI debe efectuarse únicamente cuando no sea posible practicar la AMEU o el aborto con medicamentos.

El legrado uterino instrumental por lo general tiene tasas más altas de complicaciones mayores que la AMEU, por ejemplo: más pérdida de sangre, estancia hospitalaria más larga y mayor necesidad de administrar anestésicos. Es eficaz en el 99 al 100 % de los casos, al igual que la aspiración endouterina.

Los efectos secundarios del legrado es que las pacientes a menudo presentan cólicos abdominales, náuseas que varían de leves a moderadas, vómito, dolor y sangrado parecido al de la menstruación. (20)(22).

2.10 PREVENCIÓN DEL ABORTO

Naturalmente, la prevención se corresponde con la exposición anterior sobre las causas y factores de riesgo, por lo tanto, se podría decir que al detectar y tratar tempranamente las enfermedades maternas; realizar un cuidado prenatal temprano completo, y evitar la exposición a las amenazas ambientales y otras ya señaladas; se abre la posibilidad de disminuir en importante medida la incidencia de abortos espontáneos, a través del mecanismo preventivo. (1)(4)(5)(7)

Según Molloy AM, Kirke PN et al. en términos de salud materna, la deficiencia de ácido fólico puede ser una causa de infertilidad o aborto espontáneo recurrente. (23)

Según Pittschieler S, Brezinka C et al. su estudio confirma el efecto profiláctico de la suplementación con ácido fólico en el aborto espontáneo además para la terapia con AED, la suplementación con ácido fólico debe ser parte de la terapia de todas las mujeres epilépticas embarazadas, especialmente para los tratados con VPA.(24)

No obstante Bailey LB, Berry RJ sugieren en su estudio que el uso periconcepcional de multivitaminas se asoció con una mayor incidencia de abortos involuntarios y los nacimientos múltiples, lo que ha provocado una gran controversia acerca de la seguridad del uso de ácido fólico durante el embarazo.(25)

2.11 COMPLICACIONES DEL ABORTO

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo existen complicaciones que

se realizan tanto en el centro de salud como fuera de el, dentro de las mismas encontramos a la hemorragia, la cual puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cuello uterino y ocasionalmente, perforación uterina. Las infecciones, las mismas que raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general por lo que la AMEU es más seguro que el LUI. La mayoría de las mujeres que tienen un aborto bien realizado no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto (5)(23)

2.11.1 Complicaciones del Aborto Espontáneo.-

No se conocen bien las causas de la mayoría de los abortos espontáneos. Tienen lugar durante el primer trimestre del embarazo y se producen normalmente debido a defectos o anomalías cromosómicas.

En muchos casos se resuelven sin producir ningún síntoma, apenas un retraso en la aparición de la menstruación. Entre otros los síntomas son debidos a la una evacuación incompleta que en casos ha de ser terminada por métodos quirurgicos, a sangrados más o menos abundantes producidos normalmente por dicha evacuación incompleta y en un menor número a infecciones por retención.(23)

2.11.2 Complicaciones del Aborto Inducido.-

Estas pueden considerarse las complicaciones más frecuentes:

Evacuación incompleta: en algunos casos puede ser necesaria una nueva intervención para evacuar el útero.

Sangrados abundantes: normalmente se deben a evacuaciones incompletas.

Infecciones: muy poco habituales debido entre otras cosas a la técnica y a la protección antibiótica que se suele aportar.

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

Perforación de intestino: si se perfora el útero, se corre el riesgo de que el intestino también sea alcanzado por algún instrumento de aborto, requiriéndose entonces la extracción quirúrgica de la parte lesionada.(24)

Efectos Secundarios posibles:

Dolor pélvico crónico.

Sangrado: en los días posteriores a la intervención se puede producir pérdidas que es generalmente son menos abundantes que en una regla normal.

Nauseas: pueden sufrirse en los momentos siguientes a la intervención nauseas y vómitos en algunos de los casos. Generalmente, dado la prohibición de tomar alimento líquido o sólido alguno, el estómago esté vacío y son de muy escaso contenido.(25)

2.11.3 Complicaciones Tardías del Aborto.-

Iso Rh que nacen muertas o defectuosas, las mujeres con sangre Rh-negativa que no recibieron el antídoto (inmunoglobulina antiRh) quedan expuestas a reacciones a la sangre Rh-positiva y sus futuros hijos corren el riesgo de sufrir una excesiva destrucción de glóbulos rojos (hemólisis), lo cual puede provocarle al recién nacido la grave enfermedad hemolítica.(27)

Predisposición a abortos espontáneos, las mujeres que abortan corren el riesgo de sufrir abortos espontáneos en una proporción 35% mayor al de aquellas que nunca abortaron.(27)

Enfermedad Inflamatoria Pélvica, es una complicación muy común de los abortos provocados. Puede, a su vez, causar abortos espontáneos, esterilidad y dolores pélvicos crónicos. (28)

Problemas gestacionales, las mujeres que han abortado experimentan con frecuencia complicaciones en partos posteriores.

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

Cáncer de mama, según un estudio publicado por el Journal of Epidemiology and Community Health, de los EE.UU., el aborto aumenta en 30 % el riesgo de que la mujer desarrolle cáncer de mama.
El aumento de ese riesgo es atribuido al crecimiento anormal de células en las mamas que, en la gravidez, se convierten en productoras de leche o mueren. Como la mayoría de los abortos ocurren antes que dicha muerte celular, esas células pueden convertirse en cancerosas

Los científicos de Penn State University y del Baruch College que realizaron ese estudio revisaron 23 trabajos ya publicados sobre el tema, en los que se analizan 26000 casos de mujeres con tumor y cerca de 35000 mujeres sanas. Los investigadores estiman que el aborto es responsable por cerca de 5000 casos de cáncer de mama por año en los Estados Unidos.(29) (30)**Embarazos ectópicos,** las mujeres que se someten a abortos adquieren la predisposición a los embarazos ectópicos. En este tipo de embarazos, el feto se desarrolla en las trompas de Falopio y no en el útero, lugar apropiado. Esta es una situación muy peligrosa que aumenta significativamente el riesgo de vida de la madre y que puede provocar la perforación de la trompa. Los estudios científicos están indicando que el riesgo del embarazo ectópico se duplica después del primer aborto provocado y puede cuadruplicarse después del segundo.(25)(28)

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Comparar las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Establecer la frecuencia del aborto entre mujeres adultas y adolescentes.

3.2.2 Identificar las características personales de las mujeres adultas y adolescentes que presentaron aborto: residencia, estado civil, instrucción, hábitos, ocupación.

3.2.3 Reconocer los factores predisponentes de aborto en mujeres adultas y adolescentes, tales como: ETS, HIV, exposición a radiación, ingesta de fármacos o tóxicos, antecedentes obstétricos como partos o abortos previos.

3.2.4 Conocer los signos y síntomas, el tratamiento aplicado y las complicaciones que se presentaron en las mujeres adultas y adolescentes con aborto.

3.2.5 Distinguir el tipo de aborto.

3.2.6 Definir si el embarazo fue planificado o no deseado.

CAPITULO IV

4. METODOLOGIA

4.1TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo.

4.2 AREA DE ESTUDIO

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador, ubicado en la avenida 12 de Abril y Paraíso.

4.3 VARIABLES

Frecuencia de abortos.
Edad
Residencia.
Estado civil.
Instrucción.
Hábitos.
Ocupación.
Factores predisponentes.
Gestas.
Abortos previos.
Signos y síntomas.
Tratamiento.
Complicaciones.
Tipo de aborto.
Planificación del embarazo.
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Anexo # 1)

4.4 UNIVERSO

En este estudio se utilizó todas las historias clínicas de mujeres con aborto que ingresaron al Hospital Vicente Corral Moscoso desde Enero hasta Diciembre del año 2008.

4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó la obtención de los datos, recolectándolos de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron con aborto en el año 2008, las mismas que se encuentran archivadas en el Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.

Para el efecto se utilizó un formulario de recolección de datos (Anexo #2) debidamente elaborado que facilite el trabajo a realizar.

4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se utilizó el programa Excel, se realizaron tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos y variables estudiadas y para el análisis se utilizó la estadística descriptiva.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

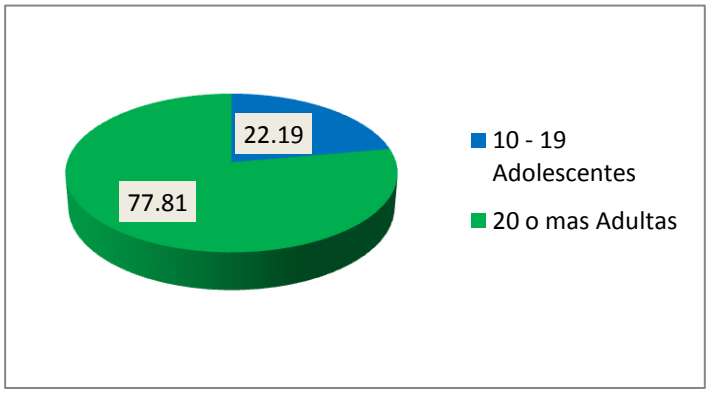
Toda la información fue guardada con absoluta confidencialidad y los datos fueron utilizados solo para la presente investigación. Se facultó a quien corresponda la verificación de la investigación

CAPITULO V

5. RESULTADOS

GRÁFICO Nº1

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD. 2008



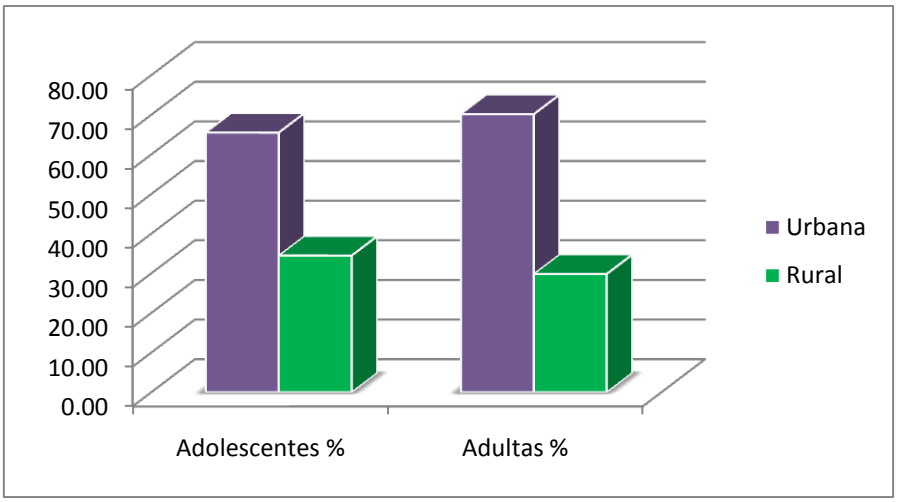
Fuente: Tabla Nº1

Elaborado por: Los autores

De 392 pacientes con aborto que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008, 87 fueron adolescentes, y 305 fueron mujeres adultas. Esto quiere decir que un 22,19% fueron adolescentes mientras que un 77,81 % fueron mujeres adultas.

GRÁFICO Nº2

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y RESIDENCIA. 2008



Fuente: Tabla Nº2

Elaborado por: Los autores

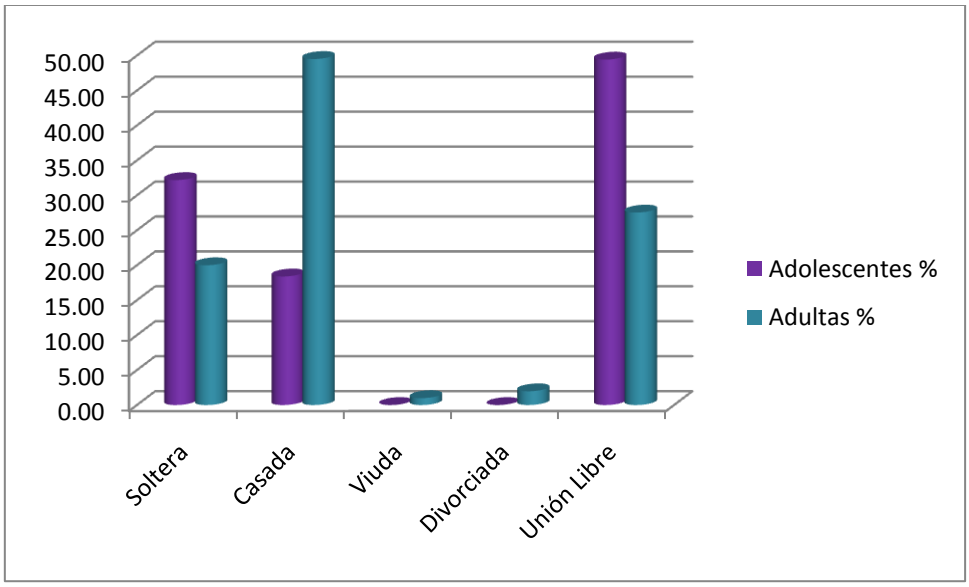
Se presentaron 87 casos de aborto en adolescentes, de los cuales 57, es decir el 65,52% pertenecían al área urbana y 30, es decir el 34,48% pertenecían al área rural. En lo que se refiere a las mujeres adultas se presentaron 305 casos de aborto de los cuales 214, es decir el 70,16% pertenecían al área urbana y 91, es decir el 29,84%

pertenecían al área rural. La presencia mayor de casos en el área urbana que rural se puede relacionar con la menor accesibilidad del servicio para los habitantes de zonas rurales o por la preferencia de los mismos por prácticas alternativas como la atención prestada por comadronas.

GRÁFICO Nº3

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL. 2008



Fuente: Tabla Nº3

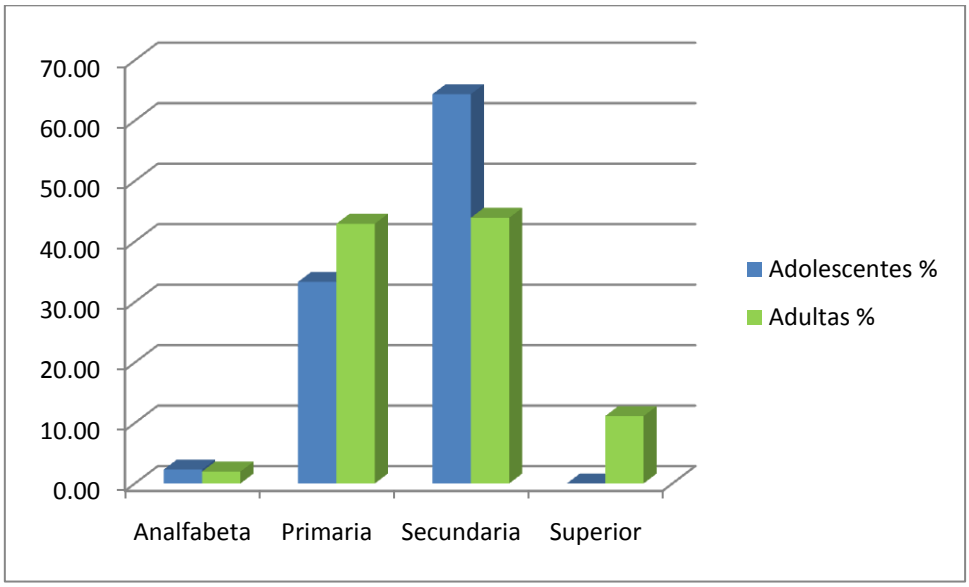
Elaborado por: Los autores

De las 392 pacientes que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008 con aborto, de un total de 87 adolescentes, la mayoría fueron unión libre (43) lo que corresponde a un 49,43% Mientras que de las 305 mujeres adultas que presentaron aborto, la mayoría fueron casadas (151) lo que corresponde al 49,51%.

GRÁFICO Nº4

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD E INSTRUCCIÓN. 2008



Fuente: Tabla Nº4

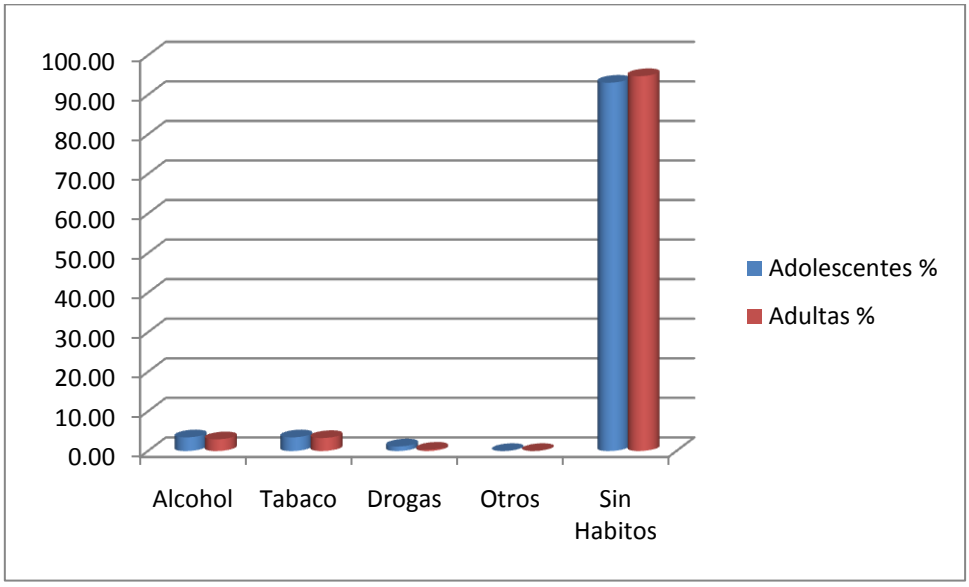
Elaborado por: Los autores

Del total de adolescentes 2 casos (el 2,30%) eran analfabetas, 29 casos (el 33,33%) tenían instrucción primaria, 56 casos (el 64,37%) tenían instrucción secundaria, y ninguna tenía instrucción superior. En lo que se refiere a las pacientes adultas, del total de casos, 6 es decir el 1,97% fueron analfabetas, 131 (el 42,95%) tuvieron instrucción primaria, 134 (es decir el 43,93%) tuvieron instrucción secundaria, y 34 casos (el 11,15%) tuvieron instrucción superior. Existe un alto porcentaje de pacientes con instrucción secundaria, lo cual posiblemente se deba a nuevas políticas educativas, y si esto se asocia a claros principios de educación sexual posiblemente en algunos años se pueda reducir las estadísticas generales del aborto.

GRAFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y HABITOS. 2008



Fuente: Tabla Nº5

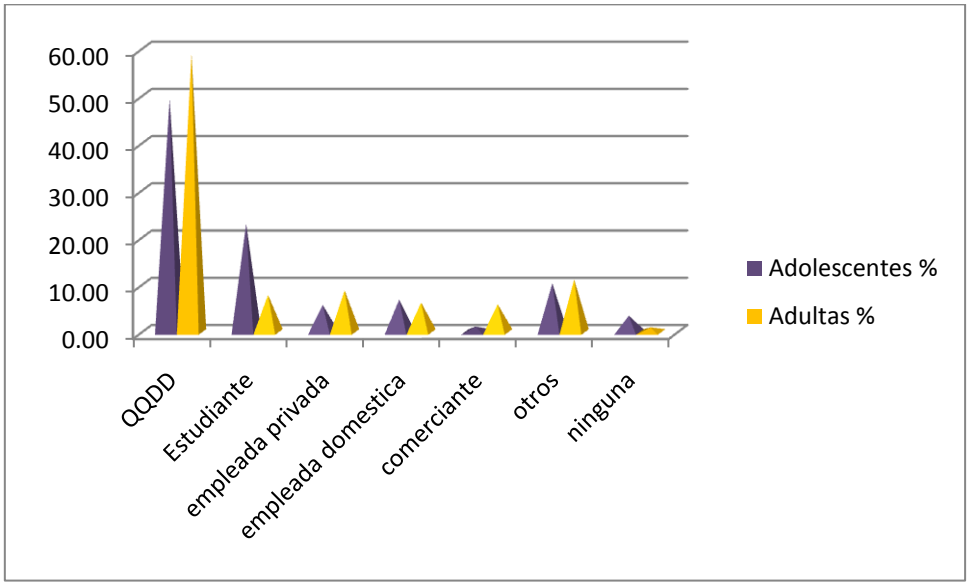
Elaborado por: Los autores

La gran mayoría de mujeres tanto adolescentes como las mujeres adultas no presentaron hábitos tóxicos (93,10 %), (94,75%) (respectivamente). Sin embargo un porcentaje considerable de mujeres presentaron hábitos tóxicos principalmente tabaco y alcohol (3,45% en adolescentes), (3,28%, 2,95% en adultas), y en menor porcentaje pero presente el consumo de drogas.

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y OCUPACIÓN. 2008



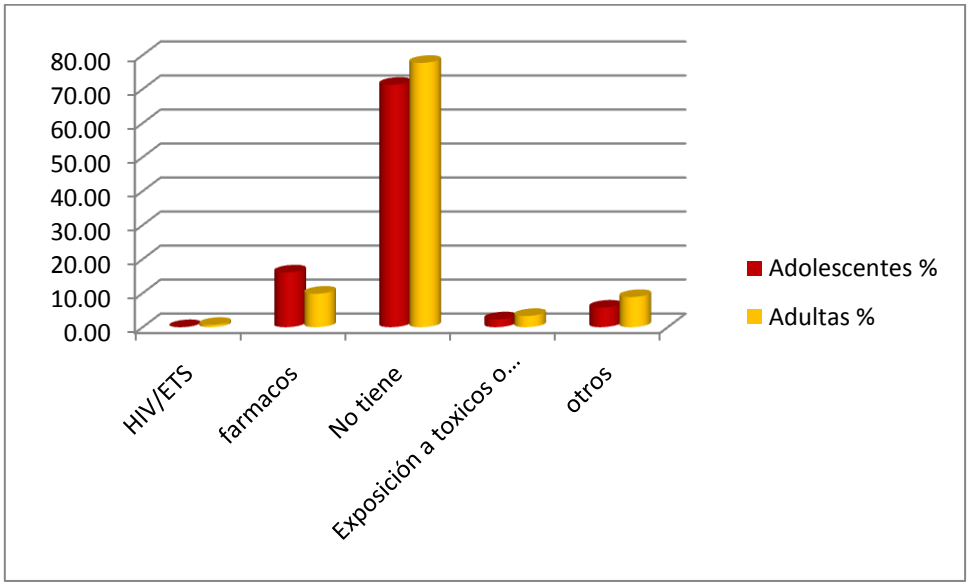
Fuente: Tabla Nº6

Elaborado por: Los autores

Del total de adolescentes, en 43 casos es decir el 49,43% su ocupación eran los Quehaceres Domésticos, 20 casos (el 22,99%) eran estudiantes, 5 casos (el 5,75%) eran empleadas privadas, 6 casos (el 6,90%) eran empleadas domésticas, 1 caso (el 1,15%) era comerciante, 9 casos (el 10,34%) tenían otras ocupaciones, y 3 casos (el 3,45%) no tenían ninguna ocupación. Respecto a las pacientes adultas, 180 casos (el 59,02%) se dedican a los quehaceres domésticos, 24 casos(7,87%) fueron estudiantes, 27 (el 8,85%) fueron empleadas privadas, 19 (el 6,23%) fueron empleadas domésticas, 18 casos es decir el 5,90% fueron comerciantes, 34 casos es decir el 11,15% tuvieron otra ocupación y 3 pacientes (el 0,98%) no tenían ninguna ocupación. Como se puede ver la mayoría de las pacientes sean adultas o adolescentes, cumplen con actividades de quehaceres domésticos, posiblemente porque la mayoría de las mujeres aún no han cambiado su rol de trabajadora doméstica, o porque formar tempranamente un hogar ha detenido su desarrollo académico.

GRAFICO Nº7

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL



Fuente: Tabla Nº7

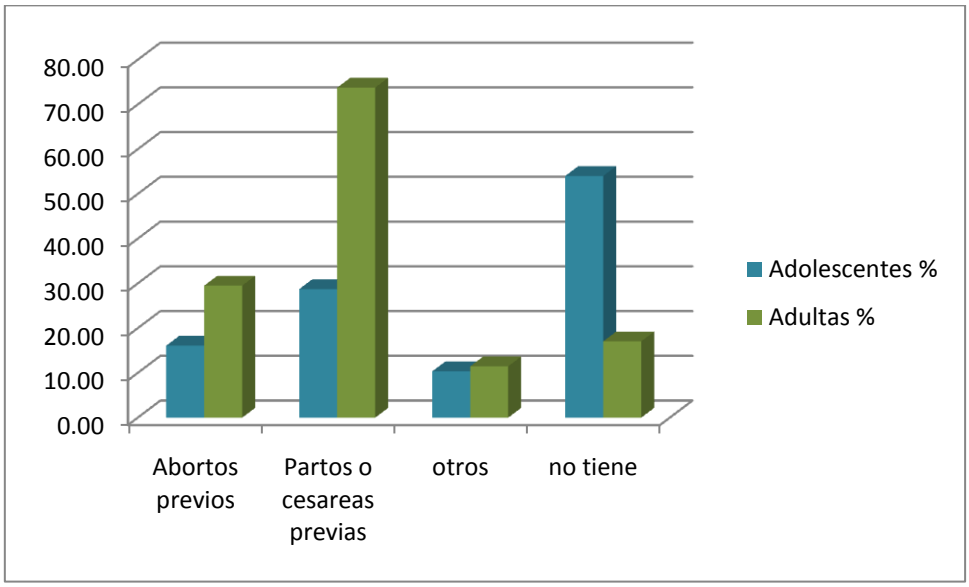
Elaborado por: Los autores

La mayoría de mujeres tanto adolescentes como las mujeres adultas no tienen factores predisponentes (71,26%, 77,7 % respectivamente). Sin embargo un 16,09% de adolescentes consumió fármacos. un porcentaje mayor al de mujeres adultas que consumieron fármacos en un 9,84%. No podemos dejar de mencionar el bajo porcentaje (menos del 1%) de enfermedades de transmisión sexual como factor predisponente.

GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. 2008



Fuente: Tabla Nº8

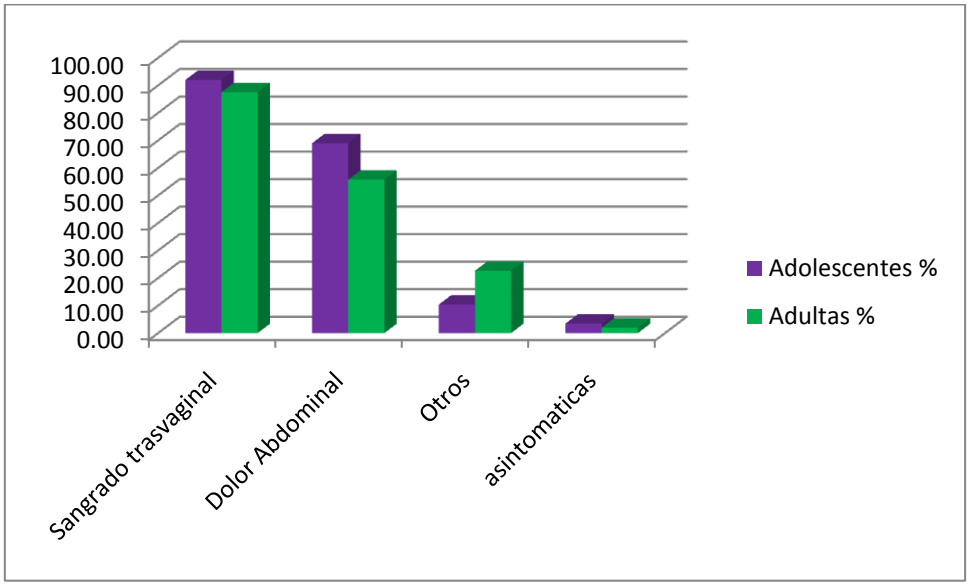
Elaborado por: Los autores

Del total de adolescentes, 14 es decir el 16,09% presentaron abortos previos, 25 (el 28,74%) presentaron partos o cesáreas previas, 9 (el 10,34%) tuvieron otros antecedentes obstétricos, y 47 casos (54,02%) no tuvieron ningún antecedente obstétrico. Respecto a las pacientes adultas 90 casos (el 29,51%) presentaron abortos previos, 225 casos (el 73,77%) tuvieron partos o cesáreas previas, 35 casos (el 11,48%) tuvieron otros antecedentes obstétricos y 52 (el 17,05%) no tuvieron ningún antecedente obstétrico. Los partos y cesáreas previos fueron más frecuentes entre las mujeres adultas que en adolescentes, mientras que la mayoría de mujeres adolescentes no tenían antecedentes obstétricos, lo cual es probablemente debido a que en la mayoría de los casos de pacientes adolescentes el aborto se produjo como consecuencia de sus primeros contactos sexuales.

GRAFICO Nº9

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y SIGNOS Y SINTOMAS. 2008



Fuente: Tabla Nº9

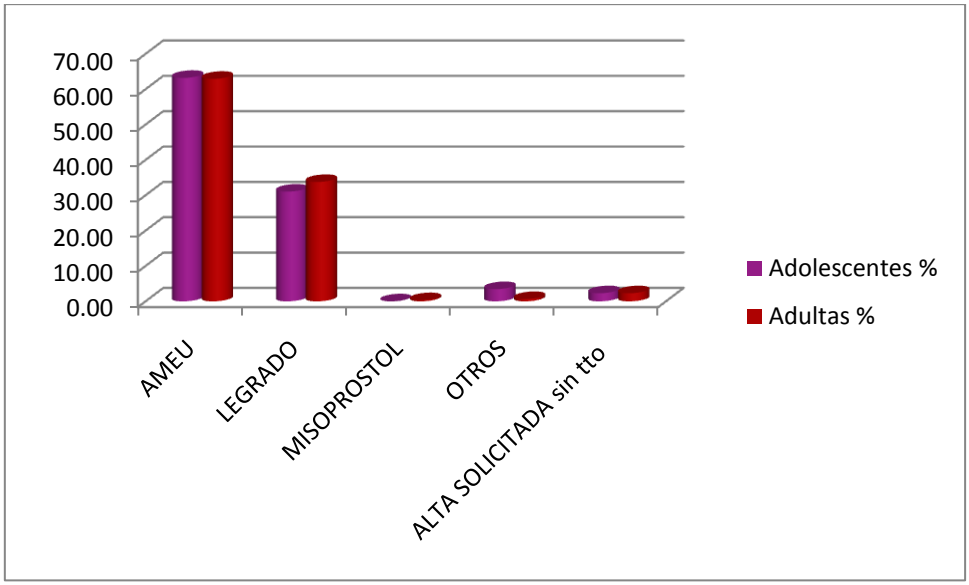
Elaborado por: Los autores

La mayoría de mujeres tanto adolescentes como adultas como síntoma principal presentaron sangrado transvaginal (91,95%),(87,54%) (respectivamente); seguido en incidencia por dolor abdominal (68,97%), (55,74%). Pero en otro tipo de síntomas las mujeres adultas duplicaron en incidencia a las adolescentes.

GRÁFICO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y TRATAMIENTO RECIBIDO. 2008



Otros: hace referencia al manejo mediante tratamiento expectante.

Fuente: Tabla Nº10

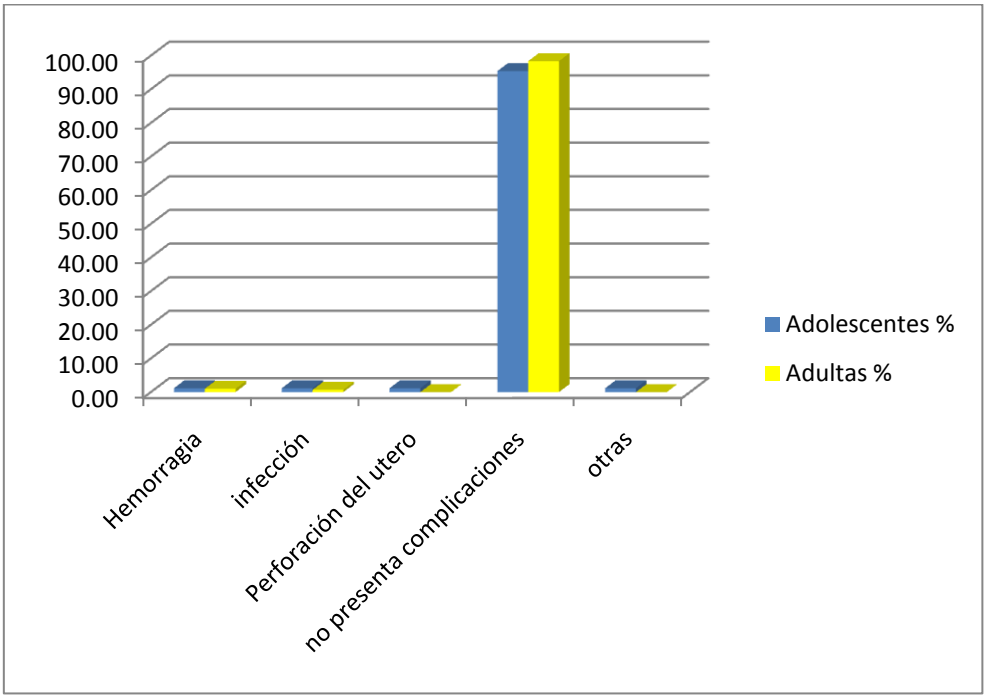
Elaborado por: Los autores

Del total de Adolescentes, 55 casos (el 63,22%) fueron tratadas por AMEU, 27 casos (el 31,03%) fueron tratadas por LUI, ninguna recibió solamente misoprostol como tratamiento, 3 (el 3,45%) recibieron otro tratamiento, y 2 casos (2,30%) solicitaron el alta y no recibieron ningún tipo de tratamiento. Respecto a las pacientes adultas 192 casos es decir el 62.95% fueron tratadas por AMEU, 103 (el 33,77%) fueron tratadas por LUI, 1 paciente (el 0,33%) recibió solamente misoprostol como tratamiento, 2 casos (el 0,66%) recibieron otro tratamiento y 7 casos (el 2,30%) solicitaron el alta y no recibieron ningún tratamiento. Es decir que en la mayoría de casos la tendencia terapéutica fue el AMEU, siendo este el tratamiento más utilizado entonces, en las pacientes con aborto atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

GRAFICO Nº11

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y COMPLICACIONES. 2008



Fuente: Tabla Nº11

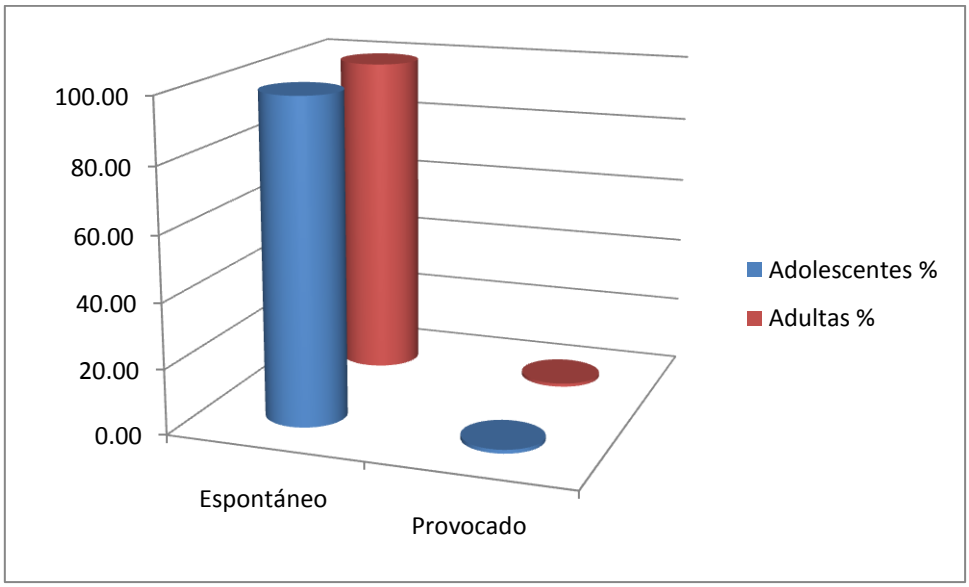
Elaborado por: Los autores

La gran mayoría de mujeres tanto adolescentes como las mujeres adultas no presentaron complicaciones (95,40%), (98,36%) (Respectivamente). Del reducido porcentaje que presentaron complicaciones, la hemorragia, infección y perforación uterina bordean el 1 % en adolescentes y adultas, con la diferencia que no se presentaron perforaciones uterinas en las adultas.

GRÁFICO N° 12 A

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y TIPO DE ABORTO. 2008



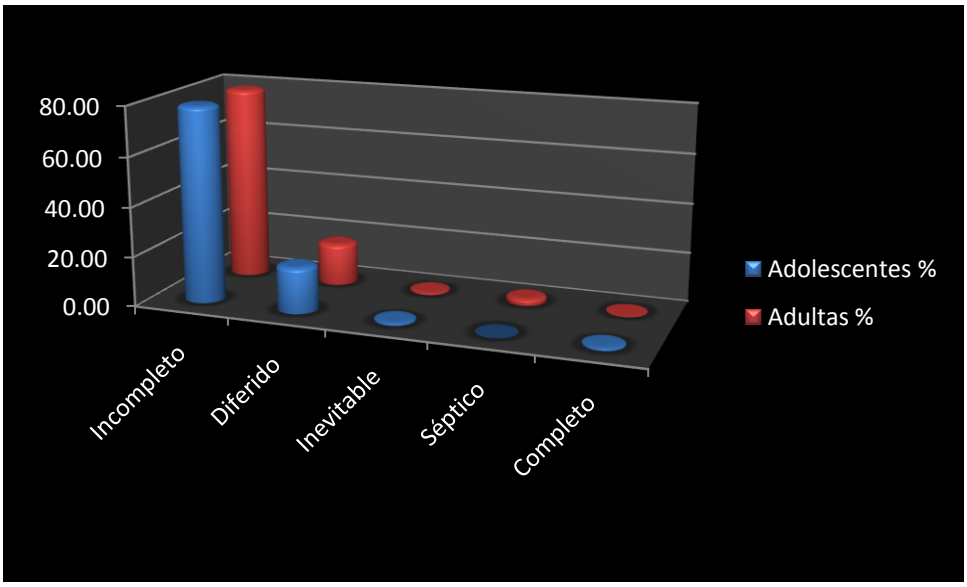
Fuente: Tabla Nº12 A

Elaborado por: Los autores

Se presentaron 87 casos de aborto en adolescentes, de los cuales 1 (el 1,15%) fue Provocado y 86 (98,85%) fueron Espontáneos. Respecto a las adultas se presentaron 305 casos, de los cuales: 3 casos (el 0,98%) fueron Provocados y 302 casos (99,02%) fueron Espontáneos.

GRÁFICO Nº 12 B

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ESPONTÁNEOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y TIPO DE ABORTO. 2008



Fuente: Tabla Nº12 B

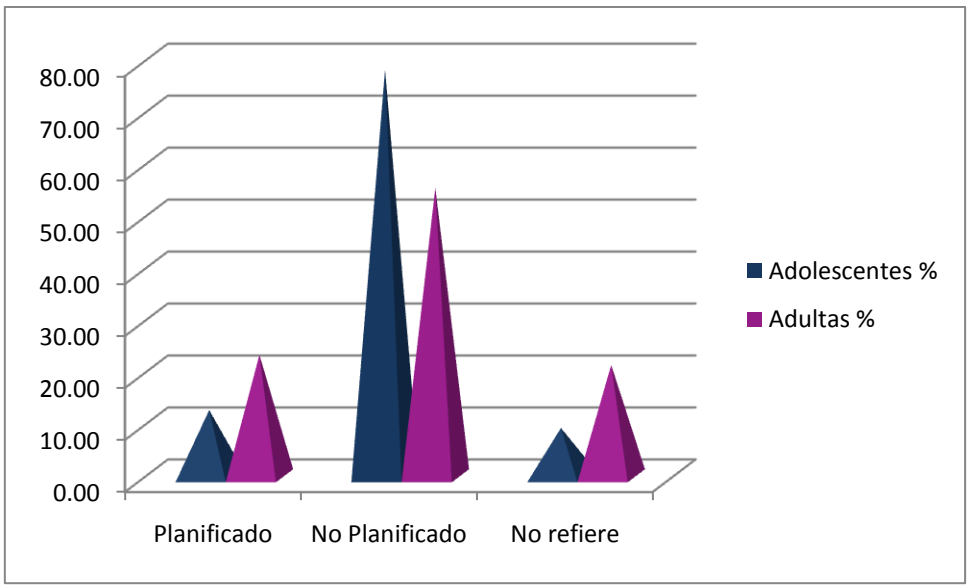
Elaborado por: Los autores

Se presentaron 86 casos de aborto espontáneo en adolescentes, de los cuales 1 (el 1,16%) fue Completo, 68 (el 79,07%) fue Incompleto, 1 caso (el 1,15%) fue Inevitable, y 16 casos (el 18,39%) fueron Diferidos. Respecto a las adultas se presentaron 302 casos, de los cuales: 1 caso (0,33%) fue Completo, 238 casos (78,81%) fueron Incompletos, 3 casos (0,99%) fueron Inevitables, 52 (17,22%) fueron Diferidos, y 8 casos (2,65%) fueron Sépticos.

GRAFICO Nº13

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO. 2008



Fuente: Tabla Nº13

Elaborado por: Los autores

En cuanto a la planificación del embarazo se refiere, las pacientes adolescentes muestran un índice más elevado de no planificación del embarazo (78,16%) con respecto a las mujeres adultas (55,41%). En el reducido porcentaje de pacientes que planificaron el embarazo las adultas duplicaron en planificación a las adolescentes. Pero es importante también mencionar el porcentaje de historias clínicas que no

poseían dicha información (9,20%) (21,31%) en adolescentes y adultas respectivamente.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Méndez en su libro “enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo” menciona que 1 de cada 4 abortos en el mundo corresponde a adolescentes, cifras que se asemejan a las obtenidas en este trabajo de investigación puesto que el 22,19% de los abortos producidos en el hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008 pertenecieron a este grupo etario.

Según el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Militar de México, DF en el año 2008 hubo 316 casos de aborto. El tipo más frecuente de aborto fue incompleto (58,6%) y el 12,0% de mujeres tuvieron un aborto séptico; lo cual también coincide con el estudio de Jorge Aparicio en el Hospital Dos de Mayo que señala el aborto incompleto como el más frecuente (86,9%) y el aborto séptico como el segundo en frecuencia (8,7%). En nuestra investigación en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en el mismo año se presentaron 392 casos de aborto, de los cuales la mayoría fueron aborto incompleto en un 80%, y existieron un menor porcentaje de aborto séptico apenas 2,62% en mujeres adultas y no se presentaron abortos sépticos en adolescentes. Según el mismo departamento la mayoría de mujeres fueron casadas en un 87,4% mientras que en nuestro estudio en las adolescentes el estado civil prevalente fue la unión libre (49,43%) y en las mujeres adultas fue las casadas (49,51%). Sin embargo según Jorge Aparicio

y su estudio realizado en el hospital Dos de Mayo (Perú), la mayoría (55,01%) de adolescentes que presentaron aborto vivían en estado de Unión Libre lo cual coincide con nuestra investigación.

En el mismo estudio se plantea que la principal ocupación de las pacientes sean estas adolescentes (49,3%) o adultas (51,2%) fueron los quehaceres domésticos, lo cual concuerda con nuestro estudio en el cual, también fue la principal ocupación de nuestras pacientes.

Respecto de la procedencia de las pacientes, la investigación de Aparicio señala que la mayoría de pacientes atendidas (64%) proviene del sector rural, lo cual difiere de nuestro trabajo, en el cual, en su mayoría la procedencia de nuestras pacientes fue de la zona urbana, sin embargo, sobre las pacientes procedentes de la zona rural, la mayoría correspondía a adolescentes, lo cual posiblemente guarde relación con el apego por parte de las mujeres adultas a prácticas tradicionales de la zona rural como la atención por parteras o comadronas.

El uso de hábitos tóxicos como tabaco, alcohol, drogas, influyen directa o indirectamente en el curso del embarazo, en nuestro estudio si bien la mayoría de mujeres tanto adolescentes como adultas no presentaron hábitos tóxicos cerca del 3% que presentaron estos hábitos podrían estar asociados.

Enfermedades de transmisión sexual aumentan el riesgo de la pérdida del embarazo, en nuestro estudio existió un índice muy bajo de ETS (1%).

La bibliografía consultada menciona que los principales signos y síntomas del aborto son el sangrado transvaginal y dolor abdominal, lo que concuerda con nuestro estudio.

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, más del 95% de pacientes en nuestro estudio no presentaron complicaciones, lo cual concuerda con trabajos como el de Aparicio en el cual el 90% de las pacientes no presentaron complicación alguna.

Según Milingos DS,Et Al. En su estudio "Manual vacuum aspiration: a safe alternative for the surgical management of early pregnancy loss" de agosto del 2009, La eficacia del AMEU en el manejo del aborto incompleto, fue del 94.7%;

observándose evacuación uterina incompleta solamente en el 5.3%. Lo cual sugiere el AMEU como tratamiento de elección en los casos mencionados, puesto que además evita el uso de anestesia y la necesidad de ingresar a quirófano. Esto concuerda con nuestro estudio, puesto que de 315 pacientes que presentaron aborto incompleto, 247, es decir el 78,5% fueron manejadas con AMEU en el Hospital Regional.

Según Doggrell SA. En su estudio "Misoprostol for the treatment of early pregnancy failure" de enero del 2007, el uso de Misoprostol en el manejo del aborto ha conseguido un porcentaje de expulsión del 96% administrado por vía oral, y un 84% administrado por vía vaginal; además plantea que las mujeres prefieren el Misoprostol que el tratamiento quirúrgico, y que obviamente es una alternativa más barata que la instrumental. Por lo tanto sugiere que esta opción debería convertirse en tratamiento estándar o de elección. Sin embargo esto difiere en primer término con nuestro estudio en el cual se observa que de los 392 casos de aborto ninguna recibió Misoprostol como tratamiento; y en segundo término con el trabajo del Dr. Milingos expuesto anteriormente.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

- En el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008 se presentaron 392 casos de aborto, de los cuales 305 fueron mujeres adultas lo que corresponde al 77,81%, mientras que 87 fueron adolescentes lo que corresponde a un 22,19%.
- Del total de pacientes atendidas, la mayoría tanto adultas como adolescentes procedían de la zona urbana, sin embargo de las pacientes que procedían de la zona rural, la mayoría fueron adolescentes.
- El estado civil más frecuente en las adolescentes fue la unión libre con un 49,43%. Mientras que la mayoría de mujeres adultas fueron casadas en un 49,51%.

- La mayor parte de las pacientes atendidas tanto adolescentes (64.37%) como mujeres adultas (43,93%) tenían instrucción secundaria.
- El 93,10% de adolescentes y el 94,75% de mujeres adultas no presentaron hábitos tóxicos. Sin embargo un porcentaje considerable de mujeres presentaron hábitos tóxicos principalmente tabaco y alcohol, y en menor porcentaje pero presente el consumo de drogas.
- La ocupación de la mayoría de nuestras pacientes fueron los quehaceres domésticos tanto en las adolescentes (49,43%) como para las adultas (59,02%)
- El 71,26% de adolescentes y el 77,7% de mujeres adultas no tienen factores predisponentes. Sin embargo un 16,09% de adolescentes consumió fármacos, un porcentaje mayor al de mujeres adultas que consumieron fármacos en un 9,84%. No podemos dejar de mencionar el bajo porcentaje (menos del 1%) de enfermedades de transmisión sexual como factor predisponente.
- La mayoría de las pacientes adultas tuvieron antecedentes de partos (73,77%) o abortos previos (29,51%). Las mayoría de las pacientes adolescentes por el contrario, no presentaron antecedente gineco-obstétrico alguno (54,02%) lo cual posiblemente se debe a que estos episodios de aborto se presentan en los primeros contactos sexuales de las mujeres adolescentes.
- El síntoma principal tanto en mujeres adolescentes como adultas fue el sangrado transvaginal; seguido en incidencia por dolor abdominal.
- El tratamiento más utilizado tanto en pacientes adolescentes (63,22%) como en adultas (62,95%) fue AMEU, seguido en segundo lugar por LIU, (Adolescentes: 31,03% y Adultas 33,77%)
- El 95,40% de adolescentes y el 98,36% de mujeres adultas no presentaron complicaciones. Del reducido porcentaje que presentaron complicaciones, la hemorragia, infección y perforación uterina bordean el 1 % en adolescentes y adultas, con la diferencia que no se presentaron perforaciones uterinas en las adultas.

- El tipo de aborto que se presentó con más frecuencia en las pacientes atendidas fue el incompleto (adolescentes :79,31%; adultas: 80,66%). Seguido en segundo lugar por el aborto diferido (adolescentes: 18,39%; adultas: 17,05%).
- Las pacientes adolescentes muestran un índice más elevado de no planificación del embarazo (78,16%) con respecto a las mujeres adultas (55,41%). En el reducido porcentaje de pacientes que planificaron el embarazo las adultas duplicaron en planificación a las adolescentes. Pero es importante también mencionar el porcentaje de historias clínicas que no poseían dicha información (9,20%) (21,31%) en adolescentes y adultas respectivamente.

CAPITULO VIII

8. RECOMENDACIONES

- Debido al alto índice de aborto tanto en mujeres adolescentes como en adultas se debería realizar campañas de información a la población sobre los riesgos elevados y complicaciones del aborto, así de esta manera evitar abortos provocados y acudir inmediatamente al hospital cuando presente síntomas de aborto.
- Instruir tanto adolescentes como a las mujeres adultas sobre los riesgos del uso de hábitos tóxicos y su relación con el embarazo.
- Hacer énfasis en el uso de anticonceptivos para así evitar embarazos no deseados, e incorporar la planificación del embarazo.
- Mejor realización de las historias clínicas con todos los datos puesto que si bien es un bajo porcentaje de historias clínicas que no presentaron datos sobre planificación del embarazo se debería motivar a los realizadores de historias clínicas para que todas contengan dicha información.
- Además del tratamiento clínico y/o quirúrgico incorporar psicoterapia a las mujeres que presentaron aborto.

- Prevención del aborto, detectando tempranamente las enfermedades maternas, realizando un adecuado control prenatal y preconcepcional, evitar las exposiciones a causantes de aborto.

CAPITULO IX

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARCE F, CAMPOVERDE N,. Características del Aborto en el Hospital Provincial de Macas durante el año 2005; Cuenca-Ecuador, 2005.

2. SANDOVAL O, Aborto, Rev.Hospital Dr. Sótero del Río Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: escuela.med.puc.cl/deptos/obsgin/DocenObsgin/MEC%20258/Clases2003%20/Aborto%20Espont.ppt

3. OMS, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Ginebra 2003. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

4. CHARALAMBOPOULOS J, VALENTI E, LÓPEZ D, ULENS E,. Incidencia de Aborto Incompleto antes y despues de Instaurado un Programa de Procreacion Responsable, Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2000, 19,.

[Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: Rev.Hosp.Mat.Inf.Ramón.Sardá2000.org.ar

5. JIJON A, SACOTO M, CORDOVA, A. Alto Riesgo Obstétrico; Primera Edición; Quito; Ecuaoffset;2006

6. www.inec.gov.ec

7. MOLINA, R. SANDOVAL, J. GONZALEZ, E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia, Editorial Mediterráneo, Primera Edición, Santiago – Chile. 2003

8. http://Googleacadémco/schulerhugo.tripod.com/aborto.html. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008].

9. Revista de Sexualidad, Diario HOY, . [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://www.hoy.com.ec/libro6/aborto/aborto18.htm

10. APARICIO J, AYAL J, ASCARRUZ A, CASQUERO L,. Características del Aborto en los adolescentes Hospital 2 de Mayo, Ginecología y Obstetricia Vol. 42 Nº3 Diciembre 1996 [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_42n3/aborto.htm

10. CARBONELL J, VARELA L, VELAZCO A, TANDA R, SÁNCHEZ. Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2000. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2000000100005&script=sci_arttext

11. ZARATE, A. CANALES, E. Ginecología, Editor Mendez Cervantes, Primera edición, Mexico D.F., 1982.

12. NARVAEZ, J. VEGA, B. Temas Relevantes en Ginecología y Obstetricia, Primera edición, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca; Cuenca-Ecuador, 2007.

13. ARIAS, F. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo, Tercera Edición; Madrid; Mosby Doyma, 2000.

14. WINKLER J, OLIVERAS E, MCLNTOSH N, La Atención Post aborto; Primera edición, Estados Unidos de América, JH Piego Corporation, 2000.

15. YORDI L, JHONSON S, WINKLER J, Manual sobre la Atención Post aborto, Primera Edición, Estados Unidos de América, JH Piego Corporation; 2000.

16. CARDENAS J, CELY J. Estudio Comparativo entre la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino Instrumental en el Tratamiento del Aborto en Curso, Diferido, Incompleto y Anembrionado. Hospital Vicente Corral Moscoso, 1994-1995; Cuenca-Ecuador; 1995.

17. JIMENEZ G; Tratamiento Ambulatorio Médico- Evolución Espontánea otra Opción en el Aborto Incompleto No Complicado Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Enero 2005-Agosto 2005, BIBMED, 2006. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008]; URL disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe

18. McDonald HM, O\'Loughlin JA, Vigneswaran R, Jolley PT, McDonald PJ: Bacterial vaginosis in pregnancy and efficacy of short-course oral metronidazole treatment: a randomized controlled trial Obstetrics and Gynecology 84(3):343-348, Agosto 2002[Fecha de acceso: 6 de Diciembre del 2009.

19. MAY W, GÜLMEZOGLU AM, BA-THIKE K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2.

20. **FERNÁNDEZ B, GARCÍA C,MÁRQUEZ C, FONTÁN I,** Rev. Esp. Salud Publica vol.73 n.1 Madrid Jan./Feb. 1999; [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271999000100008

21. SURÓS, J., Semiología Médica y Técnica Exploratoria, Octava edición, Editorial Salvat, Barcelona- España. 2005.

22. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Volumen 12, Número 1, Quito-Ecuador, Enero-Abril del 2005.

23. Molloy AM, Kirke PN, et al. “Effects of folate and vitamin B12 deficiencies during pregnancy on fetal, infant, and child development”. PUBMED, 2008

24. Pittschieler S, Brezinka C, et al. “Spontaneous abortion and the prophylactic effect of folic acid supplementation”. PUBMED, 2008

25. Bailey LB, Berry RJ. Folic acid supplementation and the occurrence of congenital heart defects, orofacial clefts, multiple births, and miscarriage. PUBMED, 2005

26. Instrucciones para Empleo – Misoprostol para el Tratamiento de Abortos Incompletos y Espontáneos. Reunión de expertos sobre misoprostol apoyada por Reproductive Health Technologies Project y Gynuity Health Projects. Junio 9, 2004. New York, NY. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://www.rhtp.org/news/publications/documents/Miso%20for%20Incompletes.IFU.Span.pdf

27. REINDOLLAR R, Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales; Tercera Edición, México D.F.; Editorial Interamericana; 2000.

28. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Volumen 13, Número 3, Quito-Ecuador, Septiembre-Diciembre del 2006.

29. Cfr. Dr. Jack Willke y Bárbara Willke, "Aborto, preguntas y respuestas", Ed. Bonum, Buenos Aires, 2002.

30. Thomas W. Hilgers, MD & Dennis O´Hare, "Abortion related morality; Hilgers, New perspectives in human abortion", Frederik, MD: University Publications of America, 1981, pp. 69 a 91.

31. Méndez, J. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo: Una visión latinoamericana. Editorial ASCUNE, primera edición, Buenos Aires – Argentina, 2005.

CAPITULO X

10. BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA, A., Ginecología y Obstetricia, Primera Edición, Publicaciones de Flasog, Asunción Paraguay, 1996.

2. APARICIO J, AYAL J, ASCARRUZ A, CASQUERO L,. Características del Aborto en los adolescentes Hospital 2 de Mayo, Ginecología y Obstetricia Vol. 42 Nº3 Diciembre 1996 [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_42n3/aborto.htm

3. ARCE F, CAMPOVERDE N,. Características del Aborto en el Hospital Provincial de Macas durante el año 2005; Cuenca-Ecuador, 2005.

4. ARIAS, F. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo, Tercera Edición; Madrid; Mosby Doyma, 2000

5. BECK, L. Complicaciones Intra y Post Operatorias en Ginecología, Primera Edición, Editorial Salvat, Barcelona-España, 1983.

6. CARBONELL J, VARELA L, VELAZCO A, TANDA R, SÁNCHEZ. Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2000. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2000000100005&script=sci_arttext

7. CARDENAS J, CELY J. Estudio Comparativo entre la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino Instrumental en el Tratamiento del Aborto en Curso, Diferido, Incompleto y Anembrionado. Hospital Vicente Corral Moscoso, 1994-1995; Cuenca-Ecuador; 1995.

8. CHARALAMBOPOULOS J, VALENTI E, LÓPEZ D, ULENS E,. Incidencia de Aborto Incompleto antes y despues de Instaurado un Programa de Procreacion Responsable, Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2000, 19,. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: Rev.Hosp.Mat.Inf.Ramón.Sardá2000.org.ar

9. **FERNÁNDEZ B, GARCÍA C,MÁRQUEZ C, FONTÁN I,** Rev. Esp. Salud Publica vol.73 n.1 Madrid Jan./Feb. 1999; [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271999000100008

10. http://Googleacadémco/schulerhugo.tripod.com/aborto.html. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008].

11. Instrucciones para Empleo – Misoprostol para el Tratamiento de Abortos Incompletos y Espontáneos. Reunión de expertos sobre misoprostol apoyada

por Reproductive Health Technologies Project y Gynuity Health Projects. Junio 9, 2004. New York, NY. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://www.rhtp.org/news/publications/documents/Miso%20for%20Incompletes.IFU.Span.pdf

12. JIJON A, SACOTO M, CORDOVA, A. Alto Riesgo Obstétrico; Primera Edición; Quito; Ecuaoffset;2006

13. JIMENEZ G; Tratamiento Ambulatorio Médico- Evolución Espontánea otra Opción en el Aborto Incompleto No Complicado Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Enero 2005-Agosto 2005, BIBMED, 2006. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008]; URL disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe

14. MAY W, GÜLMEZOGLU AM, BA-THIKE K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2.

15. NARVAEZ, J. VEGA, B. Temas Relevantes en Ginecología y Obstetricia, Primera edición, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca; Cuenca-Ecuador, 2007.

16. OMS, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Ginebra 2003. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

17. ORTIZ, J. Como Elaborar una Tesis de Postgrado, Offset de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador, 2002.

18. ORTIZ, J,. Trabajos de Investigación, Editora del Austro, Cuenca-Ecuador, 2008.

19. PARREÑO, J. Perinatología y Embarazo de Alto Riesgo, Primera Edición, Imprenta Municipal, Quito-Ecuador, 1996.

20. REINDOLLAR R, Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales; Tercera Edición, México D.F.; Editorial Interamericana; 2000.

21. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Volumen 12, Número 1, Quito-Ecuador, Enero-Abril del 2005.

22. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Volumen 13, Número 3, Quito-Ecuador, Septiembre-Diciembre del 2006.

23. Revista de Sexualidad, Diario HOY, . [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: http://www.hoy.com.ec/libro6/aborto/aborto18.htm

24. RODRIGUEZ, O., Libro de Texto de Flasog, Editorial Ateproca, Caracas-Venezuela, 1996.

25. SANDOVAL O, Aborto, Rev.Hospital Dr. Sótero del Río Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: escuela.med.puc.cl/deptos/obsgin/DocenObsgin/MEC%20258/Clases2003%20/Aborto%20Espont.ppt

26. SURÓS, J., Semiología Médica y Técnica Exploratoria, Octava edición , Editorial Salvat, Barcelona- España. 2005.

27. WINKLER J, OLIVERAS E, MCLNTOSH N, La Atención Post aborto; Primera edición, Estados Unidos de América, JH Piego Corporation, 2000.

28. WREN, B., LOBO, R. Manual de Obstetricia y Ginecología, Tercera Edición, Editora Interamericana, México D.F., 1991.

29. www.inec.gov.ec

30. YORDI L, JHONSON S, WINKLER J, Manual sobre la Atención Post aborto, Primera Edición, Estados Unidos de América, JH Piego Corporation; 2000.

31. ZARATE, A. CANALES, E. Ginecología, Editor Mendez Cervantes, Primera edición, México D.F., 1982.

CAPITULO XI

11. ANEXOS

ANEXO # 1

DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES				
VARIABLE	**DEFINICION**	**DIMENSION**	**INDICADOR**	**ESCALA**
Frecuencia de Abortos	Repetición mayor o menor de un acto o de un suceso.	Biológico y social.	El número de abortos que se presentaron.	Numérica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Adolescentes	Persona en un rango de edad	10 – 19

		Adultas	de 10 a 19 años. Persona en rango de edad de 20 o más años.	20 o +
Residencia	Establecimiento público o localidad donde se alojan viajeros o huéspedes estables.	Social	Lugar donde reside la paciente.	Urbana Rural
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco.	Social	Estado civil de la paciente.	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
Instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos.	Social	Nivel de instrucción de la paciente.	Primaria Secundaria Superior Analfabeta
Hábitos	Modo especial de proceder adquirido por la repetición de actos iguales originados con tendencia instintiva.		Indica los hábitos que interfieren con el curso del embarazo o influyen en el aborto.	Alcohol Tabaco Drogas Sin hábitos Otros.
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio, que impide emplear el tiempo en otra cosa.		Indica el ámbito laboral su relación con la patología.	Cualitativa
Factores	Elementos o concausas capaces de aumentar la		Indica los	HIV

predisponentes de aborto	posibilidad de un aborto.		factores predisponentes en el aborto.	ETS Fármacos Otros
Gestas	Acción y efecto de gestar o gestarse	Cero 1 o más	Indica q no a tenido gestas. Indica que a tenido 1 o más gestas.	0 1 o más
Abortos Previos	Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas previas a la actual.		El número de abortos previo al actual.	0 1 o más.
Signos y Síntomas	Fenómenos objetivos o subjetivos que representan un suceso fisiológico.	Biológico	Indica las manifestaciones que se producen durante un aborto.	Sangrado vaginal Dolor abdominal Otros
Tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.	Biológico y social.	Indica el tipo de tratamiento por: Aspiración manual endouterina, por legrado instrumental quirúrgico, clíinico con	AMEU Legrado Misoprostol Otros

			misoprostol y otros.	
Complicaciones	Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas		Los tipos de complicaciones que se presentan, y el que se presenta con mayor frecuencia.	Hemorragia Infección Perforación del útero No presenta complicaciones Otros
Tipos de aborto	Responde a la clasificación del aborto descrita en el marco teórico.	Biológico y social	Indica la clase de aborto que se presenta.	Provocado Espontaneo Completo Incompleto Inevitable Diferido
Planificación del embarazo	Conjunto de prácticas utilizadas por potenciales progenitores orientadas al control de la reproducción.	Social	Indica si el embarazo fue deseado o no.	Planificado No deseado No refiere

ANEXO # 2

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ABORTO ENTRE MUJERES ADULTAS Y ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – ECUADOR. 2007 – 2008

OBJETIVO: Comparar las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes.

Formulario #..... Fecha:……

UNIVERSIDAD DE CUENCA
N° HC……

Edad: 10 – 19 años ☐
20 años o + ☐

Residencia: Urbana ☐
Rural ☐

Estado civil: Soltera ☐
Casada ☐
Viuda ☐
Divorciada ☐
Unión libre ☐

Instrucción: Primaria ☐
Secundaria ☐
Superior ☐
Analfabeta ☐

Hábitos: Alcohol ☐
Tabaco ☐
Drogas ☐
Sin hábitos ☐
Otros ☐……..

Ocupación: .....

Factores Predisponentes:
☐ HIV
☐ ETS……
☐ Fármacos……
☐ Otros:……
☐ No refiere…….

Antecedentes Obstétricos:
☐ Abortos previos
☐ Gestas previas
☐ Otros:……
☐ No refiere……

Signos y Síntomas:
☐ Sangrado vaginal
☐ Dolor Abdominal
☐ Otros……

Tratamiento:
☐ AMEU
☐ Legrado
☐ Misoprostol
☐ Otros

Complicaciones:
☐ Hemorragia
☐ Infección
☐ Perforación del útero
☐ No presenta complicaciones

☐ Otros……

Tipo de aborto: Provocado ☐
Espontaneo ☐
Completo ☐
Incompleto ☐
☐

Inevitable

EDAD	Numero	%

☐

Diferido

Embarazo fue: ☐ Planificado
☐ No deseado
☐ No refiere

Observaciones……...

……..

Responsables: Patricio Narváez B.

Andrés Neira P.

ANEXO # 3

TABLA Nº1

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD. 2008

10 - 19 Adolescentes	87	22,19
20 o mas Adultas	305	77,81
Total	392	100

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores.

TABLA Nº2

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y RESIDENCIA. 2008

RESIDENCIA	Adolescentes	%	Adultas	%
Urbana	57	65,52	214	70,16
Rural	30	34,48	91	29,84
Total	87	100	305	100

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 3

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL. 2008

ESTADO CIVIL	Adolescentes	%	Adultas	%
Casada	16	18,39	151	49,51
Unión Libre	43	49,43	84	27,54
Soltera	28	32,18	61	20,00
Divorciada	0	0,00	6	1,97
Viuda	0	0,00	3	0,98
Total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº4

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD E INSTRUCCIÓN. 2008

INSTRUCCIÓN	Adolescentes	%	Adultas	%
Secundaria	56	64,37	134	43,93
Primaria	29	33,33	131	42,95
Analfabeta	2	2,30	6	1,97
Superior	0	0,00	34	11,15
Total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 5

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y HABITOS. 2008

HABITOS	Adolescentes	%	Adultas	%
Sin Hábitos	81	93,10	289	94,75
Tabaco	3	3,45	10	3,28
Alcohol	3	3,45	9	2,95
Drogas	1	1,15	1	0,33
Otros	0	0,00	0	0,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 6

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y OCUPACIÓN. 2008

OCUPACION	Adolescentes	%	Adultas	%
QQDD	43	49,43	180	59,02
Estudiante	20	22,99	24	7,87
empleada privada	5	5,75	27	8,85
empleada domestica	6	6,90	19	6,23
comerciante	1	1,15	18	5,90
otros	9	10,34	34	11,15
ninguna	3	3,45	3	0,98
total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº7

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y FACTORES PREDISPONENTES. 2008

FACTORES PREDISPONENTES	Adolescentes	%	Adultas	%
No tiene	62	71,26	237	77,70
fármacos	14	16,09	30	9,84
otros	5	5,75	27	8,85
Exposición a tóxicos o radiaciones	2	2,30	10	3,28
HIV/ETS	0	0,00	2	0,66

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 8

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. 2008

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Adolescentes	%	Adultas	%
Partos o cesáreas previas	25	28,74	225	73,77
Abortos previos	14	16,09	90	29,51
otros	9	10,34	35	11,48
no tiene	47	54,02	52	17,05

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº9

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y SIGNOS Y SINTOMAS. 2008

SIGNOS Y SINTOMAS	Adolescentes	%	Adultas	%
Sangrado transvaginal	80	91,95	267	87,54
Dolor Abdominal	60	68,97	170	55,74
Otros	9	10,34	69	22,62
Asintomáticas	3	3,45	6	1,97

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 10

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y TRATAMIENTO RECIBIDO. 2008

TRATAMIENTO	Adolescentes	%	Adultas	%
AMEU	55	63,22	192	62,95
LEGRADO	27	31,03	103	33,77
ALTA SOLICITADA sin tto	2	2,30	7	2,30
OTROS	3	3,45	2	0,66
MISOPROSTOL	0	0,00	1	0,33
total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº11

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y COMPLICACIONES. 2008

COMPLICACIONES	Adolescentes	%	Adultas	%
no presenta complicaciones	83	95,40	300	98,36
Hemorragia	1	1,15	3	0,98
infección	1	1,15	2	0,66
Perforación del utero	1	1,15	0	0,00
otras	1	1,15	0	0,00
total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 12 A

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y TIPO DE ABORTO. 2008

TIPO DE ABORTO	Adolescentes	%	Adultas	%
Espontáneo	86	98,85	302	99,02
Provocado	1	1,15	3	0,98
Total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº 12 B

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ESPONTÁNEOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y TIPO DE ABORTO. 2008

TIPO DE ABORTO	Adolescentes	%	Adultas	%
Incompleto	68	79,07	238	78,81
Diferido	16	18,60	52	17,22
Inevitable	1	1,16	3	0,99
Séptico	0	0,00	8	2,65
Completo	1	1,16	1	0,33
Total	86	100,00	302	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores

TABLA Nº13

DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN EDAD Y PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO. 2008

PLANIFICACION	Adolescentes	%	Adultas	%
No Planificado	68	78,16	169	55,41
Planificado	11	12,64	71	23,28
No refiere	8	9,20	65	21,31
total	87	100,00	305	100,00

Fuente: Datos del Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Elaborado por: Los Autores