

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE
PACIENTES CON ABORTO**

JORGE LUIS CHINCHILLA RODRIGUEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Julio 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Doctor(a): Jorge Luis Chinchilla Rodríguez

Carné Universitario No.: 100023150

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ABORTO**.

Que fue asesorado: Dra. Marisol Fuentes de Pineda

Y revisado por: Dra. Marisol Fuentes de Pineda

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2016.

Guatemala, 28 de junio de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc
Director
Escuela de Estudios de Postgrado *


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Cuilapa, Santa Rosa, 28 de Abril 2016

Dr. Miguel Ángel García
Coordinador Específico de Programas de Postgrados
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Regional de Cuilapa
Presente

Estimado Dr. García

Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido **ASESOR** del trabajo de tesis:

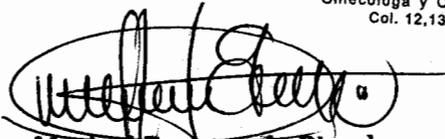
**"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON ABORTO EN HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA 2013"**

Realizado por el estudiante **JORGE LUIS CHINCHILLA RODRIGUEZ**, de la Maestría en Ciencias Medicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. A. Marisol Fuentes G
Ginecóloga y Obstetra
Col. 12,135



Dra. Marisol Fuentes de Pineda
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa
ASESOR

Cuilapa, Santa Rosa, 28 de Abril 2016

Dr. Miguel Ángel García
Coordinador Específico de Programas de Postgrados
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Regional de Cuilapa
Presente

Estimado Dr. García

Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido **REVISOR** del trabajo de tesis:

**"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON ABORTO EN HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA 2013"**

Realizado por el estudiante **JORGE LUIS CHINCHILLA RODRIGUEZ**, de la Maestría en Ciencias Medicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dra. Marisol Fuentes de Pineda
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa
REVISOR

Dra. A. Marisol Fuentes de Pineda
Ginecóloga y Obstetra
Col. 12.135

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CUADROS.....	i
INDICE DE GRAFICAS.....	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCION.....	pág. 1
II. ANTECEDENTES.....	pág. 3
III. OBJETIVOS.....	pág. 13
IV. MATERIAL Y METODOS.....	pág. 14
4.1 Conceptualización y operacionabilidad de variables.....	pág. 15
4.2 Técnicas de recolección de Datos.....	pág. 16
V. RESULTADOS.....	pág. 17
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	pág. 26
6.1 CONCLUSIONES.....	pág. 28
6.2 RECOMENDACIONES.....	pág. 29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	pág. 30
VIII. ANEXOS.....	pág. 33

INDICE DE GRAFICAS

Grafica no. 1	pág. 17
Grafica no. 2	pág. 18
Grafica no. 3	pág. 18
Grafica no. 4	pág. 19
Grafica no. 5	pág. 20
Grafica no. 6	pág. 21
Grafica no. 7	pág. 22
Grafica no. 8	pág. 23
Grafica no. 9	pág. 24

GRAFICA DE TABLAS

Tabla no. 1	pág. 15
Tabla no. 2	pág. 17
Tabla no. 3	pág. 19
Tabla no. 4	pág. 20
Tabla no. 5	pág. 21
Tabla no. 6	pág. 22
Tabla no. 7	pág. 23
Tabla no. 8	pág. 24
Tabla no. 9	pág. 25

RESUMEN

Según la CEPAL (comisión económica para América latina y el Caribe) 2011 Guatemala se encuentra en el quinto lugar de países de América latina y el Caribe con alto nivel de muertes maternas con una razón de mortalidad materna de 110. Las 4 causas principales son causas directas como hemorragia, trastornos hipertensión, infecciones y abortos. Un aborto es la pérdida de un embarazo antes de la viabilidad fetal, durante el año 2013 fueron tratadas 617 con diagnóstico de aborto en el hospital regional de Cuilapa. Se conocen factores socioeconómicos así como obstétricos que guardan relación con la incidencia de abortos. Sin embargo no se cuenta con esta información en el departamento de santa rosa. En el estudio se investigan dichos factores a través de entrevistas a las pacientes, hojas de atención de aborto y expediente clínico. Determinando que de la población comprendida entre las edad de 21 a 30 años son un 48% de las pacientes que fueron atendidas por aborto, también respecto a educación las pacientes con primaria incompleta constituyen 71% de dichos casos. Entre el estado civil soltera y unida constituyen el 85% de la población. En factor obstétrico ser Primigesta y Secundigesta presento 57% de los abortos. Por lo que se necesitan cambios socioeconómicos y obstétricos para disminuir los riesgos para presentar aborto. Uno de los más importantes la planificación familiar y el inicio de relaciones sexuales, ya que 75% de las pacientes que abortaron iniciaron relaciones antes de los 20 años.

I INTRODUCCION

A nivel mundial, aproximadamente una cuarta parte de los casi 180 millones de embarazos que se sabe que ocurren anualmente, se resuelven por medio de un aborto inducido. En 2005, se estima que ocurrieron unos 46 millones abortos, pero debido a la incertidumbre de los datos, esta cifra podría variar entre 42 millones y 50 millones. Aproximadamente 35 de cada 1.000 mujeres de 15-44 años tienen un aborto anualmente. (1).

En países desarrollados, el aborto es la principal causa de mortalidad materna, en países en desarrollo contribuye con un alto porcentaje de muertes maternas. (1).

Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países en desarrollo, en Guatemala el aborto es la cuarta causa de muertes maternas, según análisis elaborado por el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva. (3)

Una frecuencia cada vez mayor de abortos inducidos, en Guatemala se lleva a cabo anualmente aproximadamente 65 mil abortos inducidos, muchos de los cuales provocan hemorragias severas en las féminas que se los practican, las cuales terminan con su vida. (3).

En el sistema hospitalario se atienden hasta 16 mil abortos, hecho que no constituye una esperanza para las mujeres que llegan a recibir atención, ya que el 28 por ciento de las muertes maternas en el país, se dan bajo cuidados médicos profesionales, mientras que el 60 por ciento de los alumbramientos en los que muere la madre, fueron atendidos por comadronas. (3). Se han determinado factores de riesgo para aborto dentro de estos: la edad, antecedente de abortos previos, antecedente de cesárea previa que cada vez va más en aumento, entre otros.

En el presente trabajo se investigo los factores de riesgo asociados a aborto y perfil clínico y epidemiológico de las pacientes que acudieron al hospital de Cuilapa en el año 2013.

El termino aborto denota la terminación del embarazo, en forma espontánea o provocada, antes de que el feto tenga la capacidad para sobrevivir. En lo que refiere al tiempo y el peso se define como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o cuando el producto pesa menos de 500 gramos.

Y el aborto espontáneo, es el que se presenta de manera natural, este no se provoca.

II ANTECEDENTES

El aborto en Guatemala es una práctica penalizada por la ley, salvo en caso de que esté en peligro la vida de la madre. Sin embargo, cada año, cerca de 65 mil mujeres de entre 15 y 49 años deciden interrumpir sus embarazos de manera clandestina, poniendo en riesgo su salud y su vida. Una legislación altamente restrictiva y las severas condenas por parte de las autoridades religiosas y políticas, tienen como consecuencia la estigmatización del aborto. Además, tal y como recoge el estudio del Instituto Guttmacher, “todo aborto, espontáneo o provocado, tiene sanción social y familiar pero es, desde luego, más punible el aborto provocado”. Por ello, las guatemaltecas optan por métodos que se llevan a cabo en secreto, en condiciones inseguras y con frecuencia por personal no capacitado.

La clandestinidad del aborto y, por ende, la falta de registros oficiales sobre la morbilidad y mortalidad por interrupción del embarazo, muestran como el aborto inducido representa un grave problema de salud en el país.

De hecho, el aborto constituye una de las principales causas de mortalidad materna en Guatemala. La interrupción del embarazo de forma insegura puede resultar en complicaciones que necesiten atención médica y hospitalizaciones. Pese a la gravedad de los casos, no todas las mujeres que sufren problemas durante la intervención reciben tratamiento médico o lo hacen demasiado tarde. Guatemala tiene una de las tasas más altas de fecundidad de América Latina y la más alta de Centroamérica. Según el estudio del Instituto Guttmacher, el tamaño promedio de una familia en la región centroamericana es de 2,9 hijos por mujer, mientras que en Guatemala es de 4,4 hijos.

En el caso de la población indígena, el tamaño de familia es más del doble del centroamericano y supera en dos hijos al promedio nacional. Sin embargo, en la actualidad, cada vez son más las mujeres que desean tener

familias menos numerosas. Debido a ello, es probable que el número de abortos aumente si paralelamente no se da un incremento significativo en el uso de anticonceptivos efectivos.

Es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión del producto de la concepción antes de que alcance su viabilidad. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales. Por convención se considera no viable a un feto que pesa menos de 500 grs o de una edad gestacional menor a 22 ó 20 semanas de amenorrea según distintas fuentes.

En el servicio de emergencia de ginecoobstetricia, la presentación clínica estará determinada por la presencia de sangrado genital, y los estudios finales señalarían:

1. Expulsión del huevo con embrión vivo, muerto o como huevo anembrionado.
2. Detección de un embrión muerto o ausente, o restos ovulares y placentarios que nos sugieran un aborto incompleto.

Proceso reproductivo humano

El proceso reproductivo humano aparece a simple vista como altamente ineficiente. En parejas sanas que buscan embarazarse, la tasa de concepción por ciclo es de 25% en los tres primeros ciclos, disminuyendo significativamente en los ciclos siguientes. Luego de la concepción existen pérdidas en el período pre-implantacional, post-implantacional (embarazo bioquímico), y en los períodos embriogénico y fetal (aborto clínicamente reconocido), lo que en conjunto representa, para algunos, una tasa de aborto de hasta un 48%. Dado que cerca del 70% de los abortos espontáneos obedecen a aberraciones genéticas, se puede entender este delicado proceso reproductivo como un mecanismo de selección natural. En la actualidad, no contamos, sin embargo, con una metodología satisfactoria, ni con resultados concordantes al interior de una misma

metodología, que nos permitan tener una estimación cuantitativa confiable acerca de la ocurrencia porcentual de abortos precoces o subclínicos, en una población representativa de la mujer normal.

Factores de riesgo

Los factores más importantes asociados al aborto espontáneo:

- Multiparidad
- Edad materna y paterna avanzada
- Abortos y embarazos previos
- Tabaquismo y alcoholismo
- Anticonceptivos orales
- Embarazo con DIU
- Antecedente de aborto inducido
- Patología materna (DM, Patologías infecciosas)

Clasificación

Existen diversas clasificaciones atendiendo a su origen, a su dinámica, la edad gestacional en que sucede y la morbilidad asociada, y todas son complementarias entre sí. Por lo tanto tenemos que:

- Según origen: Espontáneo y el Inducido o provocado.

Espontáneo, cuando se produce por causas patológicas dependientes del cigoto o de la madre.

Inducido: Interrupciones intencionalmente provocadas, por razones múltiples, pero no dependientes de causas naturales.

- Según edad gestacional:
 - Embrionarios: (menor a 8 semanas)

- Fetal temprano (8 a 12 semanas)
- Fetal Tardío (mayor a 12 semanas)

- Según Morbilidad: No complicado y el infectado o Séptico.
- Según su evolución:
 - Amenaza de Aborto.
 - Aborto en Curso: Inevitable y el Inminente.
 - Aborto Incompleto.
 - Aborto Completo.
 - Aborto Retenido.

Clínica y diagnóstico

El manejo adecuado depende de un buen diagnóstico en relación con la dinámica o estadio evolutivo en que éste se encuentre. Para establecer esto, nos basamos en la clínica y en la ecografía. La mayoría de situaciones en nuestro departamento se basan en el examen físico y la clínica, ya que la mayoría de veces las pacientes no se realizan ultrasonido o no saben que están embarazadas.

Según síntomas y signos que se presenten al momento de evaluar una paciente, complementados con los hallazgos, se cataloga como:

- Amenaza de aborto
- Aborto en Curso: a) Inminente b) Inevitable.
- Aborto completo
- Aborto incompleto
- Aborto retenido
- Aborto séptico
- Aborto habitual

I. Amenaza de aborto:

Presencia de metrorragia de cuantía variable que puede estar o no acompañada de dolor cólico en hipogástrico, irradiado o no a región lumbar, en una gestación

potencialmente viable; sin eliminación de tejido ovular o fetal ni pérdida de líquido amniótico. Tanto el dolor como el sangrado característicamente son de intensidad leve.

• **Incidencia:**

De cada 5 mujeres embarazadas, 1 a 2 presentará sangrado genital en la primera mitad del embarazo. De éstas, la mitad tendrá una pérdida reproductiva. Al momento de presentación es posible verificar si se trata de una gestación potencialmente viable (amenaza de aborto), ó de una gestación no viable (huevo anembrionado o muerte embriofetal), en que el aborto (expulsión de feto y/o placenta) aún no se ha consumado, lo que plantea estrategias de manejo obviamente diferentes.

• **Diagnóstico:**

Sangrado genital habitualmente escaso, café o rojo, con o sin dolor cólico en hipogastrio. No hay historia de eliminación de tejido ovular o fetal ni de pérdida de líquido amniótico. Síntomas presuntivos de embarazo pueden o no estar presentes.

Al examen físico se realizará pensando en confirmar que el sangrado depende de una gestación eutócica, y no secundario a un embarazo ectópico, a una ETG, ni de causas genitales no obstétricas. Lo normal es encontrar una paciente en buenas condiciones generales, afebril, con una exploración abdominal sin hallazgos significativos. A la especulo copia se observa sangre que escurre a través del cérvix uterino, o huellas de sangrado anterior acumulado en vagina, que se confirma ser origina en útero. Al examen pélvico bimanual se constata un cuello uterino con el orificio cervical interno cerrado y un útero globuloso, aumentado de tamaño acorde con la amenorrea, sensibilidad uterina escasa o ausente, los fondos de saco vaginales son elásticos e indoloros y no se percibe sensibilidad ni empastamientos ni masas anexiales. La prueba de embarazo cualitativa es positiva, y la Ecografía confirma una gestación eutócica, con producto viable, y la

presencia o no de imágenes que sugieren la presencia de hematomas retroplacentarios que corresponden desprendimientos coriodeciduales responsables del cuadro clínico.

II. Aborto en Curso. Inminente.

En este cuadro existe un aumento en la intensidad de los dolores y del sangrado, con modificaciones cervicales.

El dolor es tipo cólico de intensidad mayor muy semejante y usualmente descrito por la paciente como “tipo parto”, y que no cede al reposo y muy poco a medicación analgésica. El sangrado es rojo, en moderada cantidad, con presencias de coágulos, que a la especulo copia se comprueba de origen uterino.

Al tacto genital hay modificaciones cervicales, cuello central y el orificio cervical externo dilatado de manera variable, pero el interno está cerrado; Los fondos de sacos se percibirán amplios y el útero se percibe poco reblandecido y con actividad (contraído). No se alcanza ni a visualizar membranas, ni a palpar embrión o feto a través del cuello.

Aborto inevitable:

Se establece en pacientes con aumento del dolor y del sangrado genital y que presentan, al examen, un orificio cervical interno dilatado, a través del cual se alcanzan a palpar membranas ovulares u partes del embrión o feto.

Convencionalmente, en este cuadro se incluye el accidente ovular en el cual ocurre la ruptura de membranas ovulares antes de las 20 semanas con feto vivo, en ausencia de dolor y de sangrado.

A la especulo copia es evidente la metrorragia, hay coágulos en cantidad variable en el conducto vaginal, se observa el cérvix dilatado y a su través las membranas ovulares (protruidas o no). El signo Tarnier es positivo, en los casos de ruptura de membranas.

Al tacto genital, los fondos de sacos abombados, sobre todo el anterior por la formación del canal cervico-segmentario y los orificios cervicales –ambos- están dilatados, frecuentemente palpando partes del contenido uvular.

III. Aborto completo:

Corresponde a la eliminación total de los restos ovulares en estadios gestacionales incipientes. En el examen clínico, al tacto bimanual, podemos encontrar el cuello dilatado y un cuerpo disminuido de tamaño. En la ecografía no se evidencia material residual ovular o fetal. Como consecuencia del proceso se produce retracción uterina y cierre de los vasos del lecho placentario, por lo tanto, la conducta será sólo observar a la paciente en el tiempo.

IV. Aborto incompleto:

La tríada clínica característica es metrorragia, dolor cólico hipogástrico y presencia de restos ovulares a la especulo copia. Al examen ginecológico se detecta un cuello dilatado (orificio cervical interno) y un útero algo aumentado de tamaño (menor al esperable para la edad gestacional), aplanado en sentido antero posterior.

V. Aborto Retenido

Clásicamente se define como la muerte embrionaria o fetal y la retención de los productos de la concepción. El diagnóstico se sospecha ante la regresión de signos y síntomas de embarazo (silencio hormonal), la falta de progresión de la altura uterina, y desaparición de latidos cardio-fetales. La Ultrasonografía confirma el diagnóstico.

VI. Aborto Séptico

Anteriormente la mayoría de los casos eran secundarios a un aborto provocado realizado en forma clandestina, y si bien es cierto que aún estos casos se presentan, no son los más frecuentes.

- **Diagnóstico:** se basa en fiebre mayor a 38 C en presencia de aborto en cualquiera de sus fases evolutivas (en ausencia de otro foco clínico de infección). En el examen físico, dependiendo del momento de la evolución y de la gravedad del cuadro, puede detectarse flujo vaginal de mal olor, dolor pelviano y abdominal con o sin irritación peritoneal, movilización dolorosa del cérvix, sensibilidad uterina y anexial. La presencia de laceraciones, pinzamientos o trauma del cérvix o en el fondo de saco vaginal orienta a maniobras abortivas instrumentadas.

VII. Aborto habitual o recurrente:

Se define como la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivo. Puede ser un evento primario secundario. En los primarios sólo han ocurrido abortos, en cambio, en los secundarios ha existido al menos 1 embarazo previo. Su frecuencia se estima entre un 0,1 a 0,2% de todos los embarazos clínicos.

Causas: Entre las causas determinantes del aborto habitual se incluyen: anomalías uterinas (miomas, sinequias, alteraciones del desarrollo uterino), insuficiencia lútea, hipotiroidismo, incompetencia del cuello uterino, anomalías cromosómicas y síndrome antifosfolípidos).

CODIGO PENAL DE GUATEMALA

Capítulo III. Del Aborto

Art. 133. (Concepto) Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Art. 134. (Aborto procurado) La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años.

Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

Art. 135. (Aborto con o sin consentimiento) Quien, de propósito causare un aborto, será sancionado: 1o. Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere, 2o. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

Art. 136. (Aborto calificado) Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.

Art. 137. (Aborto terapéutico) No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

Art. 138. (Aborto; preterintencional) Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

Art. 139. (Tentativa y aborto culposo) La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes.

El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.

Art. 140. (Agravación específica) El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en

el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

Iguals sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo socioeconómicos, demográficos asociados al aborto espontáneo en pacientes que se presentan en el hospital nacional de Cuilapa de enero a diciembre de 2013

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Definir la incidencia de aborto espontáneo
- 3.2.2 Determinar los factores de riesgo socioeconómicos asociados a aborto
- 3.2.3 Identificar factores gineco-obstétricos asociados a aborto de las pacientes
- 3.2.4 Describir las complicaciones más frecuentes con aborto espontáneo

IV MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio

Es descriptivo con el cual se pretendió identificar factores de riesgo que se asocian a aborto en el hospital regional de Cuilapa, con el fin de obtener conclusiones generales construidas por medio de los resultados de la recolección de datos de la hoja de instrumento y recolección de información de los expedientes médicos realizando así la medición de las variables.

4.2 Población

Universo: pacientes diagnosticadas con aborto y contemplado en criterios de inclusión y exclusión.

4.3 Delimitación del problema

La investigación objeto de estudio abarco las fechas comprendidas del mes de enero a diciembre de 2013.

Para la investigación se tomo en cuenta paciente ingresado en el Hospital Regional de Cuilapa.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyen los casos diagnosticados de aborto tanto espontáneo que sean referidos y no referidos, así como pacientes que sean o no manipulados, que se ingresaron al Hospital Regional de Cuilapa durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2013.

Se excluyen expedientes clínicos que no se encuentren completos y pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto.

Conceptualización y operación de variables

Tabla 1 conceptualización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Incidencia	Número de casos en lugar y tiempo definido	# nacidos vivos	Ordinal	Tasa
Características generales	<p>EDAD: tiempo transcurrido desde el nacimiento.</p> <p>ESCOLARIDAD: duración de estudios en centro docente.</p> <p>ANALFABETA: persona que no sabe leer ni escribir.</p> <p>OCUPACION: empleo o tarea que se realiza.</p> <p>ESTADO CIVIL: condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.</p>	<p>Se tomo la edad que aparezca en la historia clínica.</p> <p>El número de años de estudio completados.</p> <p>Se tomara el dato que aparezca en la historia.</p> <p>Se tomara la ocupación que aparezca en la historia.</p> <p>Se tomara el estado civil que aparezca en la historia.</p>	<p>Ordinal</p> <p>ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Años.</p> <p>Años de estudio.</p> <p>Si o no.</p> <p>Empleada doméstica.</p> <p>Soltera, casada, unida, viuda, divorciada.</p>
Características obstétricas	<p>GESTAS: número total de embarazos.</p> <p>PARTOS: finalización de un embarazo por vía vaginal o abdominal con un producto viable.</p> <p>Abortos Previos: expulsión del producto de la concepción antes de 20 semanas.</p> <p>NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: total de personas con las que haya tenido relaciones sexuales.</p> <p>COITARQUIA: edad de inicio de relaciones sexuales.</p>	<p>Se tomo el número de gestas que aparezca en la historia.</p> <p>Se tomara el número de partos que aparezca en la historia, tanto vaginal como abdominal.</p> <p>El número de abortos que aparezca en la historia.</p> <p>El número de parejas que aparezca en la historia clínica.</p> <p>La edad que aparece en la papeleta.</p>	<p>Ordinal</p> <p>ordinal</p> <p>ordinal</p> <p>ordinal</p> <p>Ordinal.</p> <p>Intervalo.</p>	<p>Número de gestas.</p> <p>Número de partos: vaginal o cesáreas.</p> <p>1, 2, 3 o más.</p> <p>1, 2, 3 o más.</p> <p>10-15, 15-20, 20-25, 25-30 o >30.</p>
Tipo de aborto	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto completo o incompleto, aborto retenido y recurrente.	Se tomo el diagnostico de aborto con el cual la paciente egreso del hospital.	Nominal	Falla temprana Incompleto Completo Frustrado Inminente Inevitable séptico
Complicaciones	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural o en el intento por resolverla.	Se tomo las que aparezcan en la historia clínica. Se compararan entre aborto inducido y espontáneo.	Nominal.	Rasgaduras, perforaciones, infecciosas, defunciones.

Técnicas de recolección de datos

Hoja de atención post-aborto

Hoja de atención post aborto, es un instrumento implementado por el ministerio de salud en todas las pacientes con sospecha de aborto, en ella se determina la resolución del mismo y la fecha de egreso.

Ficha clínica

El expediente que se realiza a toda paciente que es ingresada al hospital regional de Cuilapa.

Hoja de recolección de datos.

Instrumento utilizado para recolección de información para esta investigación. Constando de 11 preguntas en el cual se incluyo datos generales y antecedentes obstétricos.

Ver anexo

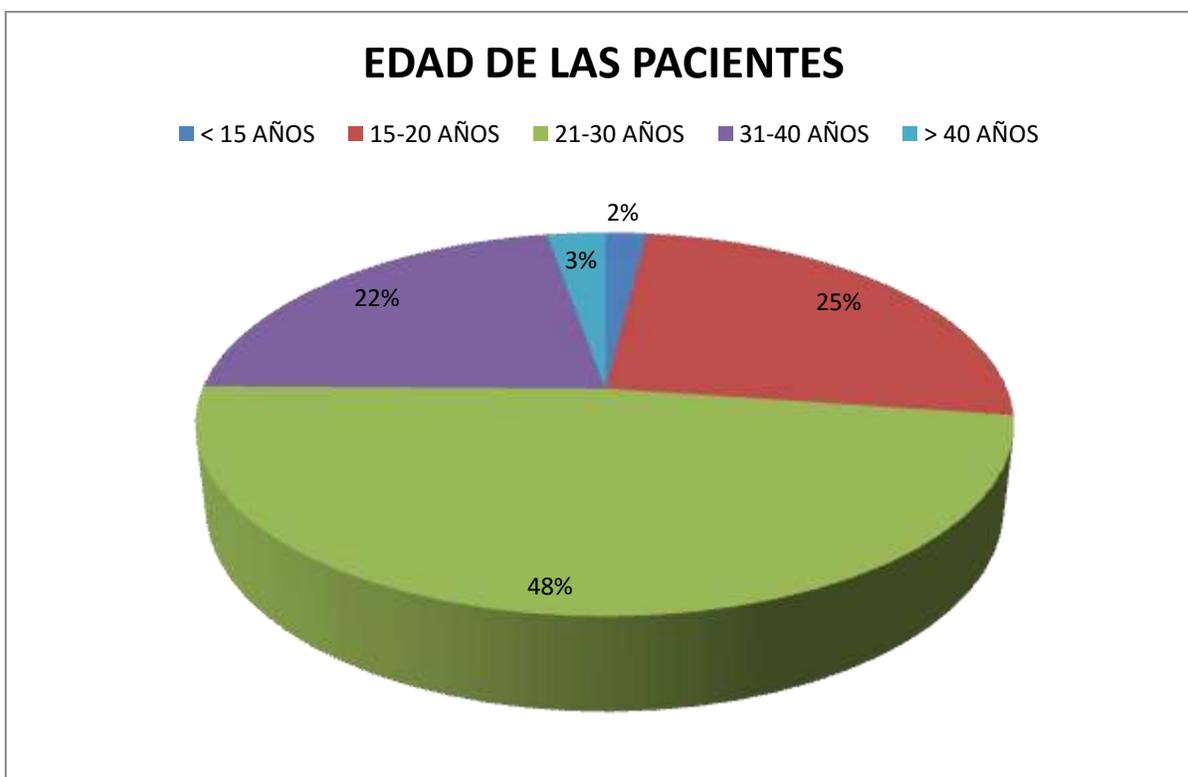
V RESULTADOS

EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Tabla no. 2

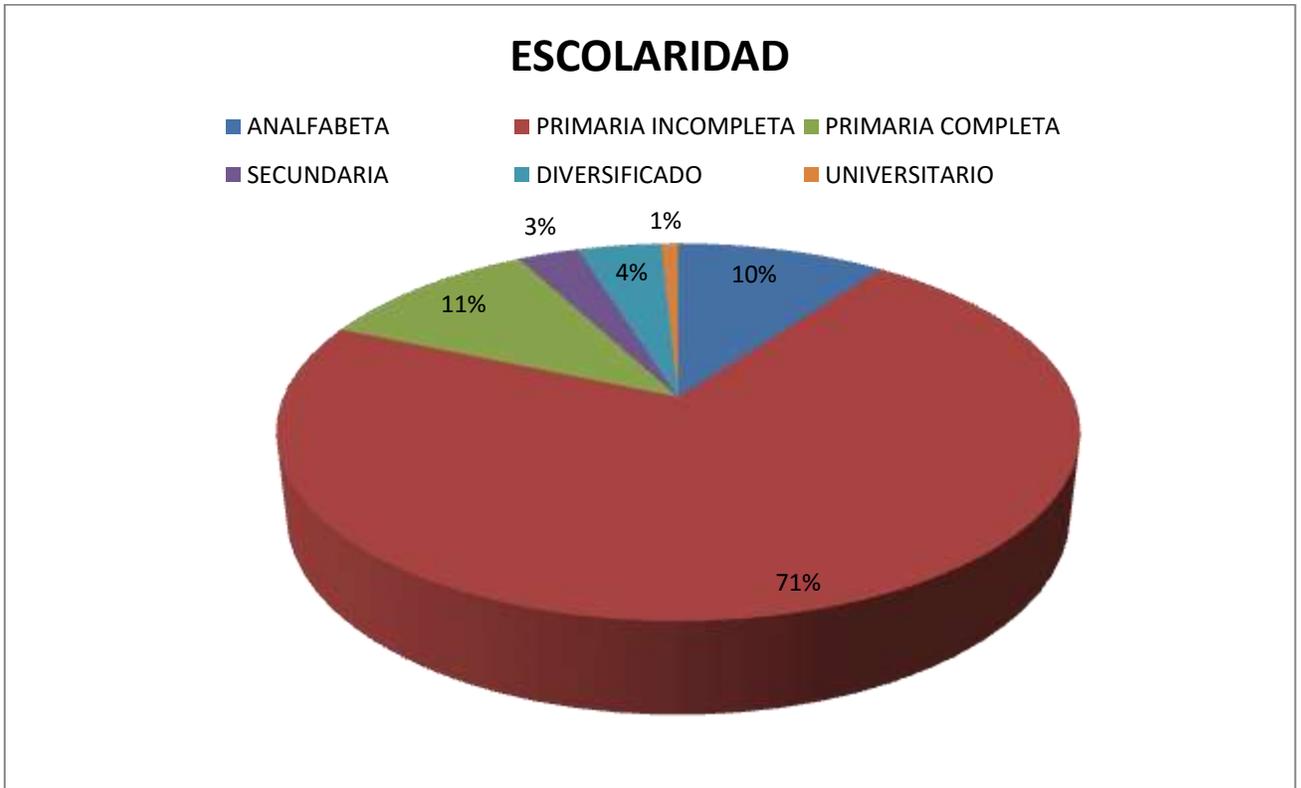
EDAD DE PACIENTES		PORCENTAJE
< 15 AÑOS	12	2%
15-20 AÑOS	156	25%
21-30 AÑOS	296	48%
31-40 AÑOS	136	22%
> 40 AÑOS	17	3%
TOTAL	617	100%

Grafica No. 1 edad de las pacientes



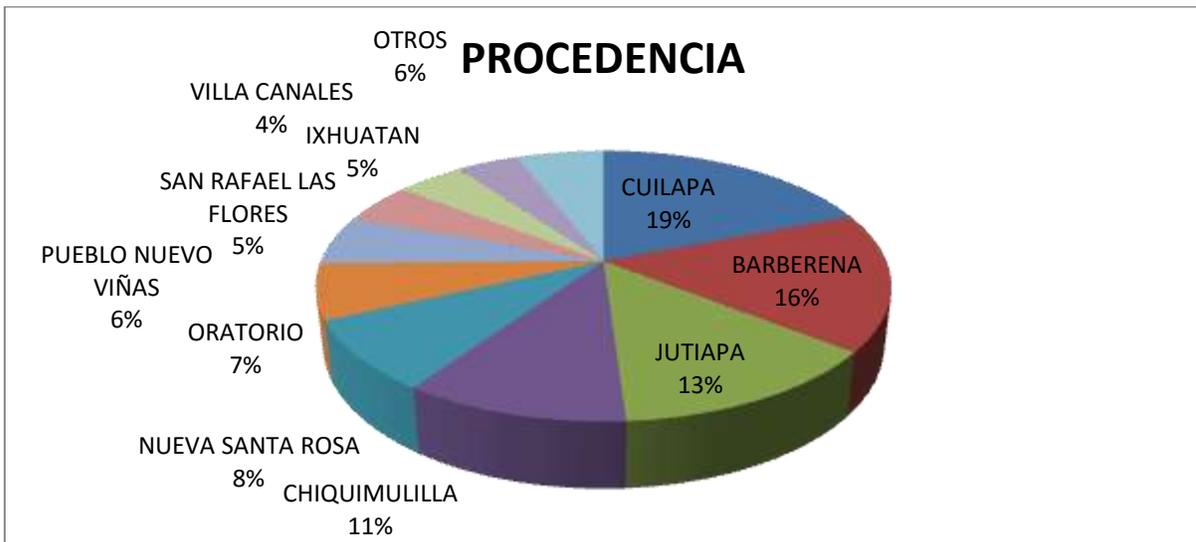
ESCOLARIDAD DE LAS 617 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Grafica no. 2 escolaridad



PROCEDENCIA DE LAS 617 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Grafica no. 3 procedencia



OCUPACION DE LAS 617 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Grafica no. 4 ocupación



ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABOROTO

Tabla no. 3

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE	
CASADA	68	11%
SOLTERA	204	33%
UNIDA	324	52%
VIUDA	4	1%
DIVORSIADA	17	3%
TOTAL	617	100%

Grafica no. 5 estado civil

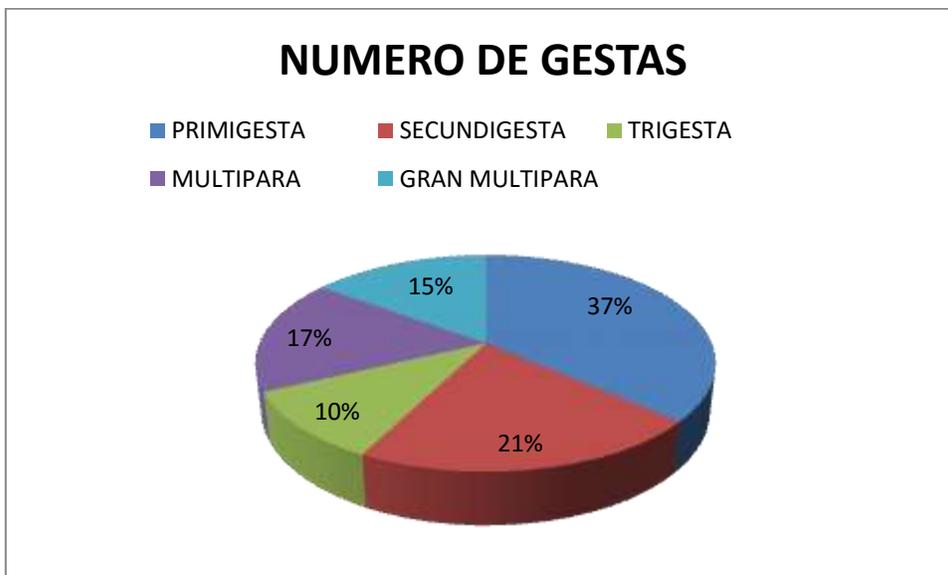


NUMERO DE EMBARAZOS CON EL ACTUAL EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Tabla no. 4

NUMERO DE GESTAS		PORCENTAJE
PRIMIGESTA	225	36%
SECUNDIGESTA	130	21%
TRIGESTA	64	11%
MULTIPARA	106	17%
GRAN MULTIPARA	92	15%
TOTAL	617	100%

Grafica no. 6 numero de gestas



NUMERO DE PARTOS QUE HAN TENIDO LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Tabla no. 5 numero de

NUMERO DE PARTOS		PORCENTAJE
CERO	255	42%
UNO	114	18%
DOS	66	10%
TRES A SEIS	102	17%
MAS DE SEIS	80	13%
TOTAL	617	100%

Grafica no. 7 paridad



NUMERO DE ABORTOS QUE HAN TENIDO LAS PACIENTES CON EL ACTUAL
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Tabla no. 6

NUMERO DE ABORTOS		PORCENTAJE
UNO	439	71%
DOS	112	18%
TRES	64	10%
DE CUATRO A SIETE	2	1%
MAS DE SIETE	0	0%
TOTAL	617	100%

Grafica no. 8 NUMERO DE ABORTOS INCLUYENDO EL ACTUAL



NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

Tabla no. 7

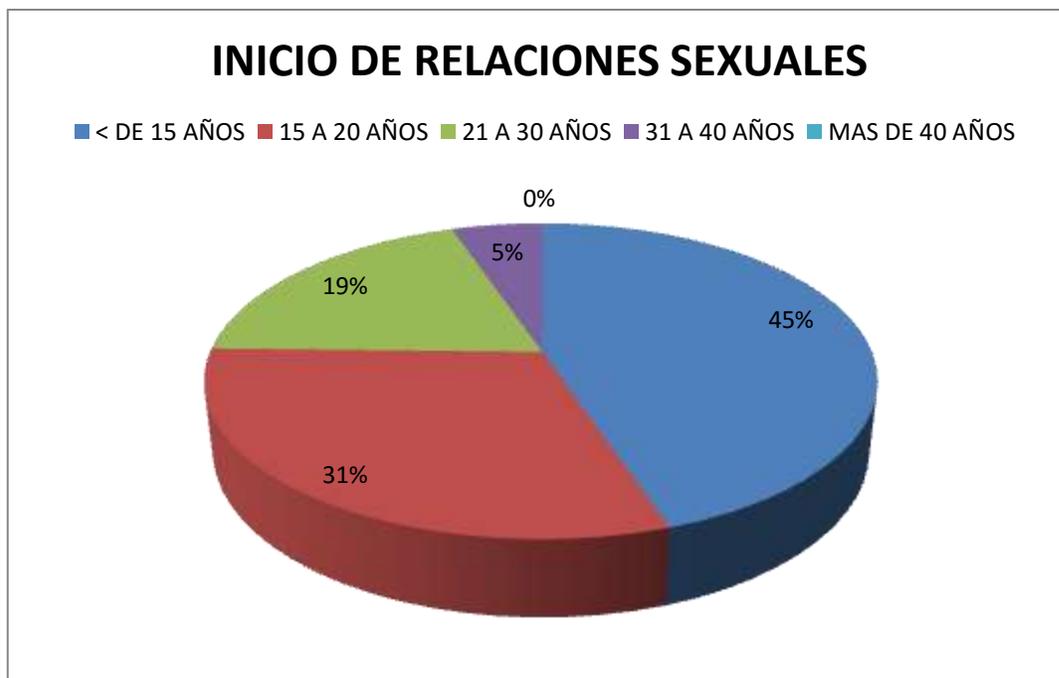
PAREJAS SEXUALES		PORCENTAJE
UNA	300	48%
DOS	239	39%
TRES	48	8%
CUATRO A SIETE	12	2%
MAS DE SIETE	18	3%
TOTAL	617	100%

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON ABORTO

Tabla no. 8

INICIO DE RELACIONES SEXUALES		PORCENTAJE
< DE 15 AÑOS	277	45%
15 A 20 AÑOS	188	30%
21 A 30 AÑOS	120	20%
31 A 40 AÑOS	32	5%
MAS DE 40 AÑOS	0	0%
TOTAL	617	100%

Grafica no. 9



CLASIFICACION DEL ABORTO EN LAS PACIENTES QUE CONSULTARON AL
HOSPITAL DE CUILAPA EN EL AÑO 2013

Tabla no. 9

CLASIFICACION DEL ABORTO	PORCENTAJE	
FALLA TEMPRANA	24	4%
INCOMPLETO	547	88%
COMPLETO	4	1%
FRUSTRADO O RETENIDO	18	2%
INMINENTE	14	2%
INEVITABLE	7	1%
SEPTICO	3	1%
TOTAL	617	100%

VI DISCUSION Y ANALISIS

Del total de 617 pacientes diagnosticadas con aborto el 48 % están entre los 21 a 30 años. Una cuarta parte lo constituyen las pacientes de 15 a 20 años con un 25%. Según lo refiere la literatura es la edad de de mayor incidencia, asi como los embarazos en adolescentes es de alto riesgo como se puede determinar por estos resultados.

La mayoría de pacientes del estudio solo iniciaron la primaria y no la completaron un total de 71% de la población. El porcentaje menor (1%) lo constituye las pacientes con grado académico universitario esto implica un mejor nivel socioeconómico, mejor acceso a la atención privada.

La procedencia es indiferente, consultaron pacientes que viven o se encuentran cerca del area del hospital regional de Cuilapa.

El 74% de las pacientes que presentaron aborto se encuentra desempleada dependen del trabajo de su esposo, esto influye en el nivel económico de las pacientes, lo cual puede aumentar el riesgo de malformación por el déficit nutricional y la baja reserva de macro y micronutrientes.

Más de la mitad (52%) de la población se encuentra con estado civil unido y un tercio (33%) soltera, esto hace referencia a que no tienen una relación estable y que a un tercio le tocara hacerse cargo sola del embarazo, por lo que muchas pacientes al verse en esta situación deciden aborto.

Un 36% de las pacientes que presentaron aborto, eran Primigesta, lo cual es contrario a lo que refiere la literatura ya que entre los factores de riesgo importantes para aborto incluye la multiparidad.

El 42% de las pacientes no ha tenido ningún parto.

Para la mayoría de pacientes (71%) este era su primer aborto.

Aborto incompleto se presento en la mayoría (88%) de los casos, recordemos que aborto inducido es ilegal en nuestro país, las pacientes no admiten si fue inducido por miedo a represalias. Según las fichas clínicas se encontraron cuerpos extraños en canal vaginal sin embargo se diagnosticaron con aborto incompleto.

Dentro de los factores más importantes para que se presente un aborto incluye un inicio de relaciones sexuales tempranamente, ser el primer embarazo, haber iniciado a estudiar pero no concluir la primaria, así como ser unida y ser desempleada.

No se presento ninguna complicación secundaria al tratamiento introhospitalario. Se reportaron 3 casos de complicaciones secundarias al aborto, aborto séptico, sin embargo luego de tratamiento las pacientes egresaron estables.

Se tiene que fomentar una atención adecuada y con síntomas temprano para evitar complicaciones. La mayoría de casos de sepsis o muertes maternas se dan por abortos inducidos lo cual no consultan a tiempo o por miedo por las implicaciones médico-legales.

La multiparidad constituye un factor de riesgo para aborto, sin embargo en este estudio de determino que quien presento mayor porcentaje de aborto eran Primigesta.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de aborto en el estudio fue de 12 %.
- 6.1.2 El 73% de la población que aborto esta comprendida entre las edad de 15 a 31 años.
- 6.1.3 El 71% de la población de pacientes que abortaron solo iniciaron la primaria y no la completaron.
- 6.1.4 El 74% de las pacientes que abortaron están desempleadas.
- 6.1.5 Un 33% de la población tienen estado civil soltera, además un 52% tiene un estado civil unido.
- 6.1.6 Un 19% de la población es procedente de Cuilapa, un 15% de Barberena y un 13% del departamento de Jutiapa.
- 6.1.7 Un 36 % de las pacientes con aborto este constituía el primer embarazo.
- 6.1.8 El 42% de las pacientes con aborto del estudio no a tenido ningún parto.
- 6.1.9 El 71 % de la población que aborto, este aborto fue el primero.
- 6.1.10 El inicio de relaciones tempranas se relaciona con aborto, 75% de la población tuvo inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años.
- 6.1.11 El aborto incompleto lo constituye el 88% de la población que consulto por aborto.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Mejorar la educación de las pacientes constituiría una de las estrategias para disminuir la cantidad de abortos, así como fomentar el empleo de las mujeres y una adecuada educación en salud ya que guarda una relación directa el inicio de relaciones sexuales con aborto.

- 6.2.2 Crear programas para una adecuada educación en salud reproductiva.

- 6.2.3 Extender los programas de planificación familiar.

- 6.2.4 Incluir en los programas en la escuela primaria educación sexual ya que como vemos la mayoría de pacientes de este estudio solo ingreso a la escuela y no termino la primaria.

- 6.2.5 Una adecuada educación a los padres de familia así como concientizarlos que la población adolescente es un factor de riesgo para embarazos complicados no solo en aborto.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, El Cairo, 12 de septiembre, 1994, Párr. 8.25.
2. Barreto T et al., Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(3):159-170.
3. 4o informe 2010, 9 de abril de 2010. Centro de salud epidemiológica y salud reproductiva, Guatemala.
4. Obstetricia de Williams 22^a edición pag. 232
5. CÓDIGO PENAL DE GUATEMALA.
6. gabbe niebyl y Simpson obstetricia, 2006 edicion especial de bolsillo capitulo 22. Paginas de 729 a 755.
7. obstetricia schwarcz-sala-douverges, edición numero 6. Capítulo de aborto embarazo, páginas 206- 225.
8. Carpizo, Jorge y valadez, diego. 2008. Derechos humanos, aborto y eutanasia. UNAM.
9. Ferrater mora, Jose y Cohn, Priscilla (1998). Ética aplicada. Alianza editorial. S.A.
10. Código Penal. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala 1995. 83p
11. GABBE, MD; NIEBYL, JR: SIMPSON MD 2006 obstetricia 4a edición editorial marban capito aborto.

- 12 . Cuninham F, Gary. Et al. Obstetricia Williams. Aborto. 20a. Ed.
Buenos Aires: Panamericana,1998. 545-563
13. El aborto inducido debe ser considerado un problema de salud.
<http://atencionalector.siicsalud.com>
14. Embarazo en adolescentes: Aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 1998;8(1): 5
15. Farfán B, O. Información y consejería en planificación familiar post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centroamérica. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología de México 1999 Abril;7(2): 46-56
16. Flores, H et al. Importancia de la planificación familiar para jóvenes, en el periodo post-aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 1998;8(2): 29-32
17. Oliveros M, C. Una encuesta Nacional de opinión sobre aborto en población Urbana. Centro de información y desarrollo de la mujer. Bolivia 1998. 67 p.
18. Pacheco Chajón, Otto. Caracterización Epidemiológica del Aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Octubre 2001. 47 p
19. Pérez Z, C. Características epidemiológicas y clínicas del aborto. Tesis (Médico y Cirujano) – Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1996. 35p
20. Protocolo de manejo de las principales emergencias obstétricas y perinatales. Centros y Puestos de Salud. Guatemala 1996 (p 8-37)

21. Velasco M, V et al. Mortalidad materna por aborto en el Instituto Mexicano de Seguro Social (1987 a 1996).

22. Oliveros M, C. Una encuesta Nacional de opinión sobre aborto en población Urbana. Centro de información y desarrollo de la mujer. Bolivia 1998. 67 p.

23. Pacheco Chajón, Otto. Caracterización Epidemiológica del Aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Octubre 2001. 47 p

24. Pérez Z, C. Características epidemiológicas y clínicas del aborto. Tesis (Médico y Cirujano) – Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1996. 35p

25. Protocolo de manejo de las principales emergencias obstétricas en hospital regional de Cuilapa capítulo de aborto.

VIII ANEXOS

Anexo No. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD DE PACIENTE:

- a. de 15 años_____ b. 15 a 19 años_____ c. 20-30 años_____
- d. 31 a 40 años_____ e. De 40 años_____

ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE:

- a. Analfabeta_____ b. primaria incompleta_____ c. primaria completa____
- d. secundaria____ e .diversificado____ f. universitario_____

OCUPACION:

- a. Empleado b. desempleada.

ESTADO CIVIL:

- a. Casada_____ b. soltera_____ c. viuda_____
- d. divorciada_____ e. unida_____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

NUMERO DE GESTAS

- a. Primigesta_____ b. Secundigesta_____ c. trigesta_____
- d. Múltipara (4 a7) _____ e. Gran múltipara_____

NUMERO DE PARTO

- a. Uno_____ b. dos____ c. tres_____ d. de cuatro a siete_____

e. más de siete____

NUMERO DE ABORTO

a. Uno____ b. dos____ c. tres____ d. de cuatro a siete____
e. más de siete____

PAREJAS SEXUALES:

a. Uno____ b. dos____ c. tres____ d. de cuatro a siete____
e. más de siete

COITARQUIA:

a. de 15 años____ b. 15 a 19 años____ c. 20-30 años____
d.31 a 40 años____ e.de 40 años____

CLASIFICACION DE ABORTO:

a. Amenaza de aborto ____ b. anembrionico____ c. incompleto____
d. en curso____ e. inminente____ f. inevitable____
g. frustrado o retenido____ h. completo____ i. aséptico____

COMPLICACIONES

a. Rasgaduras____ b. perforaciones____ c. infecciones____
d. defunción____ e. ninguna____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON ABORTO EN HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, 2013**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señale lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.