

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

**ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACIÓN
CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA**

MARCIA ALEXANDRA ARGUETA BERREONDO

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

Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.104.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Marcia Alexandra Argueta Berreondo**

Carné Universitario No.: **200530039**

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 **ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA**

Que fue asesorado: **Dr. Jesen Avishai Hernández Sí MSc.**

Y revisado por: **Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 18 de noviembre 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

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO

Quetzaltenango, 30 de mayo de 2016

Doctor
Julio Cesar Fuentes Mérida
Coordinador Específico
Maestría en Ciencias con Especialidad en Ginecología Obstetricia
Hospital Regional de Occidente
Presente

Respetable Dr. Fuentes:


Por este medio le informo que he asesorado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **MARCIA ALEXANDRA ARGUETA BERREONDO** carne 200530039 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Obstetricia, el cual se titula: **"ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA"**

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Argueta Berreondo, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Jesen Avishai Hernández Sí MSc.
Asesor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente



ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO

Quetzaltenango, 30 de mayo de 2016

Doctor

Jesen Avishai Hernández Sí MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias con Especialidad en Ginecología Obstetricia

Hospital Regional de Occidente

Presente

Respetable Dr. Fuentes:


Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **MARCIA ALEXANDRA ARGUETA BERREONDO** carne 200530039 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Obstetricia, el cual se titula: **“ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA”**

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Argueta Berreondo, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

“Id y Enseñad a Todos”


Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.
Revisor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESUMEN

ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACION CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA

AUTOR: MARCIA ALEXANDRA ARGUETA

Palabras Clave: Abortos, Abortos Provocados, Sexualidad temprana.

ANTECEDENTES: El aborto según la OMS es definido como la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad y sea capaz de sobrevivir una vida extrauterina. El aborto provocado según la OMS es “un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, interrumpiendo el embarazo. Se define sexualidad temprana la ocurrida en la adolescente comprendida entre los 12 a 19 años, una época donde hay rápidos cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos.

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre la sexualidad temprana y los Abortos Provocados en el Hospital Regional de Occidente.

MÉTODOS: Estudio Descriptivo-Prospectivo que tomó como muestra a las pacientes que presenten abortos provocados durante los meses de enero a diciembre del 2014 en el Hospital Regional de Occidente.

RESULTADOS: Al evaluar a las pacientes que presentaron abortos en el Hospital Regional de Occidente durante el año 2014 se encontró que hubo 823 casos de los cuales únicamente 22 pacientes acudieron por tener complicaciones de un aborto provocado, luego de esto se estableció que la mayoría de las mujeres (77%) inició a tener relaciones sexuales antes de los 17 años y de estas el 55% presentó un aborto provocado por lo que se determinó que si existe relación entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y los abortos provocados, lo cual comprobó mediante la prueba de hipótesis de diferencia de porcentajes y la prueba de coeficiente de correlación

CONCLUSION: Se determinó que si existe relación entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y los abortos provocados, porque se encontró que el 77% de las pacientes inicio relaciones sexuales antes de los 17 años y de estas el 55% presento un aborto provocado. Comprobándose mediante la prueba de hipótesis de diferencia de porcentajes con un valor de 2.00 el cual aprueba la hipótesis y la prueba de coeficiente de correlación en la cual se obtuvo un valor de 0.54 que aunque no es estadísticamente significativo comprueba que si hay relación entre el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y los abortos provocados.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ABSTRACT

ABORTIONS CAUSED AND ITS RELATION TO EARLY SEXUALITY

AUTHOR: MARCIA ALEXANDRA ARGUETA

Keywords : Abortions , Provoked Abortions , early Sexuality .

BACKGROUND: The WHO says abortion is defined as termination of pregnancy after implantation of the fertilized egg in the endometrium before the fetus has reached viability and is able to survive outside the womb life. It induced abortion according to WHO is "a procedure for terminating an unwanted pregnancy, interrupting pregnancy. Early sexuality occurred in adolescent between 12 to 19 years, an era where rapid anatomical, physiological and psychological changes defined.

OBJECTIVE: To determine the relationship between sexuality and early Provoked Abortions in the Hospital Regional de Occidente.

METHODS: Descriptive - Survey which was sampled to patients who have induced abortions during the months of January to December 2014 at the Hospital Regional Hospital de Occidente.

RESULTS: When evaluating patients who had abortions at the Regional Hospital of the West during 2014 found that there were 823 cases of which only 22 patients attended by complications of an abortion, after it was established that most women (77%) started having sex before age 17 and those 55 % had an abortion so I was determined that if there is a relationship between early initiated sex and induced abortions, which checked by hypothesis testing difference percentages and test correlation coefficient

CONCLUSION: It was determined that if there is a relationship between early initiated sex and induced abortions , because it was found that 77 % of patients start sex before age 17 and 55% of these present an abortion. Checking by testing hypothesis percentage difference with a value of 2.00 which approves the hypothesis and test correlation coefficient in which a value of 0.54 which although not statistically significant check was obtained that if there is a relationship between baseline sexual intercourse at an early age and induced abortions

INDICE

DESCRIPCIÓN	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
2.1 Aborto provocado	4
2.1.1 Definición	4
2.1.2 Historia	4
2.1.3 Epidemiología	6
2.1.4 Factores de Riesgo	8
2.1.5 Clasificación según la edad gestacional	9
2.1.6 Etiopatogenia	10
2.1.6.1 Causas Ovulares	10
2.1.6.2 Causas Maternas	11
2.1.6.3 Causas Paternas	13
2.1.6.4 Factores Iatrogénicos	14
2.1.7 Formas clínicas y sintomatología	15
2.1.8 Técnicas para realizar un aborto	17
2.1.8.1 Técnicas Quirúrgicas	17
2.1.8.2 Técnicas Médicas	18
2.1.9 Complicaciones	19
2.1.9.1 Complicaciones inmediatas	19
2.1.9.2 Complicaciones Tardías	19
2.2 Adolescencia	20
2.3 Sexualidad Temprana	21
2.4 Abortos provocados y su relación con la sexualidad	
Temprana	22
III. OBJETIVOS	25
3.1 General	25
3.2 Específicos	25
IV. MATERIAL Y METODOS	26
4.1 Tipo de Estudio	26
4.2 Universo	26

4.3 Unidades de estudio	26
4.4 Selección de unidad de estudio	26
4.5 Tamaño de la muestra	26
4.6 Criterios de inclusión	26
4.7 Criterios de exclusión	26
4.8 Variables	26
4.9 Operacionalización de Variables	27
4.10 Aplicabilidad y Utilidad	29
V. RESULTADOS	30
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	40
6.1 Conclusiones	44
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
VIII. ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

El aborto según la OMS es definido como la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad y sea capaz de sobrevivir una vida extrauterina ⁽¹⁻²³⁾; En los países desarrollados es aceptado de 20 semanas de gestación o que el feto pese menos de 500 gramos o mida menos de 25 cm. En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de las 28 semanas de gestación. ⁽¹⁰⁾

El aborto provocado según la OMS es un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, interrumpiendo el mismo. Considerando que se vuelve práctico ya que las mujeres tratan de limitar el número de hijos y terminan con en el embarazo no deseado. ⁽¹³⁾ Sin embargo, dependiendo de las condiciones en que se realice, se habla de aborto inseguro o seguro; puede que sea realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la ocurrencia de ambas circunstancias. ⁽¹⁶⁻²⁾

La adolescencia se define como una etapa que comprende un período de transición entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, mental, emocional y social del individuo. ⁽²⁾ La OMS la define como: “Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir entre los 12 y 19 años. ⁽⁹⁾

Se define sexualidad temprana la ocurrida en la adolescente comprendida entre los 12 a 19 años, una época donde hay rápidos cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y afectivos (Real Academia Española). ⁽²³⁾

Se estima que se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22 %) de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año. De esos abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. ⁽¹⁰⁾ En un estudio realizado en Colombia se determinó que el 54% de todos los embarazos no son planificados, y la mitad de ellos termina en aborto. Treinta de cada cien mujeres de 15 a 44 años aborta; donde el 44.5% de las adolescentes embarazadas han abortado; la tercera parte de todas, lo hicieron presionadas por el compañero. ⁽¹⁹⁾

Se realizó un estudio sobre el comportamiento del aborto provocado y su relación con inicio temprano de relaciones sexuales, en el Hospital Gineco-obstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" en septiembre-diciembre de 2010, donde se concluyó que si hay relación entre los abortos provocados, con el inicio precoz de las relaciones sexuales, donde el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, donde un 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años. ⁽²¹⁾

Se decidió realizar el siguiente estudio en primer lugar porque es objeto de preocupación el aumento de embarazos en adolescentes, considerando que cada día inician a más temprana edad la sexualidad; teniendo en cuenta que la mayor parte de embarazos son no deseados y por ende son una causa frecuente de solicitud de un aborto provocado a personal que en su mayoría no está capacitado para realizar dicho procedimiento y además se debe de recordar que en Guatemala no está permitido el aborto.

En segundo lugar se consideró necesario e interesante el estudio ya que en general no se presta mucha atención hacia estas situaciones; además en nuestro medio no hay estudios previos que nos permitan conocer la frecuencia de estos acontecimientos y como abordarlos por lo tanto se considera que el presente estudio contiene datos nuevos, ya que inclusive a nivel nacional, las estadísticas sobre el tema no se conocen.

Para realizar el estudio se pasó una encuesta a las pacientes que presentaron abortos provocados y que fueron sometidas a procedimientos como AMEU, LIU, o HAT y se excluyeron a las pacientes con abortos espontáneos, el cual se realizó en el Hospital regional de Occidente durante el año 2014, previo al consentimiento informado para la participación en dicho estudio.

Considerando como objetivo principal del estudio determinar la relación que existe entre la sexualidad temprana y los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente. Al evaluar a las pacientes que presentaron abortos durante el año 2014 se encontró que hubo 823 casos de los cuales únicamente 22 pacientes acudieron por tener complicaciones de un aborto provocado, luego de esto se estableció que la mayoría de las mujeres (77%) inició relaciones sexuales antes de los 17 años y de estas el 55% presentó un aborto provocado por lo que se determino que si existe relación entre el

inició temprano de las relaciones sexuales y los abortos provocados lo cual se pudo comprobar mediante la prueba de hipótesis de diferencia de porcentajes y la prueba de coeficiente de correlación. Por lo tanto se recomienda que a todas las adolescentes se les expliquen las consecuencias de tener relaciones sexuales a temprana edad para que las mismas se retrasen lo más que sea posible, debido a que en el presente estudio se estableció que mientras más temprano inicien relaciones sexuales tienen más riesgo de tener un embarazo no deseado y por ende de solicitar un aborto provocado.

II. ANTECEDENTES

2.1 ABORTO PROVOCADO

2.1.1 DEFINICION

De acuerdo con la OMS, el aborto es la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad y sea capaz de sobrevivir una vida extrauterina ⁽¹⁻²³⁾; En los países desarrollados es aceptado de 20 semanas de gestación o que el feto pese menos de 500 gramos o mida menos de 25 cm. En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de las 28 semanas de gestación. ⁽¹⁰⁾

El profesor González de la Vega expone varios puntos de vista desde los cuales se puede definir el aborto:

- a) En obstetricia, por aborto se entiende la expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, o sea hasta el final del sexto mes de embarazo, el ginecólogo denomina aborto, tanto al espontáneo por causas patológicas como al provocado: terapéutico o criminal. ⁽²³⁾
- b) La medicina legal limita la noción del aborto a aquellos que pueden ser constitutivos de delito, es decir, a los provocados, a los que se originan en la conducta intencional o imprudente del hombre. ⁽¹⁴⁾

El aborto provocado es cuando hay una intervención deliberada para interrumpir un embarazo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el aborto provocado es “un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, sea realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la ocurrencia de ambas circunstancias”. Lo opuesto es el aborto seguro. ⁽¹⁶⁾ Sin embargo, dependiendo de las condiciones en que se realice, se habla de aborto inseguro o seguro.

2.1.2 HISTORIA

La palabra aborto deriva del término latino “aboreri” que significa separar del sitio adecuado. En la Biblia se habla del aborto de forma condenatoria, en el libro del Éxodo

capítulo 21 versos 22 al 25 dice: “Si algunos riñeren e hirieren a mujer embarazada, y ésta abortase, pero sin haber muerte, serán penados conforme a lo que el marido impusiese y juzgaren los jueces. Más si hubiese muerte entonces pagarán vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe”. Esta norma prevaleció hasta que los judíos inmigraron a Egipto y adoptaron las creencias y culturas griegas y romanas. El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos debido a limitar el número de nacimientos. En un manuscrito chino que data del año 2737 a 2696 A. de C. mencionan el mercurio como sustancia abortiva. ⁽⁶⁾

En el papiro de Ebers (1550 A. De C) se describen métodos para inducir el aborto tales como dátiles, las cebollas y el fruto de acato, todo mezclado con miel y aplicado a la vulva. Platón recomendaba el aborto y el feticidio como instituciones reguladoras del estado ideal. Aristóteles aconsejaba el aborto para la mujer embarazada que ya tenía el número de hijos que deseaba y para la mujer que tenía más de 40 años y concebía. Por otro lado Solón y Licurgo decretaban leyes para prohibir el aborto. ⁽¹⁰⁾ En la Roma Imperial los abortos se practicaban libremente por comadronas y en menor grado por médicos griegos, principalmente debido a que los médicos romanos estaban comprometidos por el juramento hipocrático “no ayudaré a mujer a provocar el aborto”. ⁽¹⁾

Soranus, el gineco-obstetra más importante de la época (I y II siglos antes de Jesucristo) en uno de sus trabajos comentaba que el aborto era más fácil de provocar en el tercer mes. Con el cristianismo esto fue condenado y tachado como vergonzoso e intolerable prohibiéndose la práctica teniéndose como consecuencia la práctica de aborto criminal, muchos de estos abortos fueron practicados mediante legrados y desde entonces las complicaciones por ello siguen siendo las principales responsables de muerte materna.

En 1973 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos legalizó los abortos ya sean estos voluntarios o electivos, se contempla que el aborto entre adolescentes debe ser autorizado por uno de los padres y en el año 1976 se amplió este derecho a la mujer casada, la cual no requiere el permiso del esposo para practicarse un aborto dentro de los primeros tres meses de embarazo.

En Guatemala el tema del aborto está legislado en el Código Penal Artículo 137, capítulo 3 donde se refiere que: “No es punible el aborto provocado por médicos con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si

se realiza sin 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". ⁽⁶⁾

2.1.3 EPIDEMIOLOGIA

El aborto en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo. De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo, alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables y un 22% más termina en un aborto inducido o provocado. ⁽¹⁾

La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12, el 20.1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que en las adolescentes puede alcanzar entre 10 y 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. ⁽¹⁾

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22 % de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año. 2,3 De esos abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. ⁽¹⁰⁾

En Colombia el 54% de todos los embarazos son no intencionados, y la mitad de ellos termina en aborto. Treinta de cada cien mujeres de 15 a 44 años aborta; 22% entre las de 45 a 49 y 19,4% entre de las de 50 a 55 años y el 44.5% de las adolescentes embarazadas han abortado; la tercera parte de todas, lo hicieron presionadas por el compañero. ⁽¹⁹⁾

Se estima que 4.5 millones de abortos son provocados en América Latina anualmente aunque se estima que es mayor el número por la clandestinidad con que se realiza; las razones más comunes por que las mujeres se inducen el aborto incluyen:

- La mujer o su pareja tienen un salario muy bajo y está subempleada o desempleada, es estudiante y no puede crear a un hijo.
- La relación de la mujer con su compañero es inestable o él le retiró su apoyo emocional y económico.
- La mujer o la pareja no quieren más embarazos o prefiere espaciar los embarazos siguientes.
- Las adolescentes o solteras embarazadas temen el rechazo de sus familiares y de la sociedad.
- Edad de la paciente: se estima que la edad de la paciente oscila entre 20 a 29 años.⁽¹⁾

En Centroamérica la frecuencia de aborto se estima que es de 4.8%. En el informe anual del INCAP de 2009 en un estudio sobre mortalidad relacionada con aborto entre mujeres ladinas e indígenas de área urbana y rural de Guatemala se encontró que a nivel hospitalario el 80% de los abortos atendidos son espontáneos y menos del 3% son provocados, siendo más las pacientes provenientes del área urbana en un 72%. De las pacientes que consultaron el 10% eran solteras, el 55% no tienen empleo fijo, el 80% han tenido uno o más hijos, el 29% son indígenas y el 16% han utilizado anticoncepción.⁽¹³⁾

En Guatemala de acuerdo a estadísticas disponibles de 2008 y 2009 se estima que la proporción entre nacimientos atendidos y abortos fue de 100:14. A escala mundial el aborto continúa siendo una de las cuatro principales causas de mortalidad materna con un porcentaje de 30% a 50%. Las complicaciones por aborto son la causa principal de muerte en mujeres en edad reproductiva y representan aproximadamente la segunda parte de mortalidad materna.⁽⁵⁻⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud estima que 80,000 mujeres mueren anualmente por abortos ilegales y en riesgo representando el 13 de todas las muertes maternas al año. Según la Organización Panamericana de Salud los países Latinoamericanos donde una de las principales causas de mortalidad materna es el aborto son Guatemala, Argentina, Chile, Panamá, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago y de éstos Guatemala tiene la tasa más alta que es de 190 por 100,000 nacidos vivos.⁽¹⁴⁾

2.1.4 FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es el elemento que contribuye a que algún evento se cumpla. Los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de aborto, por lo que se describen a continuación para clasificación los diversos factores asociados: ⁽¹⁾

- Edad materna En estudios amplios se ha observado que el riesgo de presentar un aborto se incrementa a medida que aumenta la edad materna, de modo que el riesgo de aborto para mujeres de entre 12 y 19 años es del 13,3%, frente al 51% en mujeres de entre 40 y 44 años.
- Estrés Clásicamente se ha relacionado el estrés en la mujer como un factor que puede actuar negativamente sobre la gestación. En un estudio prospectivo sobre 336 mujeres en las cuales se determinó el estrés, mediante tres diferentes test y la determinación de cortisol sanguíneo. ⁽¹⁾
- Tabaco Existen estudios que relacionan el consumo de tabaco como un factor de riesgo de aborto , mientras que otros discuten la metodología de los mismos
- Alcohol Existen indicios en estudios acerca de que un consumo de cinco o más bebidas alcohólicas por semana durante la gestación puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo en el primer trimestre.
- Cafeína Al igual que en el caso del tabaco, encontramos estudios con resultados contradictorios, mientras que unos observan un incremento del riesgo en mujeres que ingieren dosis altas de cafeína durante el embarazo. ⁽¹⁾
- Edad Gestacional: Más del 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras doce semanas de gestación y la frecuencia disminuye rápidamente después. ⁽⁵⁾
- Antecedentes Obstétricos:
 - Embarazo previo normal a término, mortinato previo o con malformación congénita.
 - La incidencia de aborto después de un aborto previo es del 24%, después de dos pérdidas es del 26% y después de 3 o más alcanza un 40%. Un estudio realizado en Centroamérica en 1995 reveló que el 22% de las mujeres estudiadas tenían antecedentes de abortos previos. En Guatemala en 1994 se estimó que el 29% de las mujeres estudiadas tenían antecedentes de aborto previo. ⁽⁵⁾

- La incidencia de aborto espontáneo aumenta si la mujer concibe tres meses posteriores al nacimiento de un feto vivo.

2.1.5 CLASIFICACIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

- A. Aborto Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- B. Aborto Embrionario: Es el que se da de la tercera semana de gestación a la séptima semana de gestación.
- C. Aborto Fetal: Se da de la octava semana de gestación a la vigésimo séptima semana de gestación. ⁽⁵⁾

Desde el punto de vista médico, en medicina se distinguen dos formas de aborto:

1. Espontáneo. Este tipo de aborto es secundario a las lesiones maternas u ovulares que provocan alteraciones que pueden conducir al defectuoso desarrollo e incluso a la muerte del huevo, en cuyo caso este es expulsado espontáneamente. Su origen puede ser materno o fetal. En relación a lo primero se encuentran los tumores genitales, sinequias uterinas, alteraciones de orden funcional del útero, diabetes, hipertensiones, traumatismos, etc. Y en relación a lo segundo tenemos las malformaciones ovulares o embrionarias, déficit vitamínico en la alimentación, alteraciones genéticas relacionadas con el sexo. ⁽³⁾
2. Provocado. Se indica en la enciclopedia citada que este tipo de aborto constituye un acto criminal. Por ello está prohibido por la ley en la mayoría de los países, y no es aceptable desde el punto de vista médico ni moral. Es el primer aspecto, ordinariamente es el que da lugar a complicaciones y problemas a veces graves. El aborto espontáneo plantea el problema de conocer su origen o causa, el provocado plantea el de su evolución con los peligros que acarrea. ⁽³⁾El aborto provocado se clasifica en varias categorías de acuerdo al motivo por el cual se realice:
 - 2.1 Aborto legal: Se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, a petición de la mujer pero no por razones de salud materna o fetal, solo en países donde su práctica está legalizada.
 - 2.2 Aborto Terapéutico: Se práctica con propósito de proteger la salud de la madre, y se define como el término del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal,

algunas indicaciones para realizarlo son: Cardiopatía descompensada, enfermedad vascular hipertensiva, carcinoma de cérvix, embarazo consecuencia de violación o relación sexual involuntaria, cuando crea que el embarazo dará lugar a nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves, infecciones graves o con retraso mental.

2.3 Aborto Ilegal: Es la interrupción del embarazo en cualquier período, es causado por la madre, médico u otra persona, sin que exista alguna de las razones mencionadas anteriormente, y que sucede en países como el nuestro donde el aborto terapéutico es el único legalizado. ⁽¹⁰⁻²⁰⁾

2.1.6 ETIOPATOGENIA

En la mayoría de los casos es difícil establecer cuál es la causa de la interrupción del embarazo; sin embargo, existen numerosas situaciones que pueden favorecer un aborto.

2.1.6.1 CAUSAS OVULARES

Se refieren a las anomalías que afectan al embrión y/o a la placenta y que pueden influir negativamente en el desarrollo de la gestación. Es el factor que más frecuentemente se asocia al aborto espontáneo, hasta en un 76% de los casos. Dentro de este apartado se pueden incluir las siguientes alteraciones. Estas alteraciones son causantes del 50%-60% de los abortos estudiados, se dice que cuantos más precoz es el aborto mayores son las anomalías detectadas. La gran mayoría de estas pérdidas son ocasionadas por problemas cromosómicas como monosomías o trisomías en su mayoría autosómicas:

- **ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS:** Se estima que entre el 40 y el 60% de los abortos espontáneos presentan alteraciones cromosómicas incompatibles con la vida. Es más frecuente observar alteraciones cromosómicas en las primeras semanas de gestación, entre la octava y la undécima (hasta en un 50%)
- **ANOMALÍAS GENÉTICAS:** La mutación de un gen (monogénicas) o de varios de ellos (poligénicas) con integridad de los cromosomas es otra causa que puede explicar entre el 54 y el 76% de los abortos espontáneos. La alteración de uno o varios genes puede dar lugar a alteraciones enzimáticas que pueden interferir en el metabolismo normal del embrión, provocando la muerte del mismo y, como consecuencia, la interrupción de la gestación. Las alteraciones genéticas

cromosómicas incluyen defectos enzimáticos que, sin duda, son capaces de interferir en el desarrollo embrionario.

- **ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL EMBRIÓN Y LA PLACENTA** Se ha podido observar una alteración morfológica en el desarrollo de los embriones de menos de 30 mm de longitud de cabeza a nalgas, en el 70% de los abortos espontáneos ⁽¹³⁾. También es relativamente frecuente detectar gestaciones en las cuales no se observa embrión o éste está degenerado hasta en el 50% de los abortos espontáneos. Las alteraciones de la placenta son también frecuentes; algunas de ellas son debidas a la propia muerte embrionaria que da lugar a una hipovascularización, hipocelularidad y necrosis isquémica de la placenta. ⁽¹⁻¹⁹⁻¹⁴⁾

2.1.6.2 CAUSAS MATERNAS

- **CAUSAS INMUNOLÓGICAS:** La incompatibilidad de grupo sanguíneo ha demostrado ser una causa de aborto. Diversos análisis indican una respuesta inmunológica disminuida en las madres que experimentan abortos habituales, otra causa que se ha relacionado con aborto espontáneo es el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
 - **Lupus Eritematoso Sistémico:** Es una enfermedad de tipo autoinmune de curso clínico muy variable en ocasiones, con afectación importante a nivel sistémico. Pero sí existe consenso acerca de que contribuye a una mayor tasa de abortos durante el segundo trimestre. El mecanismo por el cual se produce el aborto en estas mujeres está estrechamente ligado a la etiopatogenia de esta enfermedad; se cree que estos autoanticuerpos pueden favorecer fenómenos trombo-embólicos a nivel sistémico que pueden afectar también a la placenta, dando lugar a trombosis y verdaderos infartos placentarios, con el consiguiente efecto deletéreo sobre la gestación.
 - **Síndrome antifosfolípido:** El síndrome antifosfolípido se caracteriza por la presencia de niveles moderados o altos de anticuerpos antifosfolípidos acompañados de trombosis arteriales y venosas recurrentes y pérdidas fetales repetidas
 - **Trombofilias** Se ha observado un incremento en la incidencia de abortos en las mujeres que presentan trombofilias. En estudios realizados sobre mujeres con dos o más abortos, se detectó que el 38% presentaba

resistencia a la proteína C y el 19% mutaciones del factor V de Leiden, frente al 8 y el 6%, respectivamente, del grupo.

- ALTERACIONES UTERINAS: Las anomalías en la fusión de los conductos paramesonéfricos, principalmente el útero bicorne o septado, se asocian a aborto. Esta patología como causa de aborto debe considerarse solo si se han excluido todos los demás factores etiológicos.
 - Malformaciones: Son debidas a defectos congénitos en la formación de los conductos de Müller o en la fusión de los mismos, y suelen ocurrir de forma espontánea, aunque también pueden ser producidas por la exposición intrauterina a dietilestilbestrol. Dentro de las malformaciones uterinas, que más frecuentemente se relacionan con el aborto espontáneo, tenemos el útero septo y subsepto, el útero bicorne y la hipoplasia uterina.
 - Posiciones Anómalas: Aunque clásicamente se había relacionado la retroversión uterina con un mayor riesgo de presentar un aborto, no ha podido ser probado en estudios prospectivos.
 - Insuficiencia Cervical: Se define esta entidad como la dilatación cervical indolora que suele ocurrir en el segundo trimestre y que da lugar a abortos tardíos. El mecanismo por el cual se produce el aborto es que el cérvix no es capaz de mantener el producto de la gestación y, al ofrecer una menor resistencia, las membranas se prolapsan a través del orificio cervical llegando a contactar con la vagina, lo que favorece la infección y la rotura de las mismas.
 - Mioma: Aunque es difícil establecer con qué frecuencia pueden afectar los miomas favoreciendo un aborto, es evidente que la presencia de miomas, sobre todo a nivel submucoso pero también intramurales, pueden dificultar la implantación del embrión y el crecimiento del mismo.
 - Sinequias Intrauterinas: Son adherencias fibrosas que se producen en el interior de la cavidad uterina, generalmente entre la cara anterior y posterior del útero, debidas a lesiones endometriales por legrados repetidos o muy agresivos que las favorecen. Se ha observado una mayor frecuencia de abortos en pacientes que presentan estas adherencias también denominadas síndrome de Asherman.
- CAUSAS ENDOCRINAS: Es la segunda causa etiológica más frecuente en el aborto espontáneo. Entre ellas se encuentran la inadecuada producción de

progesterona por el cuerpo lúteo durante las primeras 7 semanas, la diabetes mellitus no controlada y el Hipertiroidismo e Hipotiroidismo que también se relacionan a la ocurrencia de aborto.

- Hipotiroidismo: El hipotiroidismo multiplica por dos el riesgo de aborto. En un estudio realizado sobre mujeres con el antecedente de un aborto espontáneo, se detectó en un 25% una disfunción tiroidea desconocida y no tratada
- Diabetes: Existen diversos trabajos que han comprobado un incremento de los malos resultados perinatales en mujeres que padecen una diabetes mellitus dependiente de insulina, destacando el riesgo de aborto y el de aparición de malformaciones congénitas. El riesgo de aborto se ha explicado por el efecto que tienen las altas concentraciones de glucosa produciendo la apoptosis en células del blastocisto, que se ha podido observar en modelos animales, y que dan lugar a un efecto deletéreo sobre la gestación.
- INFECCIONES: El riesgo de que se produzca un aborto tras producirse alguna de las infecciones es bajo, ya que ha de producirse precozmente y debe tratarse de una primo-infección, ya que si no, los gérmenes serán interceptados antes de poder atravesar la barrera placentaria, en la mayoría de los casos, excepto en el caso de la sífilis. Cualquier infección aguda, con bacteriemia puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria.
 - Agudas: Infección del tracto urinario.
 - Crónicas: Tuberculosis, brucelosis, sífilis.
- FACTORES NUTRICIONALES: La mal nutrición intensa puede predisponer a una mayor frecuencia de aborto, las pruebas respecto a ello no son concluyentes de que la deficiencia dietética de adquirir nutriente o la deficiencia moderada de todos los nutrientes sea causa importante de aborto. ⁽¹⁻¹⁰⁻¹⁴⁻²²⁾

2.1.6.3 CAUSAS PATERNAS

Las traslocaciones cromosómicas del espermatozoide pueden producir aborto. La hiperespermia, mayor de 250 millones / ml y la oligoespermia se han relacionado con aborto frecuente. Esto puede ser secundario a disminución del DNA del espermatozoide, aunque esto no se ha comprobado. ⁽²²⁾

2.1.6.4 FACTORES IATROGÉNICOS

La administración de algunos citotóxicos quimioterapéuticos, el tratamiento de gota o talasemia que incluye colchicina paraliza la formación del huso durante la mitosis. ⁽¹⁰⁾

AGRESIONES EXTRÍNSECAS

- Sustancias abortivas: minerales, los más usados están: plomo, fósforo sales de quinina y permanganato de potasio. La cafeína a razón de cuatro tazas por día eleva ligeramente el riesgo de aborto.
- Agentes tóxicos: alcohol y/o tabaco independientemente a los efectos tóxicos que ejercen sobre el feto que alcanza viabilidad. Ambas son embriotóxicas incluso el consumo moderado del alcohol el riesgo aumenta 1 o 2 veces por cada 14 cigarrillos diarios. En el caso del alcohol el riesgo de aborto se duplica en las mujeres que beben dos veces por semana y se triplica en mujeres que consumen alcohol diariamente. ⁽¹⁰⁾
- Fármacos asociados: antagonistas del ácido fólico, sulfamidas hipoglucemiantes orales, anticoagulantes, colchicina y estrógenos.
- Traumatismos: El trauma externo es una causa frecuente de aborto, existen dos tipos.
 - Directo: son aquellas cuya finalidad es producir la muerte del huevo, la cual es precedido de la expulsión del mismo.
 - Indirecto: Son las maniobras que buscan la expulsión del producto por estimulación externa del aparato uterino.
- Cirugía: La anestesia general puede producir efecto sobre la división celular normal y los anestésicos halogenados interfieren en la síntesis de ADN, lo cual sugiere un efecto potencialmente nocivo para el feto o embrión. Según datos se puede suponer que la apendicetomía y la cistectomía ovárica son las intervenciones en las que mayor frecuencia de aborto se observa. ⁽¹¹⁾
- Amniocentesis del segundo trimestre: se ha descrito un riesgo del 1% después de practicar la punción y la aspiración amniótica.

FACTORES AMBIENTALES

- Radiación: Se sabe que en dosis suficientes la radiación produce aborto, la dosis necesaria para que esto ocurra en seres humanos no se conoce con precisión.
- Toxinas ambientales: Existe poca información que pueda incriminar a algún agente ambiental específico, sin embargo hay evidencias de que el arsénico, el plomo, el benceno y el óxido de etileno pueden causar aborto. ⁽¹¹⁾

2.1.7 FORMAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLOGÍA

AMENAZA DE ABORTO	<p>Presencia de útero aumentado de tamaño por las características gestacionales y signos presuntivos de embarazo, Se caracteriza por la presencia de un sangrado vaginal durante las primeras semanas de la gestación, en la que se puede comprobar mediante las pruebas complementarias que se trata de una gestación evolutiva. Es una situación frecuente que se observa en entre el 20 y el 25% de las gestantes y que, en general, tiene un pronóstico bueno en la mayoría de las gestantes, se presenta con presencia de dolor abdominal tipo cólico, que coincide con contracciones uterinas, presencia de hemorragia vaginal y con orificio cervical interno cerrado.</p>
ABORTO EN CURSO, INEVITABLE O INMINENTE	<p>Incluye aquellas situaciones en las que se ha iniciado de una manera clínicamente objetivable el proceso de la expulsión del embrión del útero. En el aborto en curso, el desprendimiento del huevo continúa y se completa totalmente, y con ello el embrión muere. Las contracciones uterinas dilatan el cuello uterino y empujan el huevo hacia el conducto cervical; donde hay aumento del dolor, hemorrágica con modificaciones cervicales y/o ruptura de membranas.</p> <p>Distinguen dos fases en el aborto en curso: una primera fase incipiente en la que el cuello ha iniciado la dilatación y ya es difícilmente reversible, y la segunda, el aborto inminente o inevitable, en la que el huevo está totalmente desprendido y se encuentra en el canal cervical y/o puede presentar ruptura de membranas ovulares con presencia de líquido en la cavidad vaginal.</p> <p>Muy a menudo las contracciones uterinas empiezan rápidamente produciendo la expulsión de los productos de la concepción. Se considera inevitable el aborto cuando se dan dos o más de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Borramiento moderado del cuello uterino.○ Dilatación cervical mayor de 3 centímetros.○ Ruptura de membranas ovulares.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hemorragia por más de 7 días. ○ Presencia de cólicos a pesar de la administración de analgésicos.
ABORTO INCOMPLETO	Se caracteriza por la expulsión de parte del contenido uterino, pero todavía quedan restos embrionarios y/u ovulares dentro del útero; clínica puede presentar hemorragia, cólicos, y posible observar restos ovulares, fetales o líquido a través del cuello.
ABORTO COMPLETO	En esta forma clínica de aborto ya se ha producido la expulsión completa del huevo, lo que siempre se ha de comprobar mediante una ecografía. El sangrado, en esta situación, es escaso o nulo y la paciente no tiene dolor.
ABORTO DIFERIDO	Esta situación clínica se caracteriza por que el embarazo se ha interrumpido, no existe actividad cardíaca o no se visualiza el embrión a pesar de no tratarse de una gestación incipiente, pero el huevo no se expulsa y esto se produce sin que haya hemorragia vaginal o dolor. Cuando la expulsión no tiene lugar 8 semanas posteriores a la muerte del producto del embarazo se habla de aborto diferido, el diagnóstico se hace ante la evidencia de muerte fetal sin signos clínicos de aborto. La complicación más temible de este tipo de aborto es la coagulación de consumo por un proceso de coagulación intravascular.
ABORTO SÉPTICO	Se define como la infección del útero, pero puede afectar también a estructuras vecinas del mismo, incluso dando lugar a una pelvi-peritonitis, que se produce después de un aborto. Se observa, con mayor frecuencia, en mujeres que han sido sometidas a un aborto ilegal. Se caracteriza por la presencia de fiebre superior a 38°C, malestar general, dolor abdominal que se localiza en el hipogastrio y ambas fosas ilíacas y la aparición de un flujo vaginal maloliente. Suele asociarse a leucocitosis con desviación a la izquierda. En la exploración clínica, la delimitación del útero y de los anexos es dolorosa y el útero puede estar aumentado de tamaño y ser de consistencia blanda. En ocasiones es posible visualizar, mediante el espéculo, la salida de líquido purulento por el orificio cervical. Es un proceso polimicrobiano en el que los gérmenes más

	frecuentemente implicados son E. coli, Enterobacter, Proteus, Bacteroides, Streptococcus y Clostridium.patógenos procedentes de la flora intestinal o vaginal pueden arrastrarse hacia la cavidad uterina por maniobras quirúrgicas no sépticas manifestándose en la paciente, dolor pélvico, hipersensibilidad suprapúbica, fiebre, secreción fétida de la vagina y cuello, dolor al movimiento del útero o el cérvix y complicaciones de shock séptico que podrían llevarla a la muerte.
ABORTO RECURRENTE	Se considera que una mujer padece abortos de repetición si ha sufrido tres o más abortos seguidos. Clásicamente se denominaba a esta situación aborto recurrente o aborto habitual; sin embargo, actualmente se emplean indistintamente los tres términos. De esta manera, en un trabajo realizado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en 1998, se pudo observar que el riesgo de que se produzca un aborto después de uno, dos, tres y cuatro abortos consecutivos es del 20, el 26, el 38 y el 43%, respectivamente. ⁽¹⁻¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁹⁾

2.1.8 TÉCNICAS PARA REALIZAR UN ABORTO

2.1.8.1 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

El embarazo puede ser eliminado quirúrgicamente a través de un cuello adecuadamente dilatado o por vía trans-abdominal.

- Dilatación o curetaje: Evacuar el embarazo por raspado mecánico del contenido (curetaje por corte), por aspiración al vacío (curetaje por aspiración) o ambos. Deben realizarse antes de las 14 semanas para evitar complicaciones.
- Después de la 16 semana se práctica dilatación y evacuación la cual consiste en dilatación amplia seguida de destrucción mecánica y evacuación de partes fetales. Durante la dilatación o curetaje puede suceder perforación uterina accidental, incompetencia cervical, sinequias. En los abortos más avanzados realizados por curetaje puede inducir coagulopatía de consumo súbita y grave y ser fatal. El traumatismo secundario que puede provocar la dilatación mecánica puede ser minimizada con agente que expanda lentamente y dilata el cuello llamadas laminarias. ⁽¹⁻²⁾

- Aspiración menstrual uterina (AMEU): La aspiración de la cavidad endometrial con una cánula flexible de Karman de 5, 6, 7, 8, 9, 10 o de 12 mm y una jeringa, dentro de la primera a tercera semana posteriores a falta menstrual (específicamente antes de las 12 semanas), se denomina extracción menstrual. Los problemas que pueden suceder son falta de reconocer un embarazo ectópico y raramente perforación uterina.
- Histerectomía e hysterotomía Abdominal: Cuando hay una enfermedad uterina importante como cáncer de cérvix o cáncer de ovario, la histerectomía puede ser el tratamiento ideal para culminar el embarazo y cuando se debe realizar una esterilización la hysterotomía con interrupción de la continuidad tubaria son más convenientes que el curetaje o inducción médica principalmente cuando ésta tiene fracaso. ⁽²⁻¹⁶⁻²¹⁾

2.1.8.2 TÉCNICAS MÉDICAS

Muchas sustancias han sido utilizadas como agentes abortivos por mujeres que no desean el embarazo y en la actualidad existen solo algunas drogas abortivas eficaces y seguras:

- Oxitocina: En el segundo trimestre la inducción del aborto con administración de altas dosis de oxitocina, 10 UI/min en 1,000 cc de solución de Lactato de Ringer (100mU/ml) a 50 mU/min o 0.5ml/min incrementando la velocidad cada 30 a 40 minutos hasta un máximo de 2 ml/min provocando incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones. ⁽¹⁻²¹⁾
- Soluciones hiperosmóticas intraamnióticas:
 - Solución fisiológica: Se utiliza el segundo trimestre del embarazo inyectado dentro del saco amniótico solución fisiológica al 10-25% para estimular contracciones uterinas y dilatación cervical. Tiene beneficios tales como rapidez, bajo costo, menor dolor y trauma emocional pero es poco utilizado ya que complicaciones como crisis hiperosmolar, insuficiencia cardíaca, shock séptico, peritonitis, hemorragia, coagulación intravascular diseminada, intoxicación acuosa e incluso la muerte pueden suceder. ⁽¹⁰⁾
 - Urea hiperosmolar: La urea al 30-40% disuelta en solución dextrosa al 5% inyectada en saco amniótico seguida de oxitocina intravenosa a 400mU/min es eficaz para producir aborto y menos probabilidad de toxicidad. La urea más

prostaglandinas F2 alfa inyectada dentro del saco amniótico es igualmente efectiva. ⁽¹⁰⁻²¹⁾

- Prostaglandinas: Las prostaglandinas y sus análogos se utilizan para interrumpir el embarazo principalmente en el segundo trimestre. La prostaglandina E2, la prostaglandina F2 alfa y ciertos análogos son los más utilizados. La eficacia varía del 86% al 95% y el intervalo de tiempo entre la inducción y el parto oscilan entre 4 y más de 48 horas. Las vías a utilizar pueden ser intramuscular, oral, vaginal, intramniótica, intracervical, extraamniótica. ⁽¹⁻²¹⁾
- Antiprogestero RU 486 (mifeprestona) Se utiliza para efectuar abortos al comienzo del embarazo, se puede utilizar sola o en combinación con prostaglandinas orales. Tiene alta afinidad con receptores de sitios fijadores de progesterona. 600 mg de RU 486 antes de las 6 semanas produce una tasa de aborto del 85% y en combinación con prostaglandinas de un 95%. Los efectos colaterales incluyen, náuseas, vómitos dolor abdominal. El mayor riesgo asociado es la hemorragia debida a la expulsión parcial del embarazo y hemorragia intraabdominal producida por el embarazo ectópico no sospechado. ⁽¹⁰⁾
- Eposteno: Es un inhibidor de la 3 beta-hidroxiesteroide hidrogenasa que bloquea la síntesis de progesterona endógena al cual administrarla en el primer trimestre de embarazo induce el aborto en aproximadamente el 85% de las mujeres. Las náuseas es el efecto colateral más frecuente y la hemorragia si el aborto es incompleto. ⁽²¹⁻²²⁾

2.1.9 COMPLICACIONES

Las complicaciones del aborto pueden ser inmediatas y tardía: ⁽⁷⁻¹⁹⁾

2.1.9.1 COMPLICACIONES INMEDIATAS

- Infecciones y hemorragias: son las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Laceraciones y perforaciones uterinas: Se presentan en un 2 a 3% de las pacientes que abortan. ⁽⁷⁻¹⁹⁾
- Muerte

2.1.9.2 COMPLICACIONES TARDÍAS: ⁽⁷⁻¹⁹⁾

- Enfermedad inflamatoria pélvica: Es una enfermedad que puede disminuir la fertilidad y aumentar el riesgo de embarazos ectópicos. El 23% de las mujeres

infectadas por clamidia en el momento del aborto (aproximadamente 25%) desarrollan enfermedad inflamatoria pélvica de las que no están infectadas el 5% lo desarrollaran dentro de las siguientes cuatro semanas.

- Endometritis: Es una inflamación del endometrio, dolorosa y que origina alteraciones en la menstruación. El riesgo de padecer lo aumenta después de un aborto pero sobre todo en las adolescentes que tienen 1.5 más posibilidades.
- Placenta previa: El riesgo de placenta previa en los embarazos posteriores aumenta de 7 a 15 después de un aborto.
- Complicaciones del parto: El riesgo de partos prematuros aumenta con los abortos previos entre 1.89 y 2.60 veces más que las mujeres que han llevado el número de embarazos a término.
- Embarazos ectópicos: La posibilidad de que después de un aborto se produzcan embarazos ectópicos aumenta con cada evento de aborto.
- Cambios en los síntomas menstruales: Las mujeres con abortos previos presentan un excesivo cambio en síntomas menstruales en todas las edades.
- Sinequias uterinas: La incidencia de adherencias o sinequias uterinas es elevada principalmente en las mujeres que han tenido dos o más curetajes.
- Abortos espontáneos: El riesgo de sufrir abortos espontáneos luego de dos o más abortos inducidos aumenta el doble o el triple durante el primer trimestre de embarazo.
- Esterilidad: El aborto inducido puede provocar esterilidad tres a cuatro veces más que en mujeres que nunca se han sometido a un aborto.
- Muerte: Una mujer que ha pasado un aborto tiene cuatro veces más posibilidades de morir que una que no ha tenido aborto. ⁽¹⁻¹¹⁻¹⁹⁻²¹⁾

2.2 ADOLESCENCIA

Se considera que la adolescencia es una etapa que comprende un período de transición entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, mental, emocional y social del individuo. ⁽²³⁾ La OMS la define como: "Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir entre los 10 y 19 años, y la divide en:⁽²⁾

- Adolescencia Temprana (10 a 12 años): se le conoce también, como periodo peripuberal, en esta etapa existen cambios físicos y biológicos. Esta fase viene acompañada por cambios psicológicos, como la disminución del interés por los padres; hay un aumento de las capacidades cognitivas, preocupación por la apariencia física y por los cambios que se experimentan, con frecuencia existe falta de control de los impulsos y las metas que se proponen son, por lo general, irreales ⁽²³⁾.
- Adolescencia Media (13 a 15 años) es el periodo adolescente literalmente hablando, cuando está casi completa la formación de los caracteres sexuales secundarios (mamas, pene y estatura). En esta etapa, los jóvenes comienzan a relacionarse y a comunicarse mejor con los padres. Se considera que en este lapso se inicia en promedio, las relaciones sexuales y con frecuencia, se asumen conductas que implican riesgos físicos y psicológicos para ellos y para los demás. ⁽
- Adolescencia Tardía (16 a 19 años): los cambios físicos son pocos en esta etapa, el o la adolescente comienzan a aceptar su cuerpo y se espera que se manifiesten valores y actitudes propios del adulto. También las relaciones íntimas se remplazan las relaciones entre los pares y comienza a desarrollarse el proyecto de vida y de metas más realistas ⁽³⁻²³⁾.

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano, marcada por cambios biológicos, cognitivos y psicosociales; donde emerge el fenómeno sexual y la falta de control de los impulsos, los cuales, condicionan comportamientos arriesgados que pueden afectar la salud sexual y reproductiva. Las características socioeconómicas, culturales, políticas y ambientales, también son influencias importantes sobre la sexualidad de los adolescentes. ⁽²³⁾

2.3 SEXUALIDAD TEMPRANA

La sexualidad temprana o en la adolescente comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo (Real Academia Española). La sexualidad, está determinada por la anatomía, la fisiología, la cultura, las relaciones con otros y las experiencias evolutivas a través del ciclo vital. Esto incluye, la percepción de ser hombre o de ser mujer, las ideas privadas y las fantasías, al igual que la conducta ⁽²³⁻²⁴⁾.

La sexualidad en el adolescente puede tomar caminos variados y con frecuencia tiene resultados no deseados como: el inicio a edades muy tempranas, embarazos en adolescentes, contagios de ETS y SIDA. La cultura, por otra parte, tiene una influencia marcada en la sexualidad del adolescente, en la actualidad los jóvenes se enfrentan a cambios sociales y económicos que han modificado los patrones tradicionales. ⁽²³⁾

En relación con el comportamiento sexual se considera que al menos el 80% de los adolescentes de África subsahariana han tenido alguna relación sexual antes de los veinte años, al igual que el 75% en países desarrollados del mundo occidental y el 50% en el caso de América Latina. Aproximadamente 15 millones de adolescentes se convierten en madre cada año, lo cual supone que más del 10% de todos los nacimientos ocurren en adolescentes. Esto afecta principalmente a los países en vías de desarrollo en los que se informa que el 17% de todos los partos se producen en adolescentes. ⁽²³⁾

La OMS menciona que los adolescentes son más vulnerables a tener conductas de riesgo en cuanto a la sexualidad que personas de otras edades. Entre estas conductas se mencionan el tener relaciones sexuales a temprana edad, no usar preservativos ni otro método anticonceptivo, lo que puede llevar a consecuencias como embarazos no deseados y/o contagio de alguna ETS o SIDA ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

El tema de la sexualidad en los adolescentes ha retomado importancia en el ámbito de la salud pública debido al aumento de los embarazos precoces, a las altas tasas de jóvenes con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, y al descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales ⁽²³⁾.

2.4 ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA.

La conducta sexual insegura e irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado son problemas de salud que presentan los adolescentes y adultos jóvenes con mucha frecuencia. El aborto provocado se produce en edades tan tempranas como la adolescencia, coincidiendo con el inicio de las relaciones sexuales, que se practica por los jóvenes sin orientación, preparación y muchas veces sin protección. ⁽²⁴⁾

Se realizó el estudio con el fin de establecer la relación que existe entre la sexualidad temprana y los abortos provocados, debido a que se considera que el tener relaciones sexuales a temprana edad predispone a las adolescentes a quedar embarazadas y posterior a ello desean practicarse un aborto, esto puede deberse a muchas causas pero en especial se considera que es consecuencia de tener relaciones sexuales sin saber las complicaciones que están pueden provocar. Además las mismas se tienen sin la protección necesaria y esto predispone a tener embarazos no deseados y por ende a tener un aumento en la incidencia de abortos provocados, que en nuestro medio no están autorizados y por lo mismo las adolescentes que desean practicárselos acuden a centros no autorizados para tal fin.

El problema del inicio temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes sin el debido conocimiento acerca del tema, se ha generalizado en el mundo de hoy y nuestro país a pesar del sistema de salud con que se cuenta una gran preocupación. Para algunos prestigiosos autores el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes. ⁽²⁸⁾

En un estudio realizado por Souza Vera y otros, el 72,5 % de los adolescentes entre 17-19 años ya tenían este antecedente positivo, y el 52 % se habían practicado dos interrupciones de embarazo, valores ligeramente mayores a los encontrados en este estudio.

Según expresa un estudio sobre la salud reproductiva en la juventud cubana, las interrupciones de embarazos en Cuba, se practican de forma general en jóvenes entre 18 y 19 años, a pesar de la labor educativa de las instancias de salud, fundamentalmente la atención primaria. ⁽²⁴⁾

La sexualidad conlleva, en muchas ocasiones, al inicio de la actividad sexual a edades cada vez más tempranas; estimándose que el 50% de las mujeres de Latinoamérica y el Caribe han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años de edad. Según la Encuesta Nacional de Población y Familia "ENPOFAM", en Venezuela, el 50% de las adolescentes en zonas urbanas del país, tienen su primera relación sexual antes de los 19 años y un 10% antes de los 15; mientras que en las zonas rurales, el 70% se inicia sexualmente antes de los 19 años y un 30% antes de los 15. ⁽²⁵⁾

Cada año un aproximado de dos millones de adolescentes de los países en desarrollo se practican un aborto inducido y la tercera parte de todas las mujeres que acuden al hospital para recibir asistencia médica por sus complicaciones, son menores de 20 años. ⁽³⁻²⁴⁾ Ya que dentro de la incidencia de abortos en edades tempranas, encontramos que, por cada 4 abortos practicados tres corresponde a una menor de 20 años. ⁽²⁻²³⁾

En un estudio sobre la conducta sexual y antecedentes de aborto provocado y sus complicaciones en adolescentes y adultas jóvenes, la muestra se constituyó con las que tenían el antecedente de aborto provocado que dieron su consentimiento a participar en la investigación. El resultado fue que 42,2 % de las adolescentes se había practicado una interrupción de embarazo, el 50,5 % inició la actividad sexual entre 15-17 años, el 45,9 % no se protege nunca durante las relaciones sexuales. Por lo que se concluyó en el estudio que el inicio de la actividad sexual precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a las adolescentes a una serie de riesgos entre ellos el aborto provocado, lo que compromete su salud sexual y reproductiva. ⁽³⁻¹⁷⁻²⁴⁾

En el estudio sobre el comportamiento del aborto provocado en el Hospital Gineco-obstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas durante el cuatrimestre septiembre-diciembre de 2010, se exhibe que la edad de las primeras relaciones sexuales de las adolescentes encuestadas más representativas fueron en primer lugar los 15, 14 y 13 años con 40,6 %, 27,3 %, 13,2 %, respectivamente. ⁽²¹⁾. En otro estudio sobre el comportamiento del aborto provocado, publicado en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología en el 2010; se determinó que las principales razones por las que una adolescente opta por el aborto fueron: que tener un hijo dificultaría su educación o trabajo, no estar preparadas para ser madre, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja. También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja. ⁽¹⁰⁻²¹⁾

Entre los retos que deben enfrentar los adolescentes están los relacionados con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva, por el posible advenimiento de embarazos no deseados, sus consecuencias, así como el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual. ^(4- 25)

III. OBJETIVOS

3.1 General

- 3.1.1** Determinar la relación que existe entre la sexualidad temprana y los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente.

3.2 Específicos

- 3.2.1** Caracterizar los factores epidemiológicos de las pacientes que presentan abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente tales como: el grado de escolaridad, estado civil, procedencia, condición socioeconómica y etnia.
- 3.2.2** Determinar a qué edad iniciaron las relaciones sexuales las pacientes que presentaron abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente.
- 3.2.3** Establecer a qué edad son más frecuentes los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo-Prospectivo

4.2 Universo:

Pacientes que presenten abortos provocados durante los meses de enero a diciembre del 2014 en el Hospital Regional de Occidente.

4.3 Unidades de estudio:

Pacientes que presenten abortos provocados durante los meses de enero a diciembre del 2014 en el Hospital Regional de Occidente.

4.4 Selección de las unidades de estudio:

Aleatorio simple.

4.5 Tamaño de la muestra:

Pacientes que presenten abortos provocados durante los meses de enero a diciembre del 2014 en el Hospital Regional de Occidente

4.6 Criterios de inclusión:

Pacientes con Abortos Provocados

Pacientes sometidas a procedimientos como AMEU, LIU o HAT secundario a un aborto provocado.

4.7 Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten abortos espontáneos.

4.8 Variables:

- Variable independiente:
 - Abortos Provocados
- Variable dependiente:
 - Sexualidad temprana
 - Características epidemiológicas:

- Grado de escolaridad
- Procedencia
- Condición socioeconómica
- Etnia
- Edad

4.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición
Sexualidad temprana	Se refiere a la edad del primer coito	Cuantitativa	<p>≤ 14años</p> <p>15-17años</p> <p>18-20 años</p> <p>Mas 20años</p>
Aborto provocado	La interrupción voluntaria del embarazo que consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto para su eliminación.	Cualitativa	<p>Si</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de fármacos • Utilización de cuerpos extraños • Consulta con personal no adiestrado <p>No</p> <ul style="list-style-type: none"> • El aborto se produjo espontáneamente.
Grado de escolaridad	La escolaridad es el grado académico o hasta qué nivel un asociado ha estudiado.	Cualitativa	<p>Ninguna</p> <p>Primaria</p> <p>Básico</p> <p>Diversificado</p> <p>Universitario</p>

Procedencia	Se emplea para designar el origen, el comienzo que ostenta una persona y del cual procede, es decir la nacionalidad que la misma presenta.	Cualitativa	Quetzaltenango Municipios Otros departamentos
Condición socioeconómica	Esta característica clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas	Cualitativa	Clase Baja Clase media Clase alta
Etnia	Es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, lengua, religión, celebración de ciertas festividades, música, vestimenta, tipo de alimentación en, un territorio.	Cualitativa	Ladina Indígena
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Refiere a la edad biológica de pertenencia	Cuantitativa continua	≤ 14años 15-17años 18-20 años Mas 20años
Motivo de solicitud de la interrupción	Se refiere a la causa del motivo de la interrupción.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy joven • Madre Soltera • Interrumpe desarrollo personal • Falta de apoyo familiar y/o pareja • Embarazo fuera del matrimonio.

4.10 APLICABILIDAD Y UTILIDAD

4.10.1 Alcances:

- Establecer las causas de los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente, para implementar acciones que disminuyan este tipo de abortos.
- Promover acciones que mejoren la educación sexual a temprana edad para disminuir los embarazos no deseados con el uso adecuado de métodos anticonceptivos, y para que de ésta manera se disminuya el número de abortos provocados.

4.10.2 Límites:

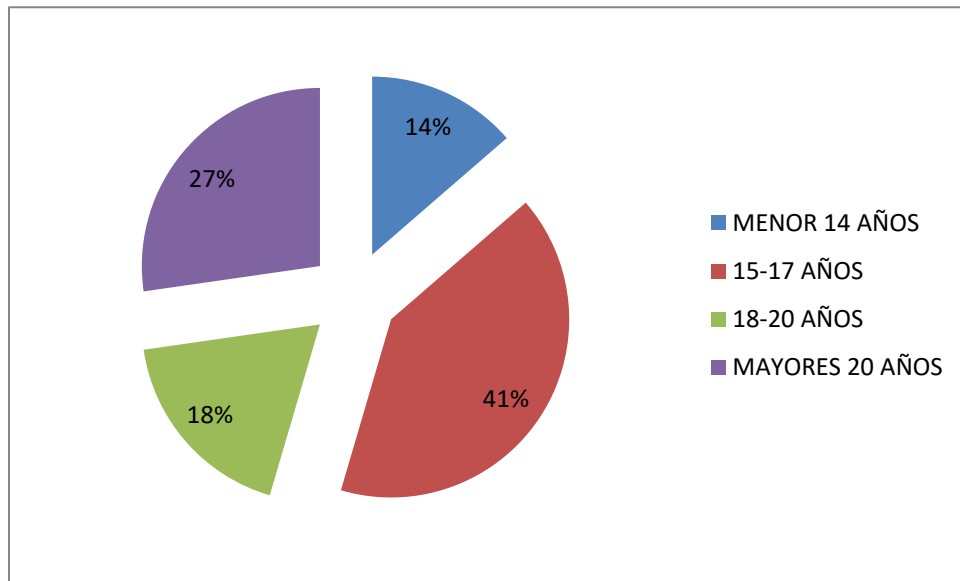
- Parámetros que no pueden ser evaluados en las pacientes y que incluya una escala específica por lo que se excluirán del presente estudio.
- Pacientes que no quieran participar en el estudio.

4.10.3 Aporte:

- Establecer si la sexualidad temprana tiene relación con los abortos provocados para mejorar la educación en las adolescentes para que en primera instancia se abstengan de tener relaciones sexuales a edad temprana, y si tienen relaciones sea con las medidas de protección necesaria para disminuir el número de embarazos no deseados y por ende el número de abortos provocados.

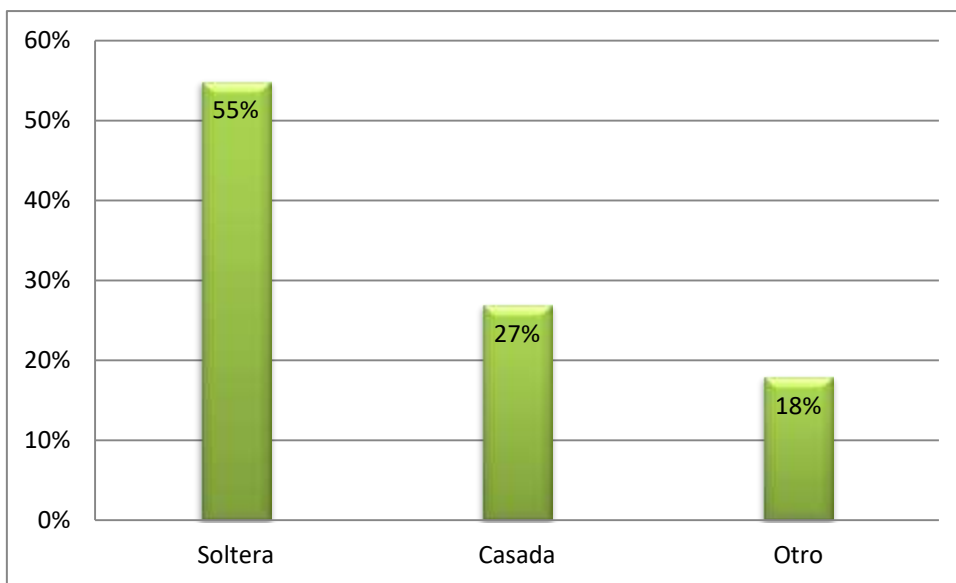
V. RESULTADOS

GRAFICA No. 1
EDAD DE LAS PACIENTES



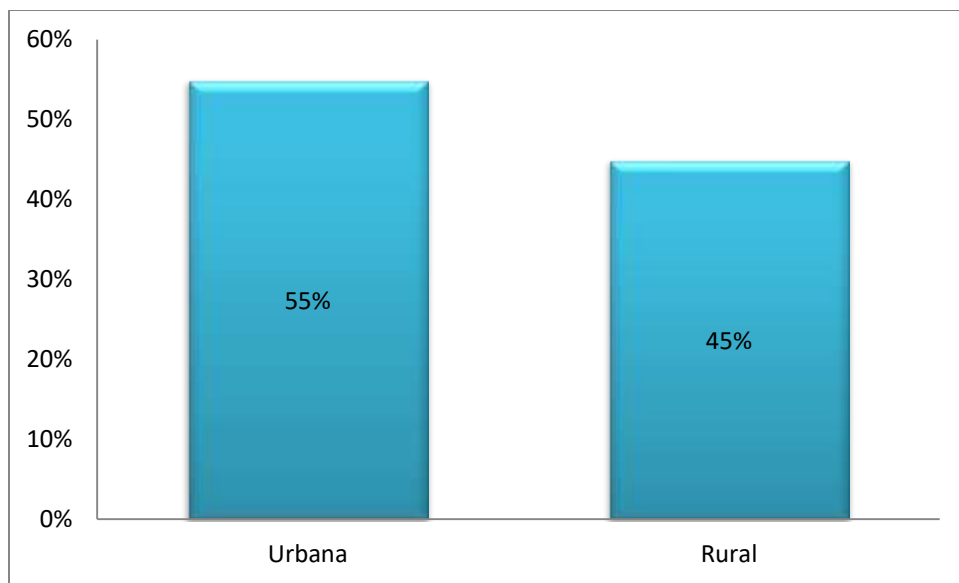
FUENTE: Boleta recolección de datos

GRAFICA No. 2
ESTADO CIVIL



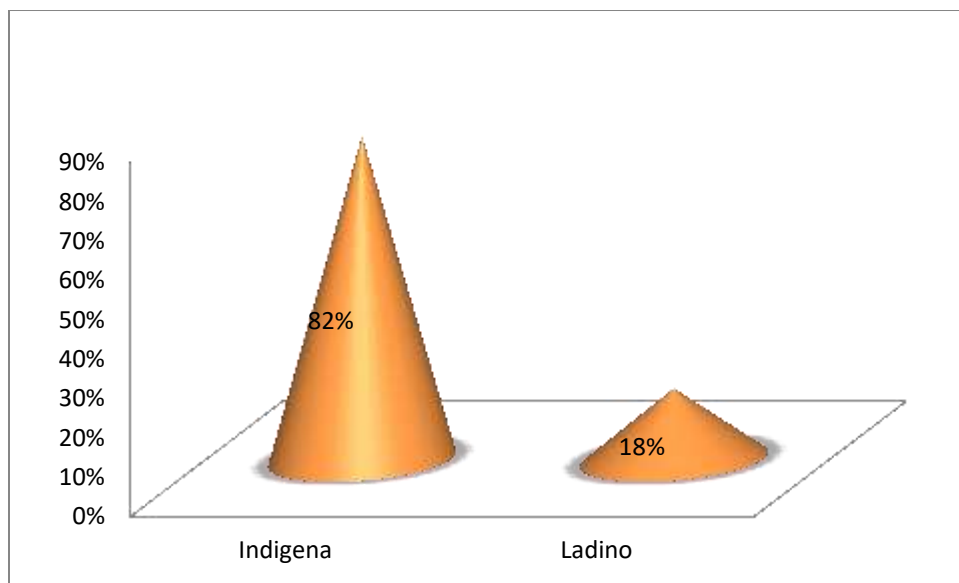
FUENTE: Boleta recolección de datos

GRAFICA No. 3
PROCEDENCIA



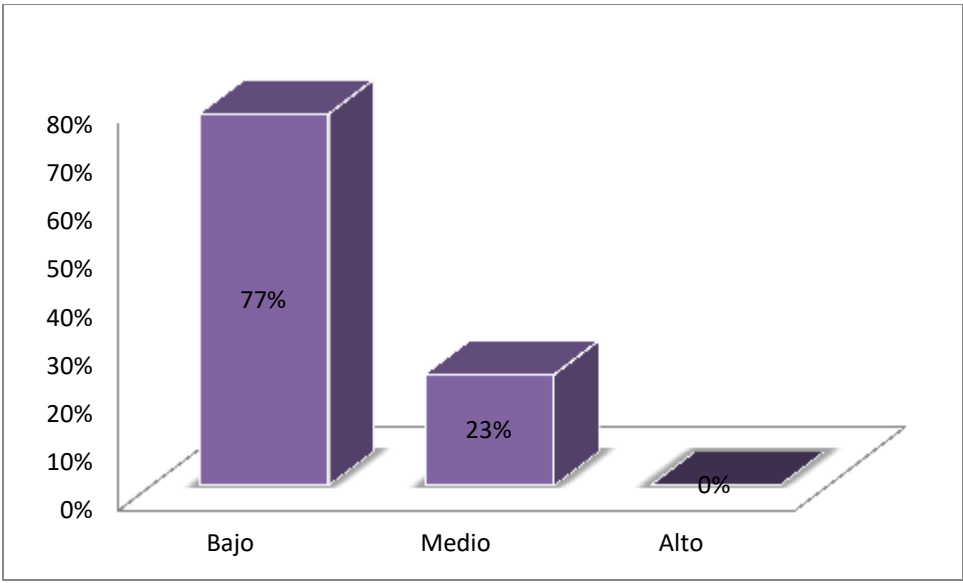
FUENTE: Boleta recolección de datos

GRAFICA No. 4
ETNIA



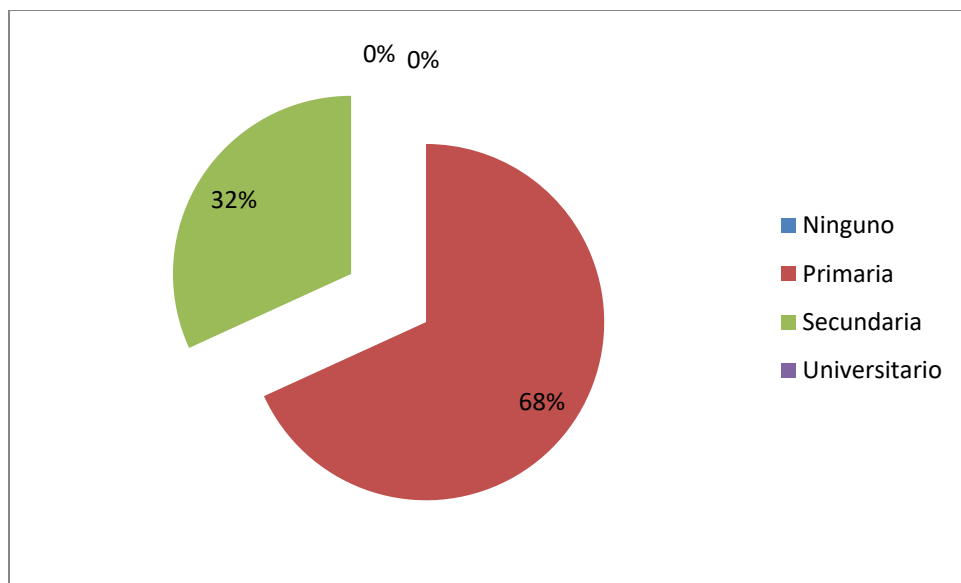
FUENTE: Boleta recolección de datos

GRAFICA No 5
NIVEL SOCIOECONOMICO



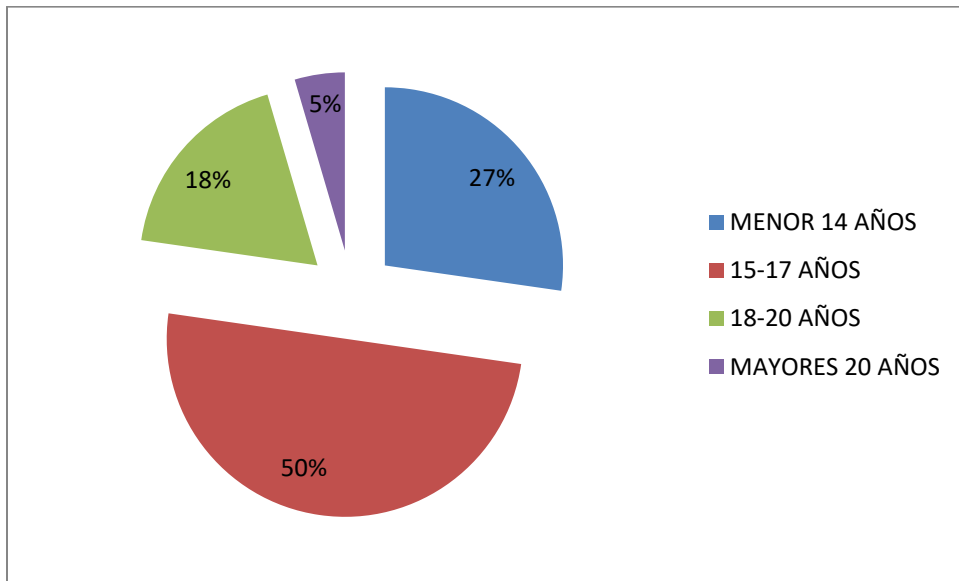
FUENTE: Boleta recolección de datos

GRAFICA No. 6
NIVEL DE ESCOLARIDAD



FUENTE: Boleta recolección de datos

GRAFICA No. 7
EDAD A LA QUE INICIARON A TENER RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Boleta recolección de datos

CUADRO No. 1
COMPARACIÓN DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y LA EDAD A LA QUE SE PRESENTO EL ABORTO PROVOCADO

EDAD	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	ABORTOS PROVOCADOS
MENOR 14 AÑOS	6 (27%)	3 (14%)
15-17 AÑOS	11 (50%)	9 (41%)
18-20 AÑOS	4 (18%)	4 (18%)
MAYORES 20 AÑOS	1 (5%)	6 (27%)
Total	22	22

Fuente: Boleta de investigación.

PRUEBA DE HIPÓTESIS DE DIFERENCIA DE PORCENTAJES

HA: Existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados.

HO: No existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados.

Sexualidad	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	ABORTOS PROVOCADOS	Total
Menores de 17 años	17	12	29
Mayores de 18 años	5	10	15
Total	22	22	44

Fuente: Cuadro No. 1

$N1 = 29$

$N2 = 15$

$P1 = 29 / 44 * 100 = 65.90$

$p1 = 50$

$P2 = 15 / 44 * 100 = 34.09$

$q2 = 50$

- $P1 > P2$ con un error del 0.05 con un valor esperado de 1.645
- HO: $P1 < P2$
- HA: $P1 > P2$
- $Z = (P1 - P2) - (p1 - p2) / \text{Raíz Cuadrada de } (pq/N1) + (pq/N2)$
- $Z = (65.9 - 34.09) - (50 - 50) / \text{Raíz cuadrada de } ((50 * 50 / 29) + (50 * 50 / 15)) = 2.00$

Conclusión:

- Se rechaza Ho debido a que 2.00 es mayor que 1.645, por lo que sí existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN:

EDAD	X(inicio de relaciones)	X ²	Y (Abortos provocados)	Y ²	XY
MENOR 14 AÑOS	6	36	3	9	18
15-17 AÑOS	11	121	9	81	99
18-20 AÑOS	4	16	4	16	16
> DE 20 AÑOS	1	1	6	36	6
SUMATORIA	22	174	22	142	139

Fuente: Cuadro No. 1

$$r = \frac{n \sum XY - \sum X * \sum Y}{\sqrt{(n \sum X^2 - (\sum X)^2) * (n \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

$$r = \frac{4 \sum 139 - \sum 22 * \sum 22}{\sqrt{(4 \sum 174 - (\sum 22)^2) * (4 \sum 142 - (\sum 22)^2)}}$$

$$r = 0.54$$

Según la regla del coeficiente de correlación, mientras el resultado más se acerca a 1 tiene más correlación, y mientras más se acerca a 0 tiene menos correlación.

Conclusión:

- Debido a que 0.54 se acerca más a 1 se puede establecer que sí existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados aunque el valor no es estadísticamente significativo.

CUADRO No. 2
MOTIVO DE LA INTERRUPCION

MOTIVO DE LA INTERRUPCION	No. PACIENTES
Muy Joven	10
Madre Soltera	10
Interrumpe desarrollo personal	4
Falta de apoyo familiar y/o Pareja	3
Embarazo fuera del Matrimonio	3
Otras causas	2

FUENTE: Boleta recolección de datos

VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Considerando como objetivo principal del trabajo de investigación determinar la relación que existe entre la sexualidad temprana y los abortos provocados se tomaron para el trabajo de investigación a la totalidad de pacientes que presentaron abortos provocados en el año 2014 las cuáles fueron 22, a quienes se les practicaron distintos procedimientos, como AMEU, LIU e Histerectomía; dejando fuera de la investigación pacientes que presentaron abortos espontáneos, en el Hospital Regional de Occidente en el año 2014.

En un estudio sobre el comportamiento del aborto provocado realizado en el Hospital Gineco-obstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas durante el cuatrimestre septiembre-diciembre del 2010. El universo de trabajo estuvo integrado por 128 adolescentes que acudieron al servicio, se concluyó que las adolescentes que predominaron en el estudio fueron las comprendidas entre 15 y 17 años con 74 casos lo cual correspondía 57,8 %, del total de los casos. ⁽²¹⁾

En el estudio se estableció que la edad más frecuente de las pacientes que acudieron por abortos provocados fueron adolescentes, como se puede observar y confirmar en la gráfica No. 1 ya que la edad más frecuente fue de 15-17 años lo cual corresponde a un 41%, con un total 9 pacientes; por lo que se considera que los abortos provocados son más frecuentes en las pacientes adolescentes.

En la gráfica No. 3 se observó que del total de la muestra de las pacientes que presento abortos provocados, la mayor proporción en cuanto a la procedencia eran del área rural ocupando el 55%, considerando que el resultado acierta con el estudio del INCAP de 2013 sobre mortalidad relacionada con aborto entre mujeres ladinas e indígenas del área urbana y rural de Guatemala que encontró que a nivel hospitalario el 80% de los abortos atendidos son espontáneos y menos del 3% son provocados, siendo más las pacientes provenientes del área rural en un 72% e indígenas en un 58%. ⁽¹⁷⁾

Además se acierta el resultado ya que en la gráfica No. 4 en relación a la etnia se observó que la mayor parte de pacientes son indígenas ya que ocupan el 82%, sin embargo se podría considerar que las pacientes más frecuentes son las que podrían tener un nivel socioeconómico más bajo y con menor escolaridad. Como se describe en la gráfica No. 5

en donde se observa que el 77% de las pacientes presentan un nivel socioeconómico bajo y al mismo tiempo se puede observar en la gráfica No. 6 refiriéndose al nivel de escolaridad en la que hace referencia a que la mayor parte de pacientes 68% presenta un nivel de escolaridad bajo; de igual manera se puede observar en el estudio realizado en el 2010 en la Habana Cuba en donde el 55% de las pacientes que abortaron tenían una escolaridad preuniversitaria, y sólo 5.5% eran universitarias.⁽¹⁰⁻²¹⁾

El objetivo principal de la investigación fue establecer si existe relación entre el inicio de la sexualidad temprana y los abortos provocados, como se pudo observar en la gráfica No. 7 el 50% de las pacientes inició relaciones sexuales entre 15-17 años; de igual manera se confirma en el estudio sobre el comportamiento del aborto provocado en el Hospital Gineco-obstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas durante el cuatrimestre septiembre-diciembre de 2010, se exhibe que la edad de las primeras relaciones sexuales de las adolescentes encuestadas más representativas fueron en primer lugar los 15, 14 y 13 años con 40,6 %, 27,3 %, 13,2 %, respectivamente⁽²¹⁾; por lo que sí es considerado un factor de riesgo el inicio temprano de relaciones sexuales, y se confirmaría que si hay relación entre el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad con el aumento de los abortos provocados.

En un estudio realizado en Ghana en el 2010 se comparó a las mujeres con abortos espontáneos con las mujeres con abortos provocados, en donde se demostró que las pacientes que presentaron abortos provocados eran más jóvenes, más pobres, sin ninguna religión y solteras⁽⁸⁾; en otro estudio realizado por Peláez sobre factores asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de la enseñanza media, encontró que habían iniciado su primera relación sexual entre los 14 y los 16 años⁽¹⁰⁾, por lo que señala que entre todas las conductas sexuales de riesgo es sin duda el inicio precoz de las relaciones sexuales la que posee una mayor trascendencia, pues es precisamente a partir de esta que se derivan todas las restantes. Por lo tanto es necesario prolongar lo más posible el inicio de las relaciones sexuales para que de ésta manera se disminuya la incidencia de abortos provocados en adolescentes en Guatemala.

En el cuadro No. 1 se evidencio que al comparar el inicio de las relaciones sexuales el 77% de las pacientes inicio antes de los 17 años, y de estas el 55% presentó un aborto en esa misma edad. Además se observó que el 18% de las pacientes iniciaron relaciones

entre los 18 y los 20 años y de estas un mismo porcentaje tuvieron abortos a la misma edad; por último en dicho cuadro se puede observar que únicamente el 5% de las pacientes iniciaron relaciones sexuales después de los 20 años, mientras que de las pacientes que acudieron al Hospital Regional de Occidente por un aborto provocado el 27% fue después de los 20 años, pero la mayoría empezó a tener relaciones sexuales antes de esa edad, en base a esto se puede inferir que el tener relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para que las pacientes se provoquen un aborto.

Lo anterior se comprobó mediante la prueba de hipótesis de diferencia de porcentajes en donde se rechaza la hipótesis nula con un valor de 2.00 el cual es mayor de 1.645 que fue el valor de referencia para esta prueba, la cual nos permite comprobar que sí existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados.

Además se utilizó la prueba de coeficiente de correlación para establecer si existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados obteniendo un valor de 0.54 el cual se acerca más a la unidad esto nos indica que sí existe tal relación aunque el valor no es estadísticamente significativo mediante esta prueba. Pero en base a los resultados de la prueba de hipótesis de diferencia de porcentajes se comprueba que hay una relación directa entre el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y los abortos provocados.

En el cuadro No. 2 se establecen las causas por las cuales las pacientes se provocaron un aborto siendo las dos causas más frecuentes por las que se daba dicho acto que la paciente era muy joven o era madre soltera; dentro de otras causas tenemos que referían que al tener un embarazo este interrumpiría su desarrollo personal; así mismo 3 pacientes decidieron terminar con el embarazo por falta de apoyo tanto familiar o de la pareja y 3 pacientes refieren que su embarazo se dio fuera del matrimonio, por lo mismo decidieron terminar con el mismo. En base a esto podemos determinar que las causas de un aborto provocado son varias, pero principalmente están relacionadas a tener una edad no adecuada para llevar a término un embarazo.

En un estudio sobre el comportamiento del aborto provocado, publicado en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología en el 2010; se determinó que las principales razones por las que una adolescente opta por el aborto fueron: que tener un hijo dificultaría su

educación o trabajo, no estar preparadas para ser madre, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja. También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja. ⁽¹⁰⁻²¹⁾

En base a todo lo anterior podemos decir que el inicio de las relaciones sexuales es el factor más importante que condiciona que las pacientes menores de 20 años tengan un aborto provocado, por tal motivo se debe educar a todas las adolescentes sobre los riesgos de tener relaciones sexuales a temprana edad para que se abstengan de tenerlas, así mismo se les debe de explicar los métodos de planificación familiar disponibles para que todas aquellas que decidan tener relaciones sexuales a temprana edad no tengan un embarazo no deseado y después de esto tengan que recurrir a un aborto provocado que en la mayoría de las ocasiones es realizado por personal que no está capacitado y además es importante recordar que en Guatemala no está permitido el aborto.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Se determinó que sí existe relación entre el inicio temprano de las relaciones sexuales y los abortos provocados, porque se encontró que el 77% de las pacientes inicio relaciones sexuales antes de los 17 años y de estas el 55% presento un aborto provocado. Esto se comprobó mediante la prueba de hipótesis de diferencia de porcentajes con un valor de 2.00 el cual aprueba la hipótesis planteada de que sí existe relación entre la sexualidad temprana y los abortos provocados; además se utilizó la prueba de coeficiente de correlación en la cual se obtuvo un valor de 0.54 que aunque no es estadísticamente significativo comprueba que si hay relación entre el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y los abortos provocados.
- 6.2.2 Se caracterizaron los factores epidemiológicos de las pacientes que presentaron abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente encontrando lo siguiente: el grado de escolaridad de las pacientes más frecuente fue el nivel primario con un 68%, el estado civil más frecuente fue soltera con un 55%, la procedencia más frecuente fue rural con un 65%, la condición socioeconómica más frecuente fue el nivel bajo con un 77% y la etnia en la que se presentaron más abortos provocados fue la indígena con un 82%.
- 6.2.3 Se determinó que la edad más frecuente a la que iniciaron relaciones sexuales las pacientes que presentaron abortos provocados fue entre los 15 y 17 años con un 50 % y en estas mismas edades con un 41% se presentaron los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aborto. E. González Bosquet y B. Puerto Navarro. Obstetricia, Capítulo 23.
2. Abortion care for adolescent and Young Women. Regina-Maria Renner, Anna de Guzman, Dalia Brahmi, Accepted 27 October 2013
3. Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data 2014
4. B, Auerbach MM, Havens CG, Brach MJ, Klein JD, Sabaratnam P, Pazos. Evaluation of the parents as primary sexuality educators program. J AdolescHealth. 2011 Sep.
5. Cascade E, J et al. Mortalidad materna Centro América. El aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología.
6. Código Penal. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala 2005.
7. Complicaciones físicas tardías. <http://www.vidahumaba.org/temas/aborto-cancer.html>
8. Comparison of women with induced abortion, spontaneous abortion and ectopic pregnancy in Ghana: Hilary M. Schawandt, Andreea A. Creanga, Kwabena A. Danso, Richard M.K. Adenu, Tsiri Agbenyega, Michelle J. Hindin, accepted 21 october 2010
9. Conductas sexuales en adolescents de 12 a 17 años en Andalucía. José Rodríguez Carrión y Clara Isabel Traverso Blanco. 13 febrero de 2012
10. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. Chandra-Mouli V¹, McCarragher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. 02 de enero 2014.
11. Cunninham, Leveno, Bloom, Gary. Et al. Obstetricia, Williams. Aborto. 23a. Edición.
12. Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. Rev.Latino-Am. Enfermagem 21: jul.-ago.2013. Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos; Miriam Aparecida Barbosa Merighi; Maria Cristina Pinto de Jesus; Deíse Moura de Oliveira
13. From unwanted pregnancy to safe abortion: Sharing information about abortion in Asia through animation. 2015

14. González de la Vega. Francisco, Derecho Penal Mexicano. 24ª Edición, Editorial Porrúa, México, 2011
15. Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes, Teresa Yago Simón y Concepción Tomás Aznar, 20 enero 2015
16. Investigation social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. Brooke A. Levandoeski, Linda Kalilani-Phiri, Fannie Kachale, Paschal Awah, Godfrey Kanguade, Chisale Mhango. 2012
17. La iniciación sexual temprana conduce a resultados adversos, se ha utilizado como justificación para las intervenciones de salud sexual. 26 November 2014
18. López, F., Carcedo, R., Fernández-Rouco, N., Blázquez, M., Kilani, A. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. Anales de psicología.
19. Pathways and consequences of unsafe abortion: A comparison among women with complications after induced and spontaneous abortions in Madhya Pradesh, India: Sushanta K. Banerjee, Kathryn L. Andersen, Janardan Warvadekar.
20. Post-abortion contraception study, 2015
21. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010, 409-421.
22. Self-Induced Medical Abortion in an Adolescent. M.S. Coles, MD and L.P. Koenigs, MD. Department of Pediatrics Baystate Childrens Hospital 2014
23. Sexo y Edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes Proyecto de Investigación: Laura A. Saturno Herrera. Barquisimeto, Julio 2012
24. Sexual behavior and induced abortion in adolescents and young colleges women. Dra. Sara Amneris Urgellés Carrera, Dr. Enrique Reyes Guerrero, Dra. Mariela Figueroa Mendoza, Dr. Yoani Batán Bermúdez. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba 5 de junio de 2012.
25. The association between education and induced abortion for three cohorts of adults. Popul Stud (Camb). 2015 Oct 8.
26. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion, Dorothy Shaw. 2010
27. Unmarried womens decisions on pregnancy termination: Qualitative interviews in Colombi, Sri Lanka. Pia Olsson, Kumudu wijewardena. 31 julio 2010
28. Vilella, P. 2010, Enero. Venezuela, el país con mayor tasa de embarazo adolescente de Sudamérica

VIII. ANEXOS

Universidad San Carlos de Guatemala

Facultad de Medicina

Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”

Departamento de Ginecología y Obstetricia

No. De Registro _____

Correlativo _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación:

Estudio descriptivo prospectivo sobre Abortos Provocados y su relación con la sexualidad temprana en el Hospital Regional de Occidente de Enero a Diciembre 2014

Objetivo de la Investigación

Determinar la relación que existe entre la sexualidad temprana y los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente.

¿Que se propone en este estudio?

Establecer las causas de los abortos provocados y promover acciones que mejoren la educación sexual a temprana edad para disminuir los embarazos no deseados con el uso adecuado de métodos anticonceptivos, y para que de ésta manera se disminuya el número de abortos provocados, en el Hospital Regional de Occidente

Tiempo Requerido

Tiempo estimado para toma de información mediante boleta recolectora de datos: 5 minutos

Confidencialidad:

El Proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación Voluntaria:

La Participación es estrictamente voluntaria. La participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento, no habrá ningún tipo de sanción o represalias.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Marcia Argueta Berreondo sobre: Estudio descriptivo prospectivo sobre la Relación que existe entre la sexualidad temprana con el aumento de los abortos provocados en el Hospital Regional de Occidente de Enero a Diciembre 2014. Además he recibido copia de este documento.

Firma de Paciente

Nombre: _____

Cédula o DPI: _____

Número de Registro Clínico: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Dirección de contacto: _____

Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Regional de Occidente
Departamento de Ginecología y Obstetricia

BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

Nombre: _____

Edad: _____

Registro: _____

Boleta No. _____

Aborto Provocado SI _____

NO _____

Inicio Relaciones Sexuales

≤ 14 años _____

15 a 17 años _____

18 a 20 años _____

Mayor 20 años _____

Estado Civil Soltera _____

Casada _____

Otra _____

Grado de Escolaridad Ninguna _____

Primaria _____

Básico _____

Universitario _____

Procedencia Urbana _____

Rural _____

Etnia Ladina _____

Indígena _____

Nivel Socioeconómico Bajo _____

Medio _____

Alto _____

Motivo de solicitud de la Interrupción _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “**ABORTOS PROVOCADOS Y SU RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD TEMPRANA**” para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.