

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA
DE ADOLESCENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO”**

Estudio retrospectivo realizado en el servicio de Ginecoobstetricia de los hospitales nacionales de: Cuilapa, Santa Rosa y de Escuintla, 2013-2017

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Claudia Alejandra Zárate Suárez
Hellen Silvana Cortéz Avila**

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2019

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los bachilleres:

1. CLAUDIA ALEJANDRA ZARATE SUÁREZ 200717694 2611715850101
2. HELLEN SILVANA CORTÉZ AVILA 200842093 2349872942215

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA
DE ADOLESCENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO”**

Estudio retrospectivo realizado en el servicio de Gineco Obstetricia de los hospitales nacionales de: Cuilapa, Santa Rosa y de Escuintla, 2013-2017

Trabajo asesorado por el Dr. Carlos Castro Bámaca, co-asesor Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán y revisado por el Dr. Oliver Adrián Valiente Hernández quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:


ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el catorce de octubre del dos mil diecinueve

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador





Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano



El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

1. CLAUDIA ALEJANDRA ZARATE SUÁREZ 200717694 2611715850101
2. HELLEN SILVANA CORTÉZ AVILA 200842093 2349872942215

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA
DE ADOLESCENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO"**

Estudio retrospectivo realizado en el servicio de Gineco Obstetricia de los hospitales nacionales de: Cuilapa, Santa Rosa y de Escuintla, 2013-2017

El cual ha sido revisado por el Dr. Melvin Fabricio López Santizo, y al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los catorce días de octubre del año dos mil diecinueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Melvin Fabricio López Santizo
Profesor Revisor



César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950



Vo.Bo.
Dr. C. César Oswaldo García
Coordinador

Guatemala, 10 de octubre del 2019

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. CLAUDIA ALEJANDRA ZARATE SUÁREZ
2. HELLEN SILVANA CORTÉZ AVILA



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA
DE ADOLESCENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO"**

Estudio retrospectivo realizado en el servicio de Gineco Obstetricia de los hospitales nacionales de: Cuilapa, Santa Rosa y de Escuintla, 2013-2017


Del cual el asesor, co-asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES


Asesor: Dr. Carlos Castro Bámaca

Co-asesor: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Revisora: Dr. Oliver Adrián Valiente Hernández Registro
de personal 17294



Dr. Carlos Francisco Castro Bámaca
Ginecología y Obstetricia
Cól. 10,613



DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
MSc. EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 8,434



Oliver Adrian Valiente Hernandez MD, MSc.
Ginecología y Obstetricia
Colegiado No. 5,516



Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García, Coordinador

Agradecimiento

A Dios, Por darme las fuerzas necesarias en este largo camino, que sin él no hubiera sido posible. Dios también me premio con una gran familia, mis padres, hermanos, hermana y mis tías quienes han sido un gran apoyo todos estos años, pero me gustaría agradecer en especial a mi mama.

Gracias mami porque desde el principio creíste y confiaste en mí, inclusive en los momentos en lo que ni yo lo hacía, gracias por las miles de veces que me ayudaste a ver claves, gracias porque siempre supiste que decir para animarme, gracias porque tu fuiste el motor todos estos años y sin ti no lo hubiera podido hacer, y no me alcanzara la vida para agradecerte todo lo que has hecho por mí.

A los catedráticos que conocí en mi casa de estudios, el Dr. Morales de Anatomía, la Dra. García de Fisiología, muchas gracias por su tiempo y las explicaciones brindadas inclusive en su tiempo de descanso, les estoy agradecida.

A los catedráticos que conocí en mis segundos hogares, los Hospitales Regionales de Escuintla y Cuilapa, lugares donde viví increíbles experiencias, todas importantes para mi formación.

A los amigos, tuve la fortuna de conocer increíbles personas con las que compartí este sueño y gracias a Dios hoy se concreta, gracias por las risas, por lo turnos, por las tardes de estudio, por las palabras de ánimo, lo logramos...

Y por último solo me queda decir que me siento feliz y agradecida por ser egresada con el título que siempre soñé de la mejor Universidad.

Claudia Alejandra Zarate Suarez

Responsabilidad del trabajo de graduación

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegará a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar sociodemográfica y clínicamente a las adolescentes con aborto espontáneo, ingresadas en los servicios de Ginecoobstetricia de los Hospitales de Cuilapa y Escuintla en el periodo de 2013 a 2017. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 626 expedientes de adolescentes, donde se recolectaron datos a través del instrumento tipo encuesta. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis univariado de datos. **RESULTADOS:** Las adolescentes tienen una media de edad de 18 años \pm DE 6, el 62% (388) católicas, 66% (416) con escolaridad primaria, 48% (301) unidas y 82% (513) amas de casa. Respecto a signos y síntomas, 99.8% (625) no presentaron fiebre, 93% (581) refirieron dolor pélvico, 99% (618) con hemorragia vaginal y 54% (338) expulsión de restos placentarios. Antecedentes ginecoobstetricos 36.1% (226) una gesta, 9.1% (57) dos gestas, 34% (213) un parto, 1.11% (7) dos partos, 6.07% (38) un aborto, 0.3% (2) dos abortos, 11.3% (71) una cesárea. **CONCLUSIONES:** La población de estudio presentó una media de edad de 18 años, católicas, con escolaridad primaria, de estado civil unidas y ocupación amas de casa; con respecto a las características clínicas 9 de 10 adolescentes no presentaron fiebre, refirieron dolor pélvico, presentaron hemorragia vaginal y expulsión de restos placentarios. En cuanto a los antecedentes ginecoobstetricos la moda de gestas fue de 1.

Palabras clave: Adolescente, embarazo, aborto.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 Marco de antecedentes.....	3
2.2 Marco referencial.....	4
2.3 Marco teórico.....	6
2.4 Marco conceptual.....	7
2.5 Marco geográfico.....	8
2.6 Marco institucional.....	9
2.7 Marco legal.....	10
3. OBJETIVOS	13
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	15
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSIÓN	24
7. CONCLUSIONES	27
8. RECOMENDACIONES	29
9. APORTES	31
10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
11.ANEXOS	39

1. INTRODUCCIÓN

Las mujeres adolescentes embarazadas, comparadas con las mujeres adultas, tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo y más riesgo de tener empleos informales y de presentar situación de pobreza. Las adolescentes menores de 15 años embarazadas enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones propias del embarazo y del parto 4 a 8 veces mayor que la observada en el grupo de 15-19 años.¹

La mayoría de las defunciones maternas se deben a complicaciones durante el parto, por ejemplo, partos severamente obstruidos, sobre todo, en el caso de primeros embarazos precoces, hemorragias y complicaciones hipertensiva, en el puerperio (septicemia y hemorragias) o tras un aborto. Entre los factores asociados a esas defunciones cabe citar:” la ausencia de personal de salud calificado durante el parto; la falta de servicios capaces de asegurar una atención obstétrica de urgencia y de responder a las complicaciones relacionadas con los abortos; y la ineficacia de los sistemas de envío de pacientes”.²

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), a nivel mundial el 11 % de los nacimientos proceden de madres adolescentes, de los cuales el 95 % ocurre en países en desarrollo. La región de América Latina tiene la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes del mundo (76 por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años). En Guatemala se ha reportado un registro de embarazo en mujeres menores de 20 años desde el 2009, que correspondía al 18 %, y que presentó un incremento en el 2012 al ubicarse en 22 %. Estas cifras, que para el 2016, Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) continúan aún en un 18 % y se sitúan en la media establecida de la región .³

Durante los últimos años se han incrementado los esfuerzos por reducir los embarazos en adolescentes en Guatemala, los cuales son reconocidos como un problema de inequidad, de desigualdad y de género, que trascienden la dimensión de la salud pública. Esto debido a sus implicaciones en el desarrollo social, económico y político. La mesa técnica interinstitucional presentó PLANEA 2018–2022, con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos, como una respuesta integral, multisectorial y de participación social encaminada a la reducción del embarazo en adolescentes en el país.³

Como parte de los procesos implementados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para mejorar la atención de las mujeres embarazadas y reducir las muertes maternas en el país, en el año 2010 fueron entregados cinco mil ejemplares del Protocolo para la Vigilancia de la Embarazada y de la Muerte de Mujeres en edad Fértil. El documento integra una ficha elaborada por la OMS, que ayuda a identificar a las mujeres embarazadas en riesgo e identifica los puntos críticos para la atención de ésta, desde el nivel comunitario hasta la red de servicios de salud. Toda mujer embarazada se considera de riesgo, no obstante, hay condiciones que demandan una vigilancia oportuna, como en el caso de las madres adolescentes.⁴

De toda la problemática expuesta anteriormente surgió la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de las adolescentes con diagnóstico de aborto espontáneo?, para dar respuesta a ésta interrogante, se realizó la revisión de 626 expedientes de adolescentes con diagnóstico aborto espontáneo, ingresadas en los hospitales de Cuilapa y Escuintla en el periodo de 2013 a 2017.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

En un estudio realizado en una comunidad rural en el municipio de Acajete de Puebla, México, indica que los alumbramientos de madres adolescentes han aumentado. En el año 2000 los nacimientos correspondientes a mujeres de entre 15 y 19 años representaron 15.7 % del total y en 2013 esta proporción ascendió a 16.3 %.⁵

Los antecedentes ginecobstétricos de las adolescentes resalta el alto porcentaje que no usaba ningún método anticonceptivo (86 %), motivo por el que se encontraba en mayor vulnerabilidad para volver a embarazarse siendo todavía menores de 19 años; 40 % ya se encontraban en su segundo o tercer embarazo. La menarquia no fue un evento que tuviera influencia en la incidencia del embarazo, ya que sólo 10% de las encuestadas inició su menstruación antes de los 10 años. Las complicaciones fueron frecuentes y se identificaron en 33.3 % de los casos; éstas fueron: microcefalia, aborto, amenaza de aborto, amenaza de parto pre término, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, macrosomía.⁵

En el 2012, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D. F., México, se realizó un estudio que referencia que el comité promotor de "Maternidad sin Riesgo" estima que en México ocurren aproximadamente 4 200 000 embarazos por año, de los cuales solamente 60 % llega a término de la gestación; los demás embarazos terminan con abortos espontáneos o abortos inducidos.⁶

Según BBC Mundo se reporta que Bolivia es el país de toda Latinoamérica donde más embarazos adolescentes se producen, El más reciente informe sobre el "Estado de la población mundial", del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA, por sus siglas en inglés), señala que la tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de **116 por cada 1000** en ese país.⁷

En el 2018 se realizó un estudio en Chile, el cual hace referencia que datos del Ministerio de Salud señalan que el aborto ocupa el tercer lugar del total de defunciones y mortalidad en el embarazo, parto y puerperio, según grupos de causa entre los años 2000 y 2012, con un 14 %, al igual que las complicaciones predominantes relacionadas con el embarazo y el parto. De acuerdo a los egresos hospitalarios que registra el Ministerio de Salud, entre los años 2012 y 2014 existieron 119 644 registros de embarazos terminados en aborto. De ellos, un total de 107 048 casos se ubican en el tramo etario entre 20 y 44 años, seguido por 10,410 casos en el tramo etario entre 15 a 19 años y 469 casos en el tramo de 10 a 14 años.⁸

Según estudio realizado en mujeres adolescentes embarazadas que consultaron los centros de salud del departamento de Peten durante los meses de octubre del 2001 a enero 2002 hace referencia que Guatemala es un país en vías de desarrollo, en donde el embarazo en las adolescentes es un problema de gran magnitud tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de jóvenes que se convierten en madres antes de los 20 años ya que según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, el 41% de las mujeres son madres antes de los 20 años.⁹

Estudio realizado sobre las principales características obstétricas sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de Septiembre de 2013 a Mayo de 2014, indica que El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) ha informado que los casos de menores de edad en estado de gestación siguen en aumento y Guatemala encabeza los índices más altos en América Latina, pues el 25 por ciento del total de partos en el país se reporta en mujeres de 10 a 19 años .La etapa de la adolescencia más afectada por el embarazo es la etapa media o tardía con un 91.67 %.¹⁰

El embarazo de niñas y adolescentes es un problema a nivel nacional. El Registro Nacional de la Personas (Renap) registró 687 nacimientos de enero a marzo de 2016, de madres entre 10 y 14 años. En el 2015 la cifra llegó a dos mil 947 casos. Datos brindados por estudio publicado en FADEP Por María René Estrada julio 27, 2016.¹¹

2.2 Marco referencial

El término aborto proviene del latín aboriri, expulsar. Se define al aborto como la terminación espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable. Desde un contexto médico, en lengua inglesa los términos aborto espontáneo y aborto provocado se pueden utilizar indistintamente, bajo el término común de aborto. Sin embargo, dado que el empleo popular del término aborto por ley denota la terminación deliberada de un embarazo intacto, los autores prefieren usar la denominación “aborto espontáneo” para la pérdida fetal no provocada.¹²

2.2.1 Aborto

La definición de viabilidad del producto del embarazo conlleva consecuencias médicas, legales y sociales, porque establece la línea que separa el aborto provocado, del nacimiento prematuro. Por lo regular se define al aborto con base en la duración del embarazo y el peso fetal, con fines estadísticos y legales.¹²

En Estados Unidos, el National Center for Health Statistics, los Centers for Disease Control and Prevention y la OMS definen el aborto como la terminación de cualquier embarazo, espontáneo o provocado, antes de las 20 semanas de gestación, o de que el producto al nacer pese menos de 500 g. A veces se genera confusión por la aplicación de criterios legales de algunos estados de dicho país, que definen al aborto de manera más amplia. Los adelantos tecnológicos han revolucionado la terminología actual del aborto. La ecografía transvaginal (TVS, transvaginal, sonography) y la medición precisa de las concentraciones séricas de gonadotropina coriónica humana (HCG human chorionic gonadotropin) permiten identificar embarazos extraordinariamente incipientes y definir su sitio dentro o fuera del útero (intrauterino o ectópico). La aplicación generalizada de tales prácticas ha permitido diferenciar un embarazo extraordinariamente incipiente y definir su sitio dentro o fuera del útero (intrauterion o ectópico). La aplicación generalizada de tales prácticas ha permitido diferenciar un embarazo químico y otro clínico. Otro término (embarazo de sitio desconocido) permite alcanzar el objetivo de identificación temprana y tratamiento del embarazo ectópico. Entre los embarazos intrauterinos, los que culminan en expulsión espontánea en el primer trimestre, que se situarían dentro de las primeras 12 semanas, también reciben el nombre de pérdida temprana del embarazo o gestación temprana fallida.¹²

En promedio, la mitad de los embarazos expulsados espontáneamente en el primer trimestre son anembrionarios, es decir, no se identifican elementos embrionarios en él. Se ha dejado de usar la expresión huevo nublado. Los demás embarazos denotan la expulsión del embrión; pueden subdividirse todavía más en los que corresponden a anomalías cromosómicas (abortos aneuploides), o los que tienen un número cromosómico normal (abortos euploides).¹²

3.2.1.1 Formas Clínica

- Aborto completo

Cuando se eliminan todos los productos de la concepción, el dolor y la hemorragia cesan pronto. Si el diagnóstico es seguro no se requiere mayor tratamiento. En casos dudosos el Ultrasonido ayuda a saber si está vacío.¹³

- Aborto Fallido

En este caso no se expulsa el producto a pesar de que pasa un periodo prolongado después de la muerte embrionaria.¹³

- Aborto séptico

El aborto séptico alguna vez fue la principal causa de mortalidad materna; ahora es menos frecuente por los cambios en las leyes sobre el aborto que hicieron posible la terminación del embarazo por parte de médicos para las mujeres con embarazos no deseados.¹³

2.2.1.2 Etiología

- Causas Ovulares propiamente dichas

Aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de los casos de abortos tempranos estos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos.¹³

- Causas maternas orgánicas.

Entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir su producción, lúes o tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, y enfermedades locales, cómo las organopatías pélvicas.¹³

- Causas Funcionales

Constituyen del 1 al 15 % de los abortos espontáneos. Forman este grupo aquellas enfermedades en las que, por lo menos en un principio, sólo hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación.¹³

2.2.1.3 Complicaciones

Consisten en la retención de los anexos ovulares o de alguna parte de ellos, la hemorragia y las infecciones, la más grave de las cuales da lugar al síndrome icteroazoémico de Mondor.¹³

2.3 Marco teórico

En América Latina el incremento de embarazos en adolescentes, solo es superada por África, ya que alrededor del 50 % de las adolescentes tienen vida sexual activa, existiendo también un incremento del 10 % del inicio de las relaciones sexuales a partir de los 12 años de edad.¹⁴

Según estudio realizado sobre “Embarazo y aborto en adolescentes” realizado en Costa Rica, hace referencia que las adolescentes , tienen un alto riesgo de embarazos, debido a una

menor educación en materia de sexualidad y salud reproductiva , como también a la baja condición socio económica, bajo nivel educativo y una cultura más conservadora.¹⁵

Otros factores que favorecen o se asocian al embarazo precoz son: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta antisocial, abuso de sustancias, sentimiento de desesperanza, familia disfuncional. ¹⁴

También es determinante el aumento de la morbimortalidad, en los partos a edad temprana, por la falta de preparación tanto psicológico como físico. ¹⁵

Las jóvenes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro o un aborto espontáneo y es cuatro veces mayor la mortalidad materna, debida a complicaciones del embarazo. La adolescente al estar condicionada por las carencias nutricionales, el mal manejo de la sexualidad, la desintegración familiar y bajos recursos económicos, al incremento de riesgos durante la gestación, pudiendo cursar con anemia y otras carencias específicas, que colocan a la joven en peligro tanto para su embarazo como para su crecimiento, y gravita negativamente sobre el estado de nutrición materno-fetal, con riesgos de parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia ferropénica en el primer año de vida.¹⁵

2.4 Marco conceptual

3.4.1 Aborto Espontáneo

Pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, o sea, a las 22 semanas de gestación.

3.4.2 Aborto séptico

Aborto que se complica con infección y la paciente puede presentar fiebre, sensibilidad abdominal y dolor uterino.

3.4.3 Embarazo en adolescentes

Es aquel que se produce entre los 10 y 19 años de edad

3.4.4 Incompetencia Cervical

Se reconoce como dilatación cervical prematura con la expulsión subsecuente de un feto demasiado prematuro para sobrevivir.¹⁶

2.5 Marco geográfico

La República de Guatemala está situada en el Istmo Centroamericano. Tiene fronteras al norte con México (960 Km), al sudoeste con El Salvador (203 Km) y al sur con el Océano Pacífico (254 Km).¹⁷

Ocupa una extensión de 108.889 Km², de los que 2.500 Km² corresponden a ríos y lagos. En 2018 a falta de un censo oficial la población se estima en 17.300.000, millones de habitantes. Tasa de Natalidad (2016): 24,5 nacimientos anuales por cada 1.000 habitantes Tasa de Fertilidad (2016): 2,83 infantes por mujer.¹⁷

2.5.1 El departamento de Escuintla

Cubre una extensión territorial de 4,384 kilómetros, la Cabecera está localizada a una distancia de 58 kilómetros de la Ciudad Capital y cuenta con una población aproximada de 702,507 habitantes. Los resultados publicados por la Encuesta nacional de condiciones de vida ENCOVI 2014, indican que el 52.9% de la población escuintleca vive en condiciones de pobreza y un 11.2% en condiciones de extrema pobreza. El segundo nivel de atención cuenta con 8 centros de atención médica permanente CAP que brindan atención médica las 24 horas.¹⁸

2.5.2 Hospital Regional de Escuintla

En 1847, una sociedad caritativa dirigida por don Enrique Arce, fundó un Lazareto (establecimiento de beneficencia), situado en la 1ª. Avenida y 2ª calle zona 1 de Escuintla. Se crearon dos salones más para lo que fue Cirugía de Hombres y Cirugía de Mujeres, con capacidad para 15 enfermos y un pequeño aparato para curaciones. En 1980 el Hospital Nacional de Escuintla fue trasladado al nuevo edificio ubicado en el Kilómetro 59.5 carretera a Taxisco, el hospital cuenta con la atención médica especializada y sub especializada. El Hospital cuenta con el área de Ginecología que cuenta con los servicios de encamamiento, atención de urgencias, sala de operaciones, sala de partos, médicos especialistas las 24 horas, consulta externa con subespecialidades tales como clínica de control post natal y clínica del adolescente.⁹

En el año 2016 se atendieron 2632 partos de madres comprendidas entre las edades de 10 y 19 años. Con un promedio de 217 partos al mes. Entre los cuales no existen registros de depresión post parto o síntomas psiquiátricos definidos.¹⁹

2.5.3 El departamento de Santa Rosa / Cuilapa

Cuilapa, Municipio del departamento de Santa Rosa, con un área aproximada de 365 Kms2. Cuilapa es uno de los catorce municipios del Departamento de Santa Rosa que estructuran la Región Sur Oriental de la República de Guatemala; se encuentra localizado a una Distancia de 64 kilómetros al Sur oriente de la Ciudad Capital. La temperatura promedio del área es de 24°C en época calurosa que se desarrolla entre los meses de marzo y abril con 28°C máximo. La población actual total del municipio de Cuilapa es de 29,472.²⁰

2.5.4 Hospital regional de Cuilapa Santa Rosa

Nombre original: Policlínica de post grados Dr. Pablo Fuch. Ubicado en el municipio de Cuilapa, en el departamento de Santa Rosa. Surge como una necesidad entre vecinos, que iniciaron gestiones en el año 1964. Se inauguró el hospital en 1974, aprobado para desarrollar programas de post grados en 1976, año en que inicia la atención. Primer hospital universitario para formación de médicos residentes, por acuerdo gubernativo 93/76. Cuenta con los departamentos de medicina Interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, anestesiología. También cuenta con unidades de intensivos para adultos, pediátrico y neonatal. La emergencia se encuentra clasificada por departamentos. Tiene los servicios de consulta externa, patología, radiología, unidad neuroquirúrgica sur oriental. Es un hospital regional sur oriental, catalogado como tercer hospital de referencia a nivel nacional.⁹

2.6 Marco institucional

El Hospital Nacional pertenece a la red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es un hospital escuela que cuenta con especialidades y sub especialidades médicas, clínicas de atención integral y nutrición, ubicado en el kilómetro 59.5 carretera a Taxisco, dentro del municipio de Escuintla. Fue fundado como un lazareto en 1847 por una sociedad caritativa. En 1857 bajo un Acuerdo Gubernativo la beneficencia de la ciudad capital asigno una mensualidad para iniciar a funcionar como hospital. En el año 1948 por Acuerdo

Gubernativo y a través de la Dirección General de Obras Públicas se inicia la reconstrucción total del edificio, terminándose en 1960.²¹

El Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, Dr. Pablo Fuch, fue inaugurado el 20 de Junio de 1974. Se encuentra ubicado a 63 Kilómetros de la ciudad capital, rodeado por los municipios de Oratorio, Barberena, Chiquimulilla y el Departamento de Jutiapa. Este cuenta con los servicios de Emergencia, Pediatría, Traumatología, Cirugía, Ginecología y Radiología.²²

2.7 Marco legal

Según el Código Penal de Guatemala, Decreto número 17-73, se comete delito de violación cuando el acto sexual se realiza con una persona menor de 14 años, y el Artículo 173, siendo el embarazo un agravante de este delito.

2.7.1 “Capítulo I de la violencia sexual”

Decreto Número 17-73 del Congreso de la República, el cual declara que, quien, con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirse a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad. La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.²³

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171 literal a) de la Constitución Política la República de Guatemala, el decreto número 32-2010.

2.7.2 Ley para la Maternidad Saludable, en el capítulo I

a) Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros.²⁴

2.7.3 Capítulo IV, Artículo 18. Acciones inmediatas.

Para prevenir las complicaciones de embarazos que pongan en riesgo la vida de las mujeres, principalmente las mujeres vulnerables, se hace necesario establecer acciones inmediatas que conlleven:

- Programas nutricionales a niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud y los nacimientos de niños y niñas con bajo peso, así como las malformaciones congénitas y el deterioro de la salud de las madres.
- Prevención de embarazos en niñas y adolescentes. ²⁴

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

3.1.1 Caracterizar sociodemográfica y clínicamente a las adolescentes con aborto espontáneo, ingresadas en los servicios de ginecoobstetricia de los hospitales de Cuilapa y Escuintla, en el periodo de 2013 a 2017.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Describir las características sociodemográficas descritas en los expedientes de las adolescentes con aborto espontáneo.

3.2.2 Identificar los signos y síntomas descritos en los expedientes de las adolescentes con aborto espontáneo.

3.2.3 Identificar los antecedentes ginecoobstetricos descritos en los expedientes de las adolescentes con aborto espontáneo.

3.2.4 Describir las complicaciones descritas en los expedientes de las adolescentes con aborto espontáneo

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Enfoque y diseño de la investigación

Estudio, descriptivo transversal.

4.2 Unidad de análisis y de información

4.2.1 Unidad de análisis

Datos clínicos y patológicos obtenidos con el instrumento de recolección de datos diseñado para el efecto.

4.2.2 Unidad de información

Expedientes clínicos de adolescentes con diagnóstico de aborto espontáneo

4.2 Población y muestra

4.3.1 Población

4.3.1.1 Población diana

Población adolescente con diagnóstico de aborto espontáneo.

4.3.1.2 Población de estudio

Expedientes de adolescentes con aborto de los Hospitales escuela de Cuilapa y Escuintla, en periodo de tiempo enero 2013 a enero 2017

4.3.2 Muestra

Para fines de éste estudio se realizará una muestra para población desconocida.²⁵

Escuintla		Cuilapa	
Z= 1.96		Z= 1.96	
p=0.14		p=0.17	
q= 0.86		q= 0.83	
d =0.04		d =0.04	
$n = \frac{Z^2 (p \cdot q)}{d^2}$		$n = \frac{Z^2 (p \cdot q)}{d^2}$	
$\frac{1.96^2 (0.14 \cdot 0.86)}{0.04^2}$	=289	$\frac{1.96^2 (0.17 \cdot 0.83)}{0.04^2}$	= 336

4.3.2.1 Marco muestral

Se realiza el cálculo de la proporción de embarazos en adolescentes por departamento, en base a los datos obtenidos del informe 2018 del OSAR (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva), el cual reporta para los departamentos a estudio, 3173 casos para Santa Rosa con una proporción de 0.17, y 5072 casos en Escuintla, con una proporción de 0.14.²⁶ Además se utilizarán los datos sobre casos de abortos en adolescentes, registrados en el año 2018 en los hospitales de Escuintla y Cuilapa.

4.3.2.2 Muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple utilizando Microsoft Excel 2003, creando una tabla con el listado de números de expedientes de las adolescentes con aborto espontáneo de ambos hospitales y se seleccionó por medio de la fórmula “aleatoria entre” la cantidad total de expedientes.

4.4 Selección de sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Población femenina comprendida entre 10 a 19 años.
- Mujeres adolescentes ingresadas al servicio de ginecoobstetricia de los Hospitales Nacionales de Cuilapa y Escuintla por el diagnóstico de aborto espontáneo, en el período de enero 2013 a enero 2017.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Expedientes clínicos que no eran legibles.
- Expedientes clínicos incompletos.

Tabla 4.5 Cuadro de operacionalización de variables

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS	Religión	Religión es un sistema de prácticas racionalizadas por creencias de acuerdo a las cuales las prácticas sitúan al practicante en una relación de valor a la realidad supramundana. ²⁷	Credo que refiere el sujeto de estudio según dato obtenido en expediente clínico.	Categórica Policotómica	Nominal	Religión referida
	Edad	Es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona. ²⁷	Años presentados por el paciente al momento de su registro en la historia clínica	Numérica	Discreta Razón	Años
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ²⁷	Último nivel de educación formal obtenida.	Categórica Policotómica	Ordinal	Ninguna, Primaria, Básica, Diversificado, Universitaria
	Estado Civil	Es el sentido más estricto del concepto, como la situación personal del individuo, de si se encuentra solo o en pareja y, dentro de esta última situación, si lo está de iure o de facto. ²⁷	Dato referido de la condición personal del sujeto a estudio	Categórica Policotómica	Nominal	Estado civil referido
	Profesión	Es empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución. ²⁷	Dato obtenido de historia clínica de paciente	Categórica Policotómica	Nominal	Profesión referida

SINTOMAS Y SIGNOS	Fiebre	Elevación de la temperatura corporal por encima de la normal, es decir, mayor de 37 grados centígrados para temperatura oral y mayor de 37.5 para temperatura rectal. ²⁸	Temperatura por encima de 37 grado centígrados reportada en expediente clínico	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	Dolor Pélvico	Dolor agudo o crónico, localizado o difuso en la cavidad pélvica o cuadrantes abdominales inferiores. ²⁸	Dolor pélvico referido por la paciente a nivel del ombligo o por debajo de el y en cuadrantes inferiores. Catalogado como leve, moderado y severo	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	Hemorragia vaginal	Trastorno caracterizado por la expulsión vaginal de sangre fuera de la menstruación. Puede deberse a anomalías del útero o el cuello, alteraciones del embarazo o trastornos endocrinos, de los ovarios. ²⁸	Dato obtenido de historia clínica en donde la paciente refiere salida de hemorragia útero vaginal	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	Expulsión de restos	Evacuación del contenido, normal o patológico, de un órgano o conducto por las propias fuerzas contráctiles y naturales de estos últimos. ²⁸	Expulsión de restos reportado en expediente clínico.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	Menarquia	La menarquia es el indicador de maduración sexual más comúnmente utilizado, influida por factores genéticos y ambientales. ²⁸	Dato obtenido de Historia clínica de paciente a estudio	Numérica discreta	Razón	Años
	Gestación	El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). ²⁸	Se utilizarán los términos primigesta para primer embarazo secundigesta para segundo embarazo y multigesta a partir del tercer embarazo.	Numérica discreta	Razón	Número de embarazos
	Parto	El parto, como proceso natural y fisiológico mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno. ²⁸	Para nuestro estudio los términos primípara para primer parto, secundípara para segundo parto, múltipara más de tres partos	Numérica discreta	Razón	Número de partos
	Cesárea	Es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la gestación a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. ²⁸	Dato recolectado de Historia clínica, de paciente a estudio donde se documente el acto quirúrgico.	Numérica discreta	Razón	Número de cesares
	Aborto	Es la interrupción del producto de la gestación cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del útero. ²⁸	Dato recolectado de Historia clínica, de paciente a estudio donde se documente.	Numérica discreta	Razón	Número de Abortos
COMPLICACIONES	Complicaciones propias del aborto	Problemas de salud que se generen como consecuencia de presentar un aborto. ²⁹	Dato recolectado de Historia clínica, de paciente a estudio donde se documente , presencia de complicaciones por aborto espontaneo	Categórica	Nominal	Referencia de complicación por aborto

4.6 Técnicas

Se realizó una revisión sistémica de los registros médicos para describir las medidas estándar empleadas con las pacientes ingresadas a los servicios de Ginecobstetricia con el diagnóstico de aborto espontáneo de los Hospitales Nacionales de Cuilapa y Escuintla.

5.6.1 Procesos

Una vez aprobado el protocolo se solicitó la autorización para la realización del trabajo de campo a las autoridades respectivas de cada Hospital Nacional.

La recolección de datos se realizó en el área de estadística ubicada en cada centro asistencial, se utilizaron como instrumento de recolección de datos un cuestionario el cual se completó al recolectar datos obtenidos de cada historia clínica y ficha de patología de cada paciente adolescente ingresada por el diagnóstico de aborto espontáneo.

El proceso en cada Hospital Nacional a estudio se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización al área de estadística, de cada Centro Hospitalario para la recolección de datos, presentándose al encargado del área, las cartas de autorización, del área de tesis y de las autoridades Hospitalarias.

- Se recolectó por fechas, los datos a estudio de cada historita clínica del paciente adolescente, ingresada por diagnóstico de aborto espontáneo en el período enero 2013 a enero 2017

- De acuerdo a protocolos del área de estadística se tuvo acceso a 10 historias clínicas por día, para la toma de datos a estudio.

- Se completó el cuestionario ya formulado, para la recolección de datos.

- Posterior a la recolección de datos proceso estimado para la realización de dos meses, se procedió a tabular y graficar estadísticamente los resultados y llevara a cabo la realización de su interpretación.

- Se presentaron resultados

- Se realizó informe de investigación

4.6.2 Instrumento

El instrumento de recolección de datos (Ver anexo # 1) constó de 14 preguntas entre las cuales se encontraban preguntas dicotómicas (si/no) y preguntas policotómicas. El instrumento incluyó:

- Primera sección características sociodemográficas, consta de 5 preguntas donde se obtuvo datos generales de la paciente.

- Segunda sección: características patológicas, contó con 5 preguntas relacionadas con antecedentes patológicos de la paciente.
- Tercera sección: características clínicas, contó con 4 preguntas enfocadas en obtener información sobre la presencia o no, de características clínicas específicas.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

Paso 1: se ordenaron las boletas por orden de código de cada boleta, el cual fue de la siguiente forma (ejemplo: 001-HNE para Hospital Nacional de Escuintla, y 001-HRC para Hospital Regional de Cuilapa).

Paso 2: se verificó que todas las boletas estuvieran debidamente llenas.

Paso 3: se recopilaron los datos para posteriormente trasladarlos a Excel, llenando las tablas correspondientes con su código de boleta respectiva.

Paso 4: Se realizaron las distintas tablas para representar los datos

4.7.2 Análisis de datos

Para las variables a estudio, se realizó un análisis descriptivo de frecuencia y porcentajes el cual se presentó a través de tablas realizadas en el programa Microsoft Excel.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1. Obstáculos

- Cantidad restringida de Historias clínicas, para la toma de datos diarios, brindada por el departamento de estadística de los Hospitales a estudio

4.8.2 Alcances

El presente estudio describe las características sociodemográficas, clínicas y patológicas que con más frecuencia se presentan en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo. A si mismo brinda datos que están disponibles como referencia para futuros estudios. Los datos obtenidos serán de utilidad para futuras modificaciones a los protocolos actuales de atención de adolescentes con aborto espontáneo.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

Toda investigación científica que se realiza con seres humanos debe estar de acuerdo con principios ético básicos, esta investigación tomó en cuenta los principios éticos descritos en Cioms (Consejo de Organizaciones internacionales de las Ciencias Médicas) pauta 17 sobre investigación con niños y adolescentes: Justifica la participación de niños y adolescentes investigaciones relacionadas con la salud.

Tomando en cuenta posibles beneficios individuales y riesgos que deben evaluarse con base en la pauta 4 (posibles beneficios individuales y riesgo de una investigación). Y la pauta 5 (elección del mecanismo del control en ensayos clínicos).

Los estudios realizados en adolescentes deben contar con el permiso del padre, madre o un representante, sin embargo, los adolescentes pueden autorizar en los siguientes casos, cuando estén casados, una mujer está embarazada o cuando ellos mismos son padres o viven de forma independiente.

4.8.1 Categoría de riesgo

Categoría I sin riesgo, ya que únicamente se utilizaron los datos registrados en expedientes clínicos y recolectados a través del instrumento tipo cuestionario. Sin invadir en ningún momento la intimidad de la paciente. Se cumplió con la privacidad y confidencialidad de la información ya que no se utilizaron datos como nombre, número de teléfono o lugar de residencia.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a través de la revisión de 626 expedientes clínicos de adolescentes con diagnóstico de aborto espontáneo, en los hospitales de Cuilapa y Escuintla. Los resultados se muestran en el siguiente orden: Características sociodemográficas y Características clínicas (síntomas, signos y antecedentes ginecoobstetricos)

Tabla 5.1 Características sociodemográficas de adolescentes con aborto espontáneo.

	n= 626	
	f	%
Edad (\bar{x}, DE)		
(18, 6)		
Religión		
Católica	388	62
Evangélica	220	35
Testigo de Jehová	17	3
Escolaridad		
Ninguna	42	7
Primaria	416	66
Básica	159	25
Estado Civil		
Soltera	291	46
Unida	301	48
Casada	34	5
Profesión		
Ninguna	68	11
Ama de casa	513	82
Comerciante	41	7

Tabla 5.2 Signos y síntomas de adolescentes con aborto espontáneo.

	f	%
Fiebre		
No	625	99.8
Dolor Pélvico		
Si	581	93
No	45	7
Hemorragia Vaginal		
Si	618	99
No	8	1
Expulsión de Restos Placentarios		
Si	338	54
No	288	46

Tabla 5.3 Antecedentes ginecoobstetricos de adolescentes con aborto espontáneo.

	f	%
Gestas		
1 gesta	226	36.1
2 gestas	57	9.1
Partos		
1 parto	213	34
2 partos	7	1.1
Aborto		
1 aborto	38	6.07
2 abortos	2	0.3
Cesáreas		
1 cesárea	71	11.3

6.DISCUSIÓN

Se realizó un estudio en los Hospitales Regionales de Cuilapa Santa Rosa y Escuintla, tomando como muestra 626 expedientes de pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto espontáneo ingresadas a los servicios de ginecoobstetricia en el periodo de enero 2007 a enero 2017.

Según los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se registró que la edad media de las adolescentes es de 18 años, representando un 52.7% (330). En comparación con el estudio realizado, en una comunidad rural en el municipio de Acajete de Puebla, México en el que se registró, que los embarazos adolescentes correspondían a mujeres entre las edades de 15 a 19 años.⁵ se observa que la edad media del estudio coincide entre los parámetros de las edades obtenidas en la investigación previa realizada en México, esto puede deberse a que en estas edades inicia el acercamiento, hacia el sexo opuesto y hay predisposición al surgimiento de curiosidades en cuanto a la sexualidad, asumiendo conductas que las hacen vulnerables.

En cuanto a la escolaridad, el nivel educativo que predominó en las adolescentes fue primaria con 66 % (416). En cuanto al oficio el 82% (513) son Amas de casa. En un estudio titulado “Embarazo y aborto en adolescentes” en Costa Rica, indicó que presentan mayor riesgo de embarazos las jóvenes que presentan baja condición socio económica y educativa.¹⁵ Por lo tanto se puede señalar que el embarazo temprano podría estar relacionado de manera directa con un nivel educativo bajo, lo que conlleva falta de información dando lugar a la toma de decisiones inapropiadas en adolescentes.

Respecto al estado civil el 48 % (301) son unidas. Observándose que otros factores que favorecen o se asocian a embarazos prematuros son la falta de educación sexual en el hogar, y familia disfuncionales¹⁷. La inmadurez en cuanto al desarrollo social conlleva a la formación de relaciones, prematrimoniales a muy temprana edad

En cuanto a las características clínicas de las pacientes al ingreso fueron, el 93% (581) refirieron dolor pélvico, 99% (618) presentaron hemorragia vaginal, el 54% (338) presentaron expulsión de restos placentarios y ninguna paciente presento fiebre. Según estudio realizado en Costa Rica sobre embarazo y aborto en adolescentes, hace referencia que las gestaciones en este grupo de edades, terminan de manera espontánea observándose un 86% de casos.

Por lo general las pacientes consultan al médico por la presencia de hemorragia profusa, siendo probable que hayan tenido un aborto espontáneo. ¹⁵Se observa la similitud en cuanto al cuadro clínico de las pacientes, ya que el grupo mayoritario consulta por hemorragias.

En lo que respecta a los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes la media es de 1,0 para una gesta. En cuanto al número de gestas de las pacientes un 36.1% (226), son primigestas, pero también se registró un 9.1%(57) de las mismas que ya cursan por un segundo embarazo, según datos brindados por el Registro Nacional de la Personas (Renap), indican que el embarazo de niñas y adolescentes es un problema a nivel nacional, registrando 687 nacimientos de enero a marzo de 2016, de madres entre 10 y 14 años y en el 2015 la cifra llegó a dos mil 947 casos ¹⁷ se puede observar que falta de educación sexual ,presión de grupo , falta de información y de conocimiento de métodos anticonceptivos , tiene como consecuencia embarazos precoces.

En cuanto al número de partos el 34% (213) son pacientes primíparas , el 1.11% (7), secundípara, comparándose, con un estudio realizado en el Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante el 2014, donde indicaron que los casos de menores de edad en estado de gestación siguen en aumento y que Guatemala tiene los índices más altos en América Latina, ya que el 25 % del total de partos en el país se reporta en mujeres de 10 a 19 años ¹⁰ la mayoría de estos partos ocurren en áreas rurales .

Con respecto al número de abortos el 6.07% (38) tiene un aborto previo, y el 0.3% (2) dos abortos previos, comparándose con el reporte realizado por el Ministerio de Salud de Chile 2012 – 2014 registraron 119, 644 embarazos que terminaron en aborto, de ellos un total de 10,410 de los casos se encontraban en un grupo etario de 15 a 19 años y 469 en un tramo de 10 a 14 años 19. Esta referencia nos indica el alto riesgo que representa la inmadurez física, psicológica y emocional que presentan las jóvenes.

El 11.3% (71) de los datos obtenidos de los antecedentes obstétricos de las adolescentes indicaron 1 cesárea previa, según estudio realizado en los Hospitales Nacionales Pedro de Betancourt , Antigua Guatemala , Chimaltenango y Cuilapa Santa Rosa en el año 2007, titulado Embarazo en adolescentes, hacen mención sobre las complicaciones perinatales en un embarazo precoz , citando que la desproporción cefalopelvica es frecuente en las madres adolescentes a consecuencia de la inmadurez física y falta de desarrollo óseo , ya que las jóvenes inician su embarazo antes de que la pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez apta para un parto .⁸

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Las adolescentes con aborto espontáneo presentaron una media de 18 años, seis de cada diez católicas y con escolaridad primaria, cuatro de cada diez unidas y ocho de cada diez amas de casa.
- 7.2 Dolor pélvico, hemorragia vaginal y fiebre fueron signos y síntomas que se presentaron en nueve de cada diez adolescentes con aborto espontáneo y cinco de cada diez tuvieron expulsión de restos placentarios.
- 7.3 Tres de cada diez adolescentes con aborto refirió como antecedente ginecoobstetrico un embarazo anterior.

8. RECOMENDACIONES

8.1 A los hospitales Nacionales de Cuilapa y Escuintla

8.1.1 Realizar periódicamente las actualizaciones de protocolos de atención de las pacientes, según sea necesario en base a los datos obtenidos en los estudios que se realizan en estos centros hospitalarios.

8.2 Al personal médico de los hospitales Nacionales de Cuilapa y Escuintla

8.2.1 Realizar un registro médico detallado en los expedientes clínicos de las adolescentes con aborto espontáneo, con lo que faciliten información de interés sobre grupos vulnerables, para futuras investigaciones.

8.3 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

8.3.1 Incentivar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas para continuar con la realización de estudios epidemiológicos de adolescentes con aborto espontáneo, con el propósito de ampliar el conocimiento sobre las condiciones clínicas de dicha población.

9. APORTES

El estudio realizado proporciona datos de características sociodemográficas de las adolescentes que han presentado aborto espontáneo, dando a conocer edad, religión, escolaridad, estado civil, profesión. También aporta una sólida base bibliográfica de referencia en la literatura médica.

La investigación brinda datos precisos sobre la frecuencia con que se presentan los síntomas y signos como fiebre, dolor supra púbico, hemorragia, expulsión de restos ovulares, en las adolescentes al momento de presentar un aborto espontáneo.

Con los resultados obtenidos se brinda información del cuadro clínico específico con el que se enfrentan los médicos en las emergencias de los hospitales de Cuilapa y Escuintla, al atender a pacientes adolescentes con dicho diagnóstico. Esto permite que se realice el análisis correspondiente, en base a los protocolos actuales de atención y considerar de ser necesario futuras modificaciones, con el fin de brindar la mejor atención y disminuir los riesgos de complicaciones en estas pacientes.

Se entrega una copia de la investigación consolidada, a cada uno de los hospitales escuela donde se realizó la investigación.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Consejo Nacional de la Juventud. Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes PLANEA Guatemala 2018-2020. [en línea]. Guatemala: CONJUVE; 2017 [citado 20 Mayo 2019]. Disponible en <https://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Guías Mortalidad Materna [en línea]. Guatemala: OPS; 2010 [citado 18 Feb 2019]. Disponible en https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=264:guias-mortalidad-materna&Itemid=213
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de país, situación de la mortalidad materna [en línea]. Guatemala; MSPAS; 2010 [citado 18 Feb 2019]. Disponible en:
<https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Informe%20de%20Mortalidad%20Materna%202014-15%20completo.pdf>
4. Bouquet de Durán RI. Aborto espontáneo. Rev Per Lib [en línea].2012 [citado 3 Nov 2011]; 18(1): 53-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n1/a07v18n1.pdf>
5. Jiménez A, Granados J, Rosales R, Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad, SCIELO, feb. 2017, Cuernavaca México vol.59 no.1, Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100011
6. Fernández Cantón SB, Gutiérrez Trujillo G, Viguri Uribe R. La mortalidad materna y el aborto en México. Bol Med. Hosp. Infant. Mex [en línea]. 2012[citado 15 Abr 2019]; 69 (1):77-80. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100011

7. Miranda B. Por qué Bolivia es el país con mayor cantidad de embarazos adolescentes en América Latina. BBC Mundo [en línea].5 abril 2017 [citado 10 Mar]; América Latina: [aprox.1 pant.].Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39485257>
8. Castillo CD, Fernández C. Aborto en Chile avances en derechos humanos. Rev. Bioética y Derecho [en línea].2018 [citado 20 Mar 2019];43(1): 61-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200006
9. Ramos Paiz HA, Mijangos Recinos KJ, Rodas Arzét EZ .Caracterización de los pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.[tesis Médico y Cirujano en línea].Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. [citado 5 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7312/1/Helen%20Audelia%20Ramos%20Paiz.pdf>
10. Portillo Dardon AF. Características y Consecuencias Sociales del embarazo en la adolescencia. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 18 Abr 2019]. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_CHARACTERISTICAS_Y_CONSECUENCIAS_SOCIALES_DEL_EMBARAZO_EN_LA_ADOLESCENCIA.pdf
11. Estrada MR. Atención de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala [en línea]. Guatemala: FADEP; 2016 [citado 10 Abr 2019]. Disponible en: <https://fadep.org/principal/salu/atencion-de-embarazos-en-ninas-y-adolescentes-en-guatemala/>
12. García Odio AA, González Suárez M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev Ciencias Médicas [en línea].2018 [citado 5 Abr 2019]; 22 (3): 416-427. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002

13. Trupin SR. Aborto Inducido. En: Scott J, Saia P, Spellacy W, editores. Danfort Tratado de obstetricia y ginecología.8 ed.Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2001: Vol.4 p.593-605.
14. Rojas García DP, Alarcón Ovalle ME, Calderón BP. Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en Colombia. Index Enferm [en línea].2010 [citado 10 Abr 2019]; 19 (2-3):129-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200012
15. Barrantes Freer A, Jiménez Rodríguez M, Rojas Mena B, Vargas García A. Embarazo y aborto en adolescentes. Med. leg. Costa Rica [en línea].2015 [citado 14 Mar 2019]; 20 (1):80-102. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009
16. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [en línea]. Ecuador: MSP; 2013. [citado 20Mar 2019]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
17. Guatemala. Ministerio de Asuntos Exteriores. Dirección General de Comunicación e Información Diplomática. Ficha país [en línea]. Guatemala: Ministerio de Asuntos Exteriores; 2018 [citado 21 Abr 2019]. Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/GUATEMALA_FICHA%20PAIS.pdf
18. Maldonado W, Alfaro G, Molina A. Instituto privado de investigación sobre cambio climático: Plan de respuesta departamental ante emergencias -CONRED- Escuintla [en línea]. Escuintla, Guatemala: Digitalhouse; 2017 [citado 3 Mar 2019]. Disponible en: <https://icc.org.gt/wp-content/uploads/2017/07/Plan-de-Respuesta-Escuintla.pdf>
19. Hass González FA. Depresión post parto en madres adolescentes. [tesis Médico y Cirujano en línea].Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2017. [citado 19 Abr 2019]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10664.pdf

20. Meza Navarro JJ. Diseño de tramo carretero que comunica la ciudad de Cuilapa con la aldea los Pinos, finalizando en el rio Los Esclavos municipio de Cuilapa , departamento de Santa Rosa. [tesis Ingeniería Civil en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ingeniería; 2006 [citado 2 Mar 2019]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08_2637_C.pdf
21. Mayen Moechler C A. Factores asociados a la falta de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, realizado en pacientes que consultaron a la Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital Nacional de Escuintla durante los meses de noviembre y diciembre del año 2014 [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [citado 3 mayo 2019]. Disponible en <http://www.repositorio.usac.edu.gt/1998/1/TESIS.pdf>
22. Barrios Yong M F. Informe final del EPS realizado en el hospital de Cuilapa realizado en los meses de enero a Julio de 2014 [informe final de EPS Química Bióloga en línea]. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia; 2014 [citado 5 mayo 2019]. disponible en <https://biblioteca-farmacia.usac.edu.gt/Tesis/EPSQB1319.pdf>
23. Guatemala. Congreso de la Republica. Decreto número 17-73. Reformas al código penal artículo 134 [en línea]. Guatemala: Congreso de la Republica; 2013. [citado 18 Abr 2019]. Disponible en: http://mcd.gob.gt/wpcontent/uploads/2013/07/Actualizaci%C3%B3n_del_Codigo_Penal_Decreto_17-73.pdf
24. Guatemala. Congreso de la Republica. Decreto número 32-2010. Reforma a la Constitución Política, artículo 171 literal a [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2010. [citado 16 Mar 2019]. Disponible en: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/D032-2010.pdf>

25. Quiñonez Porras OH, Morales Peña OR, Marroquín Reyes AO. Métodos cuantitativos II.6 ed. Guatemala; USAC, Facultad de Ciencias Económicas; [199?]. Capítulo 2. Inferencia o Inducción Estadística; p 85.
26. Guatemala. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva. Embarazos, partos y registro de nacimientos de madres adolescentes entre 10 y 19 años, año 2018 [en línea]. Guatemala: OSAR; 2019 [citado 20 Abr 2019]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/embarazos-y-partos-de-madres-entre-10-y-19-2018/>
27. Solís Valladares JA, Pérez Rodas JM, Archila Eguizábal KA, Almaraz Villatoro RE. Factores Sociodemográfico y Culturales asociados al embarazo en adolescentes . [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 12 Mar 2019]. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/699/1/05_9474.pdf
28. Elorza Martinez G, editor. Diccionario médico. 2 ed. Bogotá: Zamora; 2015.
29. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna y neonatal y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 – 2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010 [citado 15 Abr 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias=403-plan-de-accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-reproductiva&Itemid=518.



[Handwritten signature]
23/09/19.

11. ANEXOS



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Código de la boleta: _____.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y PATOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON ABORTO ESPONTÁNEO

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal a realizarse en pacientes ingresadas en las unidades de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa y el Hospital Nacional de Escuintla en el período de enero 2012 a Enero 2017.

Sección I: Características sociodemográficas:

1 Edad _____ años

2 Religión:

Católica Evangélica Mormona Testigo de jehová otras _____

3 Escolaridad:

Ninguna Primaria Básica Diversificado Universitaria

4 Estado civil:

Soltera unida Casada Divorciada Viuda

5 Profesión:

Ninguna Ama de casa Comerciante otro _____

Sección II: Características Clínicas:

- | | | | | |
|-----------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 6 Fiebre: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7 Dolor Pélvico | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8 Hemorragia Vaginal | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9 Expulsión de restos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Sección III: Características Patológicas:

- | | |
|--------------|-------|
| 10 Menarquia | _____ |
| 11 Gestación | _____ |
| 12 Partos | _____ |
| 13 Cesárea | _____ |
| 14 Aborto | _____ |

Sección IV complicaciones

- | | | | | |
|-------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 15 Complicaciones durante el aborto | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
- Cuáles _____