

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA DEL ABORTO EN PACIENTES INGRESADAS
EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL DE COBÁN, DURANTE
ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.**

TESIS DE GRADO

PEDRO ANTONIO ROSADO WINTER
CARNET 23211-09

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA DEL ABORTO EN PACIENTES INGRESADAS
EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL DE COBÁN, DURANTE
ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

PEDRO ANTONIO ROSADO WINTER

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. EGBERTO ARTURO SAGASTUME HERRERA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. HÉCTOR ISIDRO JUÁREZ VALDEZ
LIC. HILDA PAOLA RIVAS COTTO
LIC. THELMA PATRICIA CORTEZ BENDFELDT



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 08 de junio de 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado:


CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DEL ABORTO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN LOS AÑOS 2012 A 2014.

Del estudiante **Pedro Antonio Rosado Winter** con carné **2321109**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Epidemiológica



Nombre Completo
Asesor de Investigación



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante PEDRO ANTONIO ROSADO WINTER, Carnet 23211-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus de La Verapaz, que consta en el Acta No. 09859-2015 de fecha 3 de septiembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA DEL ABORTO EN PACIENTES
INGRESADAS EN EL SERVICIO DE COMPLICACIONES PRENATALES DEL HOSPITAL DE
COBÁN, DURANTE ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.

Previo a conferírsele el título de MÉDICO Y CIRUJANO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 16 días del mes de septiembre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Dedicatoria

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, por darme la vida, quererme, creer en mí y porque siempre me apoyaron. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A mis hermanas, Gabriela, Daniela y mi sobrino José Antonio por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

AGRADECIMIENTO.

Le agradezco a Dios por mí vida, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme la oportunidad de tener a unos padres que siempre confiaron en mí incondicionalmente, por darme la oportunidad de llegar hasta este día y alcanzar una meta tan importante en mi vida.

Le doy gracias a mis padres Francisco Rosado y Miriam Winter por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, por darme la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser el mejor ejemplo de mi vida, por darme una vida llena de amor y felicidad.

A mis hermanas por ser parte importante de mi vida, por ser incondicionales para mí, por la unidad familiar que tenemos porque mis éxitos son sus éxitos, porque siempre compartiremos y celebraremos nuestras metas.

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo. Catedráticos, compañeros y amigos que siempre me acompañaron muchas gracias.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el aborto, identificando el perfil epidemiológico y clínico de las pacientes ingresadas Hospital de Cobán con este diagnóstico durante el año 2012 a 2014. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo revisando un total de 1,187 fichas clínicas del departamento de Ginecología y Obstetricia de pacientes con diagnóstico de aborto. **Resultados:** El 67.48% de pacientes fueron de procedencia rural, 82.98% pertenecían a la étnica indígena, el 49.20% eran mujeres casadas, las edades de las pacientes con diagnóstico de aborto oscilaron entre los 12 y 50 años siendo el grupo con más alto porcentaje el de 21 a 25 años con 24.77%, el 88.37% de las pacientes refirieron ser amas de casa y el 57.12% analfabetas. El 42.71% de las pacientes presento hemorragia vaginal como signo principal, el 72.87% de los diagnósticos se clasifico como aborto incompleto, el 63.77% de las pacientes se les realizo legrado intrauterino como tratamiento, el 95.28% no presentó ninguna complicación y el 45.49% de las pacientes tubo 2 días de estancia hospitalaria para resolver el aborto. **Conclusiones:** el perfil sociodemográfico, epidemiológico y clínico de las pacientes es: una mujer indígena, del área rural, casada, analfabeta, con una edad comprendida entre los 21 a 25 años. Es una paciente con antecedentes obstétricos de 1 parto, 1 aborto que presento hemorragia vaginal como principal signo, ingreso con diagnóstico de aborto incompleto, se le realizo legrado intrauterino como tratamiento y no presento complicaciones.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEORICO	2
2.1 DEFINICIÓN	2
2.1.1 Aborto	2
2.1.2 Aborto espontáneo	2
2.1.3 Aborto provocado	2
2.1.4 Aborto inseguro	2
2.2 HISTORIA	3
2.3 CONTEXTO MUNDIAL Y NACIONAL DEL ABORTO	4
2.3.1 Las tasas de abortos inducidos son moderadamente altas en Guatemala	6
2.4 FACTORES DE RIESGO	7
2.4.1 Aborto inducido	7
2.4.2 Aborto Espontáneo	8
2.4.3 Edad de los miembros de la pareja	8
2.4.4 Estrés	10
2.4.5 Abortos Previos	11
2.4.6 Toxinas Ambientales	11
1.1.1. Consumo de tóxicos	11
2.4.7 Alcohol	12
2.4.8 Tabaco	12
2.4.9 Cafeína	14
2.5 FACTORES ETIOPAATOGENICOS	14
2.5.1 Factores Ovulares	14
2.5.2 Factores maternos	15
2.5.3 Otras Causas	18
2.6 DIAGNOSTICO	19
2.6.1 Anamnesis	19
2.6.2 Exploración Física	20
2.6.3 Ecografía	20
2.6.4 Determinación de B-hCG	21
2.7 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO	21
2.7.1 Aborto Precoz	21
2.7.2 Aborto Tardío	21
2.8 FORMAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLOGÍA DEL ABORTO	22
2.8.1 Aborto Subclínico	22
2.8.2 Amenaza de aborto	22
2.8.3 Aborto Inminente	22
2.8.4 Aborto en Curso	22
2.8.5 Aborto Inevitable	22

2.8.6	Aborto incompleto	22
2.8.7	Aborto Completo	23
2.8.8	Aborto Recurrente o habitual	23
2.8.9	Aborto Diferido	23
2.8.10	Aborto séptico	23
2.9	TRATAMIENTO	24
2.9.1	Métodos Abortivos	24
2.9.2	Por Succión	24
2.9.3	Dilatación y Curetaje	24
2.9.4	Dilatación y Evacuación	25
2.10	COMPLICACIONES	25
2.10.1	Complicaciones inmediatas	25
2.10.2	Complicaciones tardías	26
2.11	CONTEMPLACIONES LEGISLATIVAS GUATEMALTECAS	28
III.	OBJETIVOS	29
3.1	Objetivo General	29
3.2	Objetivos Específicos	29
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS	30
4.1	Diseño del estudio	30
4.2	Tipo de Estudio	30
4.3	Unidad de Análisis	30
4.4	Universo de estudio	31
4.5	Criterios de inclusión y exclusión	31
4.5.1	Inclusión	31
4.5.2	Exclusión	31
5.7	Variables	32
4.6	Instrumento de Recolección y Medición de Variables	35
4.7	Plan de procesamiento y análisis de datos	35
4.8	Procedimiento para la Recolección de Datos	35
4.9	Alcances y límites de la investigación	37
4.9.1	Alcances	37
4.9.2	Limites	37
4.10	Aspectos Éticos	38
4.11	Lugar de la Investigación	38
4.12	Periodo de la investigación	38

V. RESULTADOS	39
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
VII. CONCLUSIONES	79
VIII. RECOMENDACIONES	81
IX. BIBLIOGRAFIA	83
X. Trabajos citados	83

I. INTRODUCCIÓN

El aborto en Guatemala únicamente se permite en los casos que corra riesgo inminente la vida de la mujer y se hayan agotado los recursos clínicos y científicos posibles; sin embargo, muchas mujeres recurren al aborto cuando se enfrentan a un embarazo no deseado. (1) El progreso alcanzado durante la última década en relación a la legalidad, seguridad y acceso a los servicios de aborto a nivel mundial es alentador ya que se ha disminuido la incidencia en muchos países; pero enfrentamos un problema de salud pública el cual es el aborto inseguro, utilizado en países donde las leyes prohíben o solo lo abalan para salvar la vida de la paciente como es nuestra legislatura Guatemalteca. (2)

Para las mujeres que viven en el área rural la maternidad es altamente valorada, se considera que la esencia del matrimonio es la procreación. Se tiene poca inclinación por la idea de controlar la fecundidad y es menos concebible considerar la interrupción de un embarazo no planeado. Los embarazos son vistos como algo inevitable, a lo cual hay que resignarse, porque son designios de Dios; la maternidad no es una opción, sino el destino biológico de la mujer. (2)

Se estudió el perfil social, académico, económico y clínico de las pacientes ingresadas por aborto en el Hospital de Cobán. Realizando un análisis descriptivo de cada uno de los mencionados aspectos.

Se determinó que las mujeres embarazadas o que desconocen estarlo se acercan a los servicios de salud a consultar por síntomas que de ser reconocidos tempranamente pueden prevenir o evitar un aborto. El estudio brinda información sobre las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de las pacientes atendidas por aborto y sus complicaciones. Pudiendo de esta forma tener una visión amplia de como poder brindar medicina preventiva a las mujeres en edad fértil, atención prenatal a mujeres embarazadas y atención médica a pacientes por aborto o sus complicaciones.

II. MARCO TEORICO

2.1 DEFINICIÓN

2.1.1 Aborto

Toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el feto sea lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno. También significa la terminación inducida del embarazo para destruir al feto. Si bien el término se utiliza de manera indistinta en un contexto médico, el uso popular de la palabra *aborto* se refiere a la interrupción intencional de embarazo. La Organización Mundial de la Salud define el *aborto* como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500g. (3)

2.1.2 Aborto espontáneo

Sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. (3)

2.1.3 Aborto provocado

Es cuando la interrupción del embarazo se debe a una intervención deliberada con esa finalidad.

2.1.4 Aborto inseguro

Es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que se realiza por personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (3).

2.2 HISTORIA

La palabra aborto deriva del término latino “aboriri” que significa separar del sitio adecuado. Equivale a mal parto, parto anticipado o bien lo nacido antes de tiempo, La ley Asiria castigaba hacia el año 1500 con la muerte a la mujer que abortaba voluntariamente.

La iglesia Cristiana vario con los diferentes períodos de la historia; Tertuliano fue uno de los primeros en formular allá por el año 200, la idea de que el fruto del útero es un ser humano y por eso el aborto es un asesinato. San Agustín diferenciaba entre un feto formado y un feto no formado, y consideraba que el aborto de éste último no constituye un asesinato; Santo Tomás de Aquino introdujo el principio de que la vida tiene relación con el movimientos no empieza con la concepción sino hasta que el feto de la primera señal de vida. Con el tiempo se generalizó la actitud de que el aborto era un acto vergonzoso e intolerable y prevaleció que la mujer una vez estaba embarazada, no debía de hacerse ningún procedimiento abortivo, sin importar su condición socioeconómica, o peligro para su salud. Tales actitudes trajeron como consecuencia la práctica del aborto criminal, desconocido anteriormente. (1) (3)

En 1803 la ley británica, estableció un estatuto del aborto criminal, que hacía que el aborto después del primer signo de vida por parte del feto fuera ilegal. Esta ley se convirtió en el modelo para leyes similares en Estados Unidos, en donde la práctica del aborto se convirtió en ilegal excepto para salvaguardar la vida de la madre.

Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia posrevolucionaria de 1920; posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la II Guerra Mundial. A finales de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a

muchos países. Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos: 1) el infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales; 2) la sobrepoblación mundial; 3) el auge del movimiento feminista. Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre.

En Guatemala está legislado el tema del aborto, únicamente se permite realizar el aborto terapéutico con el sólo fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotado todo intento científico y técnico. (6) (4)

Las actitudes con respecto al aborto varían en distintas partes del mundo y seguirán siendo no sólo un problema de tipo médico sino también social, político, legal, moral, religioso y económico.

2.3 CONTEXTO MUNDIAL Y NACIONAL DEL ABORTO

Entre 15 y 25% de los embarazos confirmados terminan en aborto espontáneo. Si se emplearan mediciones seriadas de la gonadotropina coriónica humana para identificar las pérdidas sub clínicas tempranas del embarazo, el porcentaje se incrementaría a un 30%. Cerca del 80% de las pérdidas espontáneas del embarazo se producen durante el primer trimestre, la incidencia va disminuyendo con cada semana de gestación. (1) (6)

Un 5% de las muertes maternas son atribuidas al aborto y sus complicaciones. En Latinoamérica el aborto constituye el 24% de las muertes maternas, siendo la segunda causa de muerte, después de la hemorragia (4) (6)

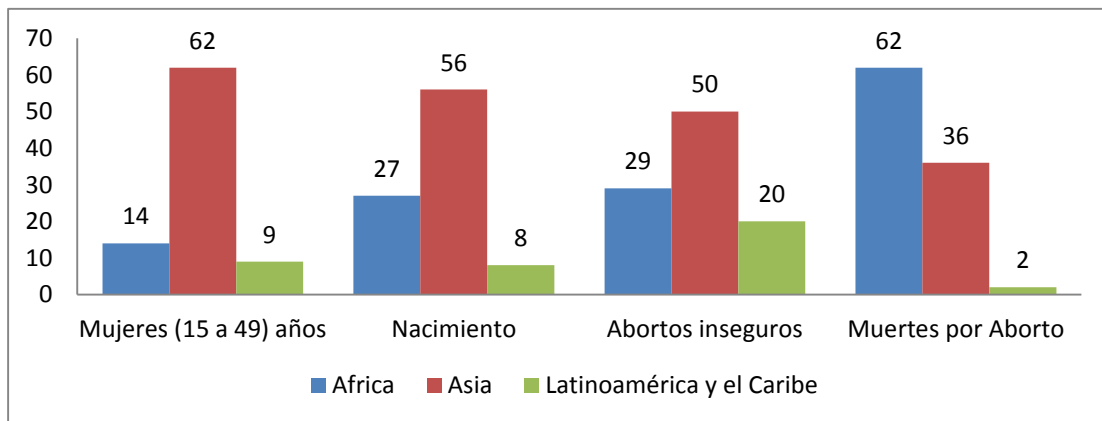
Según la OMS cada año, se estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres. Entre ellas, el 59% (o 123 millones) tienen un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una

muerte intrauterina. El 41% restante (u 85 millones) de los embarazos no son deseados.

Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos por cada 1000 mujeres en 2008. Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 26 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008.

Esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgo, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años. Se estimó que la cantidad absoluto de abortos inseguros era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008

Distribución porcentual de mujeres, nacimientos, abortos inseguros y muertes relacionadas, por región en desarrollo, 2008



Fuete: Aborto sin riesgo, Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Segunda edición OMS, 2008 pag 30.

Guatemala tiene una de las tasas más altas de fecundidad de Latinoamérica y más alta de todo Centroamérica. Mientras el tamaño promedio de la familia para la región centroamericana es de 2.9 hijos por mujer, en Guatemala era de 4.4 hijos por mujer en 2002 (7).

El uso de método anticonceptivo en Guatemala es el más bajo de América Latina y el Caribe. Mientras el resto de países de la región ha alcanzado niveles de uso anticonceptivo entre 47% y 69%, en Guatemala la tasa es de 43% (8).

En Guatemala, el aborto inducido es altamente restringido y sólo se permite para salvar la vida de la mujer (9). Sin embargo, su práctica es muy común, puesto que aproximadamente 65,000 abortos ocurre cada año en mujeres de 15 a 49 años, lo cual representa una tasa anual de 24 abortos por cada mil mujeres guatemaltecas en edad reproductiva. (6) (9)

Un estudio realizado en el 2000 en el hospital de Coatepeque mostró que el 10% del presupuesto hospitalario y el 30% del servicio de gineco-obstetricia se destinaron a la atención de pacientes con complicaciones de aborto (10). Un estudio sobre mortalidad materna estima en 153 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en el 2000, una de las tasas más altas de Centroamérica, revelo que el aborto es una de las principales causas de la mortalidad materna en Guatemala (11). Otros estudios calculan que entre el 10% y un 33% de todas las muertes maternas que ocurren por año en Guatemala se debe al aborto inducido (12).

2.3.1 Las tasas de abortos inducidos son moderadamente altas en Guatemala

En Guatemala la tasa anual estimada de aborto inducido es de alrededor de 24 por 1,000 mujeres en edad reproductiva (13). Este resultado es similar a la tasa de 21 por 1,000 estimada para el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud para la región centroamericana como un todo.

Número estimado de abortos inducidos, porcentaje de embarazos que son no planeados, tasa de embarazos no planeados y porcentaje de embarazos que terminan en aborto, todo por región, Guatemala, 2003.

Región	No. de abortos inducidos	% de embarazos no planeados	Tasa de embarazos no planeados	% de embarazos que terminan en aborto
Total	65,000	32	66	12
Metropolitana	21,100	37	59	19
Norte	1,800	29	77	3
Nororiente	5,200	33	70	11
Suroriente	5,100	35	68	12
Central	7,000	38	75	12
Suroccidente	18,200	32	72	13
Noroccidente	4,950	21	46	6
Petén	1,650	20	77	8

Fuete: Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala, Guttmacher Institute pag11.

2.4 FACTORES DE RIESGO

Es o son los elementos que contribuyen para que algún evento se cumpla. Los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de aborto, por lo cual se describen a continuación para cada clasificación los diversos factores asociados.

2.4.1 Aborto inducido

En Guatemala, así como en otros países en desarrollo existen múltiples factores de riesgo asociados, considerando que la inducción del aborto, bajo consentimiento de la paciente en países donde el aborto no está legalizado, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de aborto séptico. (4) (13)
Algunas de las razones por las que se inducen el aborto, son:

- a) Acceso restringido a servicios e insumos anticonceptivos
- b) El relativo alto costo de abortos realizados por personal calificado.
- c) Tratar de posponer o parar de concebir niños.
- d) Aspectos socioeconómicos (interrupción de la educación o de trabajo.
- e) Falta de soporte del padre e inhabilidad de poder costear otros niños.
- f) Estado civil: soltera, viuda, divorciada, separada vrs. Casada o en unión estable
- g) Edad de la paciente.

2.4.2 Aborto Espontáneo

- a) Las categorías de edades entre 10 a 14 años y 30 a 49 años están más predispuestas a sufrir abortos. Se ha visto que la frecuencia de aborto aumenta de un 12% en mujeres menores de 12 años a un 26% en mujeres mayores de 40 años.
- b) La talla corta y el sobrepeso o la obesidad aumentan significativamente la frecuencia de abortos.
- c) La incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe en un plazo de 3 meses posteriores al nacimiento de un feto vivo.
- d) Paridad: el riesgo de aborto espontáneo parece aumentar con la paridad.
- e) Edad gestacional: entre el 60 al 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras 12 semanas de gestación, se reduce a partir de éste período. (1) (14)

2.4.3 Edad de los miembros de la pareja

2.4.3.1 Edad materna

El principal factor asociado a la aparición de aborto espontáneo. En mujeres sin otros factores de riesgo para presentarlo, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación (14).

Este aumento de riesgo conforme se incrementa la edad de la madre no puede ser atribuido exclusivamente a la mala calidad ovocitaria secundaria al

aumento de la edad, pues en estudios con gestantes obtenidas mediante donación de ovocitos los resultados son equiparables a los anteriores, una vez que la fase de implantación ha finalizado. Dicha circunstancia ha hecho que se empiecen a contemplar otros factores como el “envejecimiento” uterino como contribuyentes al aborto espontáneo.

Un amplio estudio llevado a cabo con más de 1.200.00 mujeres permitió estratificar el riesgo de aborto espontáneo según la edad materna en:

Grupo de edad materna	Riesgo de aborto espontáneo
12-19	13.3%
20-24	11.1 %
25-29	11.9 %
30-34	15.0%
35-39	24.6%
40-44	51.0%
45 o más	93.4%

Fuente: Factores asociados al aborto espontaneo, Jesus Joaquin Hijona, 2009, pag 35-39.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística de Granada, desde 1990 hasta el 2003 el porcentaje de embarazadas que tenía más de 30 años en el momento de su primer parto pasó del 36.7% al 61.1%. en 1990 la proporción de mujeres embarazadas mayores de 35 años era de 10.45%, tasa que ha alcanzado el 22.34% en 2003 y que parece seguir una tendencia posterior ascendente. Estos datos sustentan la teoría del “progresivo envejecimiento” de la población de mujeres embarazadas de nuestro país, con las consecuencias que de ello se derivan. (14)

Dejando al margen factores socioeconómicos, se considera que la edad óptima reproductiva en mujer se encuentra entre los 18 y 34 años, una vez finalizado el desarrollo puberal y ya terminada la etapa de crecimiento y maduración. En cualquier caso, no existe consenso para definir la edad límite a partir de la cual aumenta excesivamente el riesgo de aborto

espontáneo. Probablemente se encuentre en torno a los 35 años, pues desde el punto de vista perinatal, el embarazo de una mujer en este rango de edad, es considerado de alto riesgo obstétrico, dada su estrecha relación con resultados adversos gestacionales: aborto espontáneo, embarazo ectópico, malformaciones fetales, hipertensión, diabetes, placenta previa, parto dificultoso, parto por cesárea, neonato de bajo peso al nacer, depresión neonatal y muerte fetal y neonatal.

Las gestantes de mayor edad presentan un riesgo superior de gestación aneuploide, determinado por la elevada proporción de ovocitos portadores de alteraciones cromosómicas. Hasta el momento no está claro por qué, si todas las mujeres tienen ovocitos anómalos en el ovario, el riesgo de alteraciones cromosómicas aumenta con la edad. Se han considerado dos hipótesis (14).

1. Los ovocitos que se encuentran en mejor estado son los que maduran en los primeros ciclos.
2. Las mujeres más jóvenes tienen menos probabilidad de llevar a término una gestación con una alteración cromosómica, al poseer un mejor mecanismo de filtrado para las anomalías embrifetales.

2.4.4 Estrés

Clásicamente se ha relacionado el estrés en la mujer como factor que puede actuar negativamente en la gestación. En un estudio prospectivo sobre 336 mujeres en las cuales se determinó el estrés mediante tres tests diferentes y la determinación de cortisol sanguíneo, no se observó que incrementara el riesgo de aborto espontáneo (15).

2.4.5 Abortos Previos

La existencia de antecedentes de aborto espontáneo en gestaciones anteriores implica un mayor riesgo de repetición del mismo, estimado en un 20% después de un aborto, un 28% después de dos y un 43% después de tres (14) (15)

2.4.6 Toxinas Ambientales

Roland y col. (1995) comunicaron un aumento del riesgo de aborto espontáneo entre las asistentes de dentistas expuestas al óxido nitroso durante tres o más horas en consultorios sin equipo de ventilación, aunque esto no sucedía en consultorios que utilizaban este equipo.

En un metaanálisis se llegó a la conclusión de que las mujeres que por su profesión se exponían a gases anestésicos tenían un aumento de riesgo de aborto espontáneo, aunque la información era de una época en que todavía no se empleaba ventilación (16).

En la mayor parte de los casos, existe poca información que acuse a algún agente ambiental específico; sin embargo, existe evidencia que involucra al arsénico, al plomo, al formaldehído, al benceno y al óxido de etileno como causas de abortos (16).

2.4.7 Consumo de tóxicos

Se asocia con frecuencia el aborto en las mujeres que consumen alcohol y/o tabaco independientemente de los efectos tóxicos que ejercen sobre los fetos que alcanzan a viabilidad, mujeres expuestas al plomo, mercurio, arsénio, y fósforo tienen más posibilidades de pérdida precoz del embarazo así como aquellas expuestas a sales de quinina, el permanganato de potasio y el dietilbestrol (DES).

2.4.8 Alcohol

El alcance del este hábito tóxico como enfermedad social es muy importante, pero adquiere una relevancia especial en relación con su abuso durante la gestación por las consecuencias que se derivan sobre el feto.

El alcohol atraviesa fácilmente la placenta, llegando con rapidez a la circulación fetal, donde el hígado fetal inmaduro, lo metaboliza más lentamente que el del adulto. Por ello, las concentraciones de alcohol en sangre fetal pueden ser más elevadas que en la madre, manteniéndose además altas durante más tiempo que en sangre materna, dando lugar al Síndrome Alcohólico Fetal o embriofetopatía alcohólica. Este síndrome agrupa a distintos cuadros: crecimiento intrauterino retardado, alteraciones de desarrollo psicomotor, síndrome de abstinencia en el recién nacido, retraso mental, problemas de aprendizaje, emocionales o de comportamiento y defectos cardíacos, en el macizo orofacial, auriculares, genitales, renales, sindactilias y alteraciones articulares.

El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa también el riesgo de aborto espontáneo (particularmente aquel de tipo precoz), el bajo peso al nacer y la muerte fetal. Además cuando hablamos de alcoholismo existe una frecuente asociación del mismo con malnutrición y otros hábitos poco saludables que afectan negativamente sobre el embarazo.

La Guía para la Prevención de Defectos Congénitos, editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en 2006, desaconseja totalmente la ingesta de alcohol en la gestación, ya que no se conoce cuáles son los niveles mínimos seguros tolerables.

2.4.9 Tabaco

El hábito de fumar cigarrillos durante el embarazo es muy extendido. Los estudios de prevalencia realizados en la década de los noventa mostraron que

entre el 20 y el 33% de las mujeres embarazadas de los países desarrollados mantienen su práctica en el embarazo. A pesar de ello, la percepción del tabaco como un elemento perjudicial para la descendencia hace que la proporción de mujeres que deja de fumar durante el embarazo sea mayor que la que lo hace en otro momento de su vida.

Existen deferencias sociales marcadas entre las mujeres que fuman y las que no lo hacen. El hábito continuo y el consumo diario elevado demuestran una fuerte asociación con desventajas sociales, alta paridad, ausencia de pareja y un índice de ingresos bajos. Además existen otros factores psicosociales muy comunes, que contribuyen a mantener el hábito de fumar: depresión, estrés laboral, exposición a la violencia de los compañeros íntimos, bajos niveles de apoyo y temor al aumento de peso.

El tabaco sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables asociados con el aborto, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal.

El riesgo de aborto, aun mínimo, ha sido confirmado en fumadoras de más de 10 cigarrillos por día. Se estima que cada año se producen entre 19,000 y 141,000 abortos como consecuencia del hábito de fumar. En cambio, la evidencia de los efectos del tabaco ambiental en fumadoras pasivas es débil e inconsciente, no pudiendo extraerse conclusiones válidas al respecto. (16)

Los efectos de tabaco sobre la gestación son muy precoces y así está descrito que los metabolitos de la nicotina alcanzan al embrión y se acumulan en sus tejidos a una edad tan temprana como las 7 semanas gestacionales. (16)

Todas las sustancias del tabaco atraviesan la barrera placentaria. De los 2,500 productos químicos que contiene el humo del cigarrillo, no se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo del feto, pero lo que si se conoce es que tanto la nicotina como el monóxido de carbono pueden ser perjudiciales para el feto.

En cuanto al mecanismo por el cual el tabaco ejerce su efecto pernicioso sobre la gestación, es múltiple:

1. La exposición materna al humo del tabaco modifica los niveles plasmáticos de estroprogetágenos, hormonas íntimamente ligadas al mantenimiento del embarazo.
2. El consumo de tabaco ejerce un claro efecto vasoconstrictor, mediado por la descarga adrenal que provoca la nicotina. El tabaco es un potente genotóxico.
3. Se especula con la posibilidad de que el tabaco, además de distorsionar la función ovárica y trofoblástica, altere la motilidad de la trompa de Falopio, perturbando el transporte de los gametos y el cigoto.

2.4.10 Cafeína

Los primeros estudios en relación con el papel de la cafeína en el aborto espontáneo apreciaron un mínimo aumento del riesgo entre las mujeres cuya ingesta diaria de cafeína era superior a los 500mg/día. Trabajos más recientes han encontrado que este incremento en el riesgo del aborto espontáneo, aun pequeño, se hace ya presente entre aquellas mujeres que consumen dosis tan bajas como 150mg diarios, si bien no puede descartarse que este efecto pueda deberse (al menos en parte) a otros factores como edad o el consumo de alcohol y tabaco.

2.5 FACTORES ETIOPAATOGENICOS

2.5.1 Factores Ovulares

Son también llamados abortos endócrinos y generalmente ocurren antes de las 12 semanas de edad gestacional. La proporción estimada para éste tipo de aborto supera el 50%, se dice que cuanto más precoz, mayor es el porcentaje de anomalías detectadas. La mayoría de abortos precoces tienen su origen en el proceso de maduración del ovocito o en anomalías de la fertilización. (16)

1. Las anomalías cromosómicas se detectan en 50-60% en el 1er. Trimestre, disminuyendo hasta un 7% a finales de la semana 24.
2. Las trisomías, son las causas más frecuentes, el principal mecanismo que las genera es la falta de disyunción meiótica (no se separan los cromosomas homólogos). La trisomía autosómica es la más frecuente y se detecta en un 51.9%, la trisomía 16 origina casi un 33% de los abortos y no se ha encontrado en neonatos por lo que se presume que es muy letal. La trisomía 21 y 22 ocupan el segundo lugar en frecuencia de abortos.
3. La monosomía X (45, X) es el segundo tipo más frecuente causante de alrededor de 18.9% de los casos anormales.
4. Las triploidías: corresponden al tercer grupo más frecuente con una frecuencia de 15.5%, generalmente son producidas por anomalías de la fertilización; tanto la dispermia (penetración de un óvulo por dos espermatozoides) como la diginia (falta de eliminación del corpúsculo polar).
5. Posteriormente tenemos según su frecuencia: la tetraploidia con un 5.6%; las translocaciones, 3.8%, y el mosaicismo, con 1.5% respectivamente.
6. Las alteraciones genéticas no cromosómicas incluyen defectos enzimáticos que, sin duda, son capaces de interferir en el desarrollo embrionario.

2.5.2 Factores maternos

2.5.2.1 Anomalías anatómicas

Es toda patología uterina relacionada con su conformación anatómica. Ya sea de origen congénito o adquirido, son causantes del 10 a 15% de todos los abortos con desarrollo fetal adecuado (17).

1. Sinequias uterinas: Son bandas estructurales entre las paredes del útero que pueden llegar a obliterar casi por completo la cavidad uterina, éstas son adquiridas y la mayoría de los casos son resultado de infecciones intrauterinas, combinadas con traumatismos quirúrgicos secundario a la retención de productos de la concepción tras un aborto o un parto (18).

2. Anomalías Mullerianas: Anomalías del desarrollo o fusión incompleta del conducto mulleriano. que dan lugar a anomalías como útero tabicado y el bicorne. Estos se asocian con la pérdida precoz del embarazo debido a que la implantación ocurre en el tabique siendo el mismo avascular. Otras como el útero doble y el unicornio se manifiestan con más frecuencia en el trabajo de parto pretérmino (19).
3. Cérvix Incompetente: Suele ser secundario a un traumatismo cervical y se debe por lo general a la dilatación mecánica al final del embarazo, también atribuible a laceraciones cervicales profundas y a conización ampliada como tratamiento de la displasia cervical. (18)
4. Hipoplasia Uterina: Es la disminución del tamaño uterino, se ha observado en un 70% de mujeres expuestas a DES (dietilbestrol).
5. Tumores benignos del útero: son también responsables en gran parte de pérdidas del embarazo, los más frecuentes son los miomas. (18)
6. Posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroversión y retroflexión marcada.
7. La endometriosis es causa reconocida de esterilidad pero su papel en el aborto ha sido puesto en evidencia en los últimos años.

2.5.2.2 Factores endócrinos y metabólicos

Para un adecuado desarrollo del embarazo debe producirse una compleja interacción de hormonas, un fallo en cualquiera de las hormonas implicadas en éste proceso puede llegar a provocar un aborto espontáneo.

1. Deficiencia de Progesterona: dado su conocido efecto de mantener la quiescencia uterina, su deficiencia conlleva a la pérdida de la función lútea durante las primeras siete semanas (20).
2. Deficiencia tiroidea: es raro que una deficiencia o un exceso de hormona tiroidea sea la causa de la pérdida precoz, aunque las pacientes con disfunción tiroidea pueden presentar trabajo de parto pretérmino normalmente aparece después de la semana 24 de gestación (20).

3. Diabetes: las diabéticas con niveles elevados de glucosa y de hemoglobina, tienen un riesgo elevado de aborto en el primer trimestre así como de anomalías congénitas fetales, estando más predispuestas las insulino dependientes. (20)
4. Síndrome del ovario poliquístico: parece ser que la concentración sérica elevada de hormona luteinizante que caracteriza a éste síndrome posee un efecto nocivo sobre el cuerpo lúteo. (20)
5. Andrógenos aumentados: El exceso de andrógenos produce una disfunción del cuerpo lúteo, la pérdida del embarazo suele producirse por fallecimiento del feto alrededor de la semana 8 de la gestación (21).

2.5.2.3 Enfermedad sistémica

Como el Lupus Eritematoso y Coagulopatías.

1. El Lupus Eritematoso sistémico es el que existe una alteración profunda del sistema inmunológico con producción de anticuerpos contra antígenos propios afecta a mujeres en edad reproductiva, produciendo aborto en 30% generalmente en las semanas 8 a la 14 de la gestación.
2. Entre las coagulopatías, la enfermedad de Von Willebrand se ha notado con una notable frecuencia de aborto de hasta 50%.
3. Enfermedad Vasculor Hipertensiva: los abortos presentados como consecuencia son de apareamiento tardío.

2.5.2.4 Factores Infecciosos y Parasitarios

La infección es una causa relativamente infrecuente de pérdida precoz del embarazo. Cualquier infección aguda, con bacteriemia o viremia, puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria. La toxoplasmosis parece ser uno de los más importantes debido a su extraordinaria frecuencia entre la población aparentemente sana, no es sólo causa de malformaciones congénitas sino también se relaciona con abortos espontáneos. En algunos países Europeos a superado a la sífilis y su

frecuencia es cada vez mayor. El *Treponema Pallidum* puede afectar al feto en cualquier momento de la gestación. También se han reportado casos de Chagas y Tuberculosis. La *Lysteria monocytogenes*, ha sido aislado en productos de aborto. La presencia de *Mycoplasma hominis* y *ureaplasma urealyticum* se ha aislado en feto, placenta y endometrio en abortos espontáneos. Entre las infecciones víricas se encuentran rubéola y citomegalovirus, como productores de malformaciones congénitas, también se ha documentado virus causantes de aborto como lo son: herpes, sarampión, hepatitis A y B, Varicela, Herpes zoster (22).

2.5.3 Otras Causas

2.5.3.1 Cirugía durante la gestación

En teoría la anestesia general puede producir efecto sobre la división celular normal, y los anestésicos halogenados interfieren en la síntesis de DNA, lo cual sugiere un efecto potencialmente nocivo para el feto o embrión. Se tienen datos para suponer que la cistectomía y apendicetomía son las intervenciones en las que mayor frecuencia de aborto se observa.

2.5.3.2 Traumatismos

Los traumas físicos de toda orden, directos o indirectos son causa frecuente de aborto, en los que se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanzan al útero, produciendo lesión placentaria o lesión directa del embrión o del feto.

Los excesos sexuales, etc.

2.5.3.3 Amniocentésis del segundo trimestre

Se ha descrito un riesgo del 1% de aborto luego de practicar la punción y aspiración amniótica, ésta cifra puede variar dependiendo de que se practique en condiciones óptimas.

2.5.3.4 Factores nutricionales

Deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales) aumentan la frecuencia de aborto, sin embargo no hay pruebas que una dieta deficiente de un determinado elemento nutritivo sea una causa importante de aborto (22).

2.5.3.5 Factores psicógenos

En la actualidad no existen datos que demuestren claramente relación causa-efecto entre alteraciones psicológicas y aborto habitual. Los abortos repetidos y la frustración resultante provocan importante estrés psicológico, lo cual es posible que tenga participación en el desarrollo de futuros embarazos.

2.5.3.6 Factores inmunológicos

La posibilidad de un rechazo inmunológico del embrión se utiliza con gran frecuencia para explicar los casos de abortos espontáneos de repetición, las pacientes mejor definidas con pérdidas inmunológicas son aquellas con síndrome antifosfolípidos, un grupo menos definido que contempla títulos débilmente positivos de anticuerpos antinucleares y el grupo peor definido corresponde a las pérdidas de embarazos producidas por aloanticuerpos (22).

2.6 DIAGNOSTICO

2.6.1 Anamnesis

Se debe estimar la probable edad gestacional en base a la fecha de última regla, la duración habitual del ciclo, la existencia y tipo de irregularidades menstruales que puedan existir habitualmente y la fecha en que se obtuvo una primera prueba de embarazo positiva. Además se debe anotar los antecedentes obstétricos y factores de riesgo. (23)

La sintomatología normal consiste en amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal. Ante un sangrado escaso no acompañado de dolor conviene interrogar

sobre su relación con el coito, ya que esta es una causa frecuente de metrorragia. El dolor suele ser un síntoma inespecífico. (23)

2.6.2 Exploración Física

Es importante en principio confirmar la estabilidad hemodinámica de la paciente descartar un abdomen agudo.

Se debe realizar un exploración ginecológica con especulo para comprobar el origen, la cantidad y es aspecto del sangrado. La cantidad de sangrado se correlaciona con el riesgo de aborto. Cundo es similar o superior al de la menstruación, raramente el embarazo seguirá adelante. Si hay restos ovulares protruyendo a través del orificio cervical externo, se puede intentar su extracción con pinzas de anillos para aliviar el dolor. Por último se realizara una exploración bimanual para constatar la existencia de dilatación cervical, si el tamaño y la forma uterina son acordes con los datos menstruales y si se identifican masas anexiales. (23)

2.6.3 Ecografía

Su realización es obligatoria ante cualquier embarazo con sospecha de aborto. De debe de emplear sonda transvaginal siempre que se disponga de ella.

El diagnostico ecográfico del aborto debe primar la precaución para evitar errores de indicar tratamiento evacuador ante falso diagnóstico de aborto en una gestación viable. (23)

Los signos que permiten establecer el diagnostico de aborto son:

- Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalo-caudal >5mm.
- Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalo-caudal >3.5mm inequívocamente demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión.
- Saco gestacional con un diámetro medio de >20 mm sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior.

2.6.4 Determinación de B-hCG

Resulta de utilidad como complemento a la ecografía en caso de que no se pueda establecer con seguridad la localización de la gestación por ecografía. Sin embargo, una vez que se ha constatado la existencia de un embarazo intrauterino por ecografía, la monitorización de los niveles de B-hCG ya no es necesaria.

A partir de niveles de 1000 mUI/mL es factible localizar la gestación por ecografía transvaginal. Cuando los niveles de B-hCG superan las 1,500 mUI/mL, es posible localizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos. (23)

En una gestación viable, los niveles de B-hCG tienden a duplicar su valor cada 48 horas. Aunque existe una amplia variabilidad, en >95% de los casos este incremento es de al menos 53%.

2.7 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

2.7.1 Aborto Precoz

Es el que ocurre antes de las 12 semanas. En este grupo se puede incluir al aborto bioquímico, preimplantacional o preclínico, que es aquél que acontece desde antes de que el blastocisto se implante, hasta la primera manifestación clínica o la identificación en ecográfica del saco ovular (cuatro a cinco semanas de gestación). En muchas ocasiones estos abortos ocurren antes de la llegada del periodo menstrual, por lo que el diagnóstico solo se puede realizar por la positividad en la determinación de la B-hCG. (23)

2.7.2 Aborto Tardío

Es el que tiene lugar con 12 ó más semanas de gestación. (23)

2.8 FORMAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLOGÍA DEL ABORTO

2.8.1 Aborto Subclínico

Aborto sin signos clínicos, cuando entre el momento de la implantación y la semana después de la fecha esperada de la siguiente menstruación se produce el aborto.

Sólo en casos excepcionales puede establecerse el diagnóstico seguro.

2.8.2 Amenaza de aborto

Es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. En 20 a 25% de las embarazadas hay goteo de sangre o hemorragia, se presenta con dolor hipogástrico tipo cólico que coincide con contracciones uterinas, hemorragia vaginal escasa y orificio cervical interno cerrado.

2.8.3 Aborto Inminente

Amenaza de aborto exagerada, los dolores son más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos. (24)

2.8.4 Aborto en Curso

Se agrega al anterior; la dilatación cervical y al tacto se percibe el producto en el endocervix.

2.8.5 Aborto Inevitable

Se puede notar presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal con rotura de membranas ovulares o hemorragia, se acompaña de dolor y dilatación del orificio cervical interno.

2.8.6 Aborto incompleto

Cuando ocurre la expulsión parcial de los productos de la concepción de la cavidad uterina; ya sea que sobresalen por el orificio cervical externo o están en la vagina. Persiste la hemorragia y el cólico, ambos orificios están dilatados, el útero blando y grande. (24)

2.8.7 Aborto Completo

Se identifica por el cese del dolor y hemorragia, después de que se expulsan todos los tejidos del embarazo. El producto de la gestación ha sido expulsado en su totalidad, el útero disminuye de tamaño, los orificios están cerrados, puede haber poco sangrado y no hay dolor.

2.8.8 Aborto Recurrente o habitual

Tres o más pérdidas gestacionales espontáneas, consecutivas en el primer trimestre. Se subdivide en primario: en mujeres que nunca han tenido un embarazo a término y secundario: cuyo aborto repetitivo sigue a un parto con producto vivo, afecta a una de cada 200 parejas, en el 3 al 5% de las parejas que experimentan un aborto recurrente, se ha encontrado alguna anomalía genética.

2.8.9 Aborto Diferido

Cuando fallece el producto de la concepción sin que ocurra su expulsión. Una de las complicaciones más preocupantes del aborto diferido es la aparición de Coagulopatía de consumo por un proceso de Coagulación Intravascular Diseminada, desencadenado por el uso de sustancias trombotóxicas de origen ovular a la circulación materna.

2.8.10 Aborto séptico

La sepsis tras aborto está provocada muchas veces por patógenos de la flora intestinal o vaginal, aunque casi siempre se asocia a aborto provocado. Hay dolor pélvico, hipersensibilidad, fiebre, secreción fétida y complicaciones endometritis, parametritis o peritonitis; pero puede progresar a convertirse en septicemia y shock séptico. Fue causa importante de mortalidad materna, se ha vuelto cada vez menos frecuente con la liberación de las leyes de aborto en algunos países.

2.9 TRATAMIENTO

2.9.1 Métodos Abortivos

En la actualidad existen muchos métodos para realizar un aborto. Sin embargo éstos deben ser practicados por personal médico o personal capacitado y deben realizarse en aquellos países donde las normas lo permitan, en nuestra sociedad es permitido única y exclusivamente el aborto terapéutico por lo que para éste puede ser empleado alguno de los que a continuación se exponen.

Tomando en cuenta que en otros países potencias mundiales son permitidos a voluntad, además cabe mencionar que pueden existir otras alternativas (la utilización de algunas hierbas, entre otros). Por lo que a continuación mencionamos los métodos médicos más comúnmente utilizados, éstos varían según la edad gestacional de la paciente y su condición clínica a la hora de consultar.

2.9.2 Por Succión

La succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la 12^a. semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

2.9.3 Dilatación y Curetaje

Se usa a finales del primer trimestre o a principios del segundo, cuando el bebé es demasiado grande y no puede ser extraído por succión, es similar al método anterior, pero en vez de despedazar al bebé por aspiración se utiliza una cureta o cuchillo, provisto de una cucharilla, con una punta afilada con la cual se va cortando en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de

la matriz. Luego se sacan éstos pedazos con ayuda del fórceps. Este procedimiento tiene más riesgos para la mujer que el método de succión

2.9.4 Dilatación y Evacuación

Este método se utiliza comúnmente en casos de segundo trimestre del embarazo o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro del cérvix para dilatarla, al día siguiente se inserta un par de fórceps con dientes de metal afilados, con los cuales se arrancan y retiran, pedazo a pedazo, las partes del cuerpo del bebé. Como normalmente la cabeza del bebé es demasiado grande para ser extraída entera, la aplastan por compresión antes de sacarla, al terminar el procedimiento se debe completar el cuerpo del bebé para determinar que no ha quedado nada adentro y de ésta manera no ocurra una infección. (25)

Mediante Prostaglandinas

Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Provocando dilatación cervical así como contracciones uterinas, actualmente las prostaglandinas se han usado con E1 E2 para aumentar la "efectividad" de éstas.

2.10 COMPLICACIONES

Las complicaciones del aborto pueden ser inmediatas y tardías:

2.10.1 Complicaciones inmediatas

Cerca del 10% de las mujeres que se someten a un aborto sufre complicaciones inmediatas tales como:

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.

2.10.1.1 Aborto séptico

Generalmente se produce en casos de ruptura prolongada de membranas, persistencia de DIU intrauterino y manipulaciones mecánicas o químicas en un intento de interrumpir la gestación.

Generalmente se produce por una infección polimicrobiana constituida por gérmenes de la propia flora vaginal y diversos patógenos anaerobios, dentro de los cuales destaca por su potencial agresividad *Clostridium Perfringes*, capaz de provocar una hemólisis intravascular grave asociada a trombopenia.

El cuadro clínico viene constituido por fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor hipogástrico difuso, sangrado genital, leucorrea purulenta con útero reblandecido y aumento de tamaño y leucocitosis con desviación a la izquierda y, frecuentemente, anemia.

2.10.1.2 Hemorragia

Por el propio proceso de expulsión de restos, por la persistencia de los mismos dentro de la cavidad (aborto incompleto) o por lesiones uterinas producidas en un intento de interrumpir la gestación o evacuar el útero (intención terapéutica).

2.10.1.3 Coagulopatía Intravascular Diseminada

Se produce por consumo de factores de coagulación. Existen cuatro circunstancias en las cuales el riesgo de sufrir esta complicación se ve aumentado: aborto diferidos, particularmente del segundo trimestre y cuando la muerte fetal se produjo al menos cuatro semanas atrás, aborto séptico, shock séptico e instilación intrauterina de soluciones hipertónicas o prostaglandinas.

2.10.2 Complicaciones tardías

2.10.2.1 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 desarrollarán dentro de las siguientes cuatro semanas.

2.10.2.2 Endometritis

Es una inflamación del endometrio, dolorosa y que origina alteraciones en la menstruación. El riesgo de padecer aumenta después de un aborto pero sobre todo en las adolescentes que tienen 1.5% más posibilidades.

2.10.2.3 Embarazos ectópicos

La posibilidad de que después de un aborto se produzcan embarazos ectópicos aumenta con cada evento de aborto.

2.10.2.4 Cáncer de mama

Se duplica después de un aborto el riesgo de cáncer de mama y aumenta con dos o más abortos sucesivos.

2.10.2.5 Cáncer cervical de ovario y de hígado

Las mujeres con un aborto tienen 2.3% más riesgo de cáncer cervical y si son dos o más abortos sube a 4.9% y se eleva el riesgo de cáncer de ovario e hígado.

2.10.2.6 Cambios en los síntomas menstruales

Las mujeres con abortos previos presentan un excesivo cambio en síntomas menstruales en todas las edades.

2.10.2.7 Sinequias uterinas

La incidencia de adherencias o sinequias uterinas es elevada principalmente en las mujeres que han tenido dos o más curetajes.

2.10.2.8 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.

2.10.2.9 Esterilidad

El aborto inducido puede provocar esterilidad tres a cuatro veces más que en mujeres que nunca se han sometido a un aborto.

Regímenes de antibióticos contra el aborto séptico:

2.11 CONTEMPLACIONES LEGISLATIVAS GUATEMALTECAS

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

Art. 134. Aborto Procurado. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que ligados íntimamente a su estado le produzcan indudable alteración psíquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

Art. 135. Aborto con o sin consentimiento. Quien de propósito causare aborto será sancionado.

1. Con prisión de uno a tres años, si hay consentimiento de la mujer.
2. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer, si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

Art. 136. Aborto Calificado. Si a consecuencia del aborto consentido resultare la muerte de la mujer, se sancionará al responsable con tres a ocho años de prisión. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin el consentimiento de la mujer pero sucede la muerte de ella, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.

Art. 137. Aborto Terapéutico. No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotados los recursos científicos y técnicos. (25)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

1. Caracterizar epidemiológica y clínicamente a las pacientes que fueron ingresadas por diagnóstico de aborto, en el servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán durante 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre del 2014.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características epidemiológicas de las pacientes atendidas.
2. Identificar las características gineco–obstétricas en las pacientes atendidas.
3. Determinar el tipo de aborto que presentaron principalmente las pacientes atendidas.
4. Establecer el tratamiento más utilizado en las pacientes ingresadas por aborto.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Diseño del estudio

El diseño del presente estudio estuvo condicionado por los propios objetivos de la investigación, que realizó un doble análisis:

1. Se identificó al grupo de pacientes en cuenta a sus características sociodemográficas y epidemiológica que sufrieron aborto espontaneo a lo largo de un periodo de tiempo predefinido de 3 años, procedentes de los distintos municipios del departamento de Alta Verapaz.
2. Se describieron los hallazgos clínicos asociados al aborto en el grupo estudiado.

4.2 Tipo de Estudio

Descriptivo retrospectivo

4.3 Unidad de Análisis

Pacientes con diagnóstico clínico de aborto o amenaza de aborto que ingresaron al Hospital de Cobán Alta Verapaz en el período del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre del 2014.

4.4 Universo de estudio

Se incluyó en el estudio un total de 1,187 historias clínicas de 1,885 con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital de Cobán Alta Verapaz en el período del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre del 2014.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

4.5.1 Inclusión

1. Historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Departamento de Archivo del Hospital de Cobán Alta Verapaz durante enero de 2012 a diciembre de 2014.

4.5.2 Exclusión

1. Historias clínicas no encontradas, o sin información requerida para lograr los objetivos del estudio.
2. Aquellos casos catalogados al ingreso como aborto y luego con el complemento de exámenes de laboratorio y estudios de imagen se diagnosticó embarazo molar.
3. Historias clínicas con diagnóstico de egreso de legrado intrauterino o aspiración manual endouterina que se realizaron por embarazo anembrionario o legrado diagnóstico y no por aborto.

5.7 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
INCIDENCIA	Número de casos nuevos en lugar y tiempo definido	<u>No de Abortos</u> Nacido Vivos	Numérica	tasa
Datos Epidemiólogos de las pacientes.	Edad: periodo que ha transcurrido desde que una persona nace	años reportados	Numérica	Años de Vida
	Escolaridad: número de grados aprobados	Nivel académico	Nominal	Ultimo grado académico aprobado
	Profesión u Oficio: labor que realiza la persona para sostenimiento económico	Trabajo u Oficio	Nominal	Trabajo u Oficio referido
	Procedencia: lugar geográfico donde reside la persona.	Lugar de residencia	Nominal	Lugar de residencia actual referido.
	Religión: grupo religioso perteneciente	Religión que profesa	Nominal	Religión referida
	Etnia: conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión.	Indígena, Ladina, Mestiza	Nominal	Etnia referida
	Residencia: lugar donde se vive	Municipio	Nominal	Municipio referido
	Inicio de Vida Sexual: edad de inicio de relaciones sexuales.	Edad de primera relación sexual	Numérico	Edad referida como inicio de vida sexual
	Número de parejas sexuales: cantidad de parejas sexuales de una persona en su vida	Número de parejas sexuales	Numérico	Cantidad de parejas sexuales referidas
	Control Prenatal: chequeos médicos durante la gestación	Si o No llevo control prenatal	Nominal	Si o No llevo control prenatal
	Planificación familiar: métodos utilizados para evitar embarazo	Si o No utiliza método de planificación familiar	Nominal	Si o No utiliza método de planificación.

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
	Eventos ginecológicos y obstétricos de la paciente	-		
Datos Clínicos de las pacientes.	Gestas: número de veces que una mujer a estado embarazada.	número de gestas	Númerica	Número de gestas referidas
	Partos: Culminación de un embarazo por vía vaginal.	número de partos que refiere la paciente	Númerica	Número de partos eutócico referido
	Cesáreas: Extracción del feto tras una incisión practicada en la pared del uterina, parto distócico.	número de cesáreas referidas	Númerica	Número de cesáreas referidas
	Abortos: Expulsión del producto de la gestación antes de las 20 semanas o < a 500gr de peso.	Antecedentes de abortos previos	Númerica	Número de abortos previos.
	Hijo vivo: hijo procreado por la paciente que se encuentre con vida	número de hijos vivos referidos	Númerica	Número de hijos vivos referidos
	Hijo muerto: hijo parido por la paciente que haya fallecido	número de hijos muertos referidos	Númerica	Número de hijos muertos referidos
	Antecedentes médicos: patologías presentadas por la paciente durante el embarazo	enfermedad referida ocurrida durante el embarazo	Nominal	Anemia, ITU, DM, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, HTA
	Resolución del embarazo anterior: medio por el cual tuvo a su ultimo hijo	forma por la cual tuvo a su anterior hijo	Nominal	Parto, Cesaría, Aborto
	Toxicomanía: habito de la pacientes de consumo de toxina	toxicomanía referida	Nominal	Alcohol, Tabaco, Drogas, Fármacos, Otras.

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos	-		
Datos Clínicos de las pacientes.	Aborto Espontaneo: el que sucede de forma natural sin intervención externa alguna	número de gestas	Nominal	Aborto espontaneo
	Aborto Diferido: cuando la expulsión no tiene lugar luego de la muerte del embrión o feto	número de partos que refiere la paciente		Aborto diferido
	Aborto Séptico: cuando se produce el inicio de sepsis por la retención del embrión, feto o restos placentarios	número de cesarías referidas		Aborto séptico
	Aborto Inevitable: aborto en curso que se nota presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal, ruptura de membranas	Antecedentes de abortos previos		Aborto inevitable
	Aborto Completo: producto de la gestación expulsado completamente	número de hijos vivos referidos		Aborto completo
	Aborto Incompleto: presencia del embrión o feto y presencia de restos placentarios	número de hijos muertos referidos		Aborto incompleto
	Edad Gestacional: número de semanas de embarazo desde la última regla	semanas de edad gestacional por ultima regla o USG	Númerica	Número de semanas de gestación por ultima regla o por USG
	Tratamiento: técnica utilizada para la resolución del aborto	tratamiento médico o quirúrgico realizado	Nominal	Médico, AMEU, LIU
	Complicaciones: alteraciones sistémicas secundarias al aborto	complicación presentada por la paciente	Nominal	Hemorragia, Sepsis, Shock Hipovolémico, Histerectomía

4.6 Instrumento de Recolección y Medición de Variables

La técnica utilizada fue la observación directa de datos y el traslado de la información de un instrumento a otro. El instrumento utilizado fue una boleta de recolección de datos creada en función de alcanzar los objetivos planteados. Se tomaron los expedientes previa autorización del comité de docencia e investigación de las pacientes egresadas con diagnóstico de aborto o amenaza de aborto.

La boleta de recolección conto de tres partes. La primera incluyo los datos generales de la paciente. En la segunda los aspectos gineco-obstétricos y en la tercera el tipo de aborto, tratamiento y complicaciones.

4.7 Plan de procesamiento y análisis de datos

- Los resultados del estudio se analizaron de acuerdo con los objetivos y variables planteadas.
- Se presentan los datos en tablas y cuadro, según el tipo de variable, con el fin de presentar los resultados de una forma que simplifique su comprensión.

4.8 Procedimiento para la Recolección de Datos

Etapa1:

Se obtuvo del aval por parte del Comité de tesis de la Facultad de Ciencia de la Salud de Universidad Rafael Landívar.

Etapa 2:

Se solicitó aprobación del estudio al Comité de Investigación y Docencia del Hospital de Cobán.

Etapa3: preparación y estandarización de las historias clínicas.

Una vez aceptado el estudio por parte del Comité de Ética y de Investigación en el Hospital de Cobán, se procedió a la recolección de datos, que tuvo lugar como a continuación se detalla.

- Estableciendo un periodo de 3 años retrospectivos, a lo largo de los cuales se superó el millar de casos de aborto, se fueron revisando una por una las historias clínicas en las cuales se establezca el diagnóstico de egreso de aborto en este hospital siempre y cuando reúnan las condiciones exigidas en los criterios de inclusión y no cumpliendo ningún criterio de exclusión.
- Se utilizaron las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de egreso de aborto, la información recabada es confidencial y solo para fines de investigación.
- Se utilizó una boleta de recolección de datos tipo encuesta contestada con la información plasmada en las historias clínicas.

Etapa4: recolección de datos.

- Se asistió con previa autorización por el Comité de Docencia e Investigación, servicio de estadística y archivo del hospital para la selección de las historias que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
- Se recolectaron los datos necesario para dar respuesta a las variables establecidas, de los antecedentes y evolución de la enfermedad plasmados en las historias.

Etapa5: tabulación de datos.

- Se realizó la tabulación de los datos recabados utilizando el programa EXCEL y EPI INFO 7 para una fácil y grafica reproducción de los resultados.

Etapa6: resultados

- Con la obtención de los resultados se procedió a la creación de tablas y valoración de porcentajes de las diferentes variables para darlos a conocer de una forma sencilla y comprensible.

Etapa7: presentación de informe final

- Se presentó trabajo formal por escrito que incluyo los resultados del trabajo de campo del estudio final de tesis.
- Se entregó copia a las autoridades del Hospital de Cobán, al Comité de Tesis de la Universidad Rafael Landívar, al Asesor y Tutor de tesis.

4.9 Alcances y límites de la investigación

4.9.1 Alcances

- Se pretendió con esta investigación dar a conocer la incidencia actual de aborto a las autoridades del Hospital Regional de Cobán.
- Identificar y destacar en número la frecuencia los aspectos asociados al aborto para contemplar un plan preventivo con el fin de minimizarlos o controlarlos según sea su etiología.
- Contribuir al desarrollo de investigaciones de este tipo en el Hospital de Cobán.

4.9.2 Limites

- Ya que las características de las pacientes que presentaron aborto fueron tomados de la historia clínica se limitaron a los recabados en los antecedentes de la misma en la evaluación de ingreso.
- Por ser el aborto un tema restringido por las leyes de nuestro país se considera que un número considerable de pacientes no acuden a los servicios de salud, por lo que conocer la verdadera magnitud del aborto se hace complicado.

4.10 Aspectos Éticos

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto, la información obtenida fue de carácter confidencial y solo para los fines de este estudio.

4.11 Lugar de la Investigación

Servicio de Cuidados Prenatales del Hospital de Cobán Alta Verapaz.

4.12 Periodo de la investigación

Periodo de investigación abarco desde el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre del 2014.

V. RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados del estudio retrospectivo descriptivo realizado en el Hospital de Cobán Alta Verapaz. Para lo cual se realizó la revisión de historias clínicas de los años 2012 a 2014. Se recopilaron y revisaron 1,187 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de egreso de aborto de un total de 1,885 registradas en el departamento de estadística de dicho nosocomio.

Tasa de Aborto en el Hospital Regional de Cobán realizada determinada por este estudio es:

$$\text{Tasa de Aborto} = \frac{\text{Número de Abortos}}{\text{Número de Nacidos Vivos}} \times 1000$$

AÑO	NACIDOS VIVOS ALTA VERAPAZ	NÚMERO DE ABORTOS	TASA DE ABORTO
2012	21,462	352	16.4
2013	22,803	443	19.4
2014	24,740	392	15.8
TOTAL	69,005	1187	17.2

Fuete. Área de Salud de Alta Verapaz y Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Se presenta la tasa de aborto que se obtiene de los datos recabados por el estudio realizado a lo largo de tres años. Se determina que el Hospital Regional de Cobán tiene una tasa de aborto de 17.2 abortos por 1000 nacidos vivos en el término de los tres años.

Tabla 1. Número y porcentaje de pacientes según el área de procedencia. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
COBAN	312	26.28%
CARCHA	214	18.03%
TACTIC	122	10.28%
SAN CRISTOBAL	118	9.94%
CHAMELCO	90	7.58%
CHISEC	89	7.50%
SANTA CRUZ	72	6.07%
CAHABON	47	3.96%
TAMAHU	35	2.95%
TUCURU	22	1.85%
LANQUIN	16	1.35%
IXCAN PLAYA GRANDE	14	1.18%
LA TINTA	10	0.84%
SENAHU	7	0.59%
PURHULA B.V.	6	0.51%
FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	5	0.42%
CHAHAL	2	0.17%
SALAMA B.V.	2	0.17%
SAN MIGUEL CHICAJ B.V.	2	0.17%
LA UNION BARRIOS B.V.	1	0.08%
SAYAXCHE PETEN	1	0.08%
TOTAL	1187	100%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 1. Indica los municipios de procedencia de las pacientes. Por ser un hospital de referencia se observa que hay representación de todos los municipios de Alta Verapaz, ocupando el mayor porcentaje Cobán con un 26.28%, seguido por Carcha con 18.03% y Tactic con un 10.28%. Incluyendo municipios de Baja Verapaz, Purhula con un 0.51% y del departamento de Quiche, Ixcán Playa Grande con un 1.18%.

Tabla 2. Número y porcentaje de pacientes según área geográfica de residencia y relación con el grupo étnico. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Grupo Étnico				
Área de Residencia	Indígena	Ladino	Total	% Columna
RURAL	751	50	801	67.48%
URBANA	234	152	386	32.52%
TOTAL	985	202	1187	100%
% Fila	82.98%	17.02%	100.00%	100%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 2. Se indica el área geográfica de residencia de las pacientes observando el predominio rural con un 67.48% en relación al urbano con un 32.52%. Demostrando que la mayoría de las pacientes que acuden a los servicios de salud son de residencia rural en la mayoría de municipios de Alta Verapaz. Se relaciona el grupo étnico de las pacientes incluidas en el estudio, obteniendo como resultado una mayoría de pacientes indígenas con un 82.98%, cuadruplicando a las pacientes ladinas con un 17.02%. Lo que demuestra que la procedencia rural y la etnia indígena son características encontradas en la mayoría de mujeres que consultaron a este hospital.

Tabla 3. Número y porcentaje de pacientes según estado civil, ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	584	49.20%
UNIDA	454	38.25%
SOLTERA	149	12.55%
Total	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 3. Indica el estado civil de la paciente, lo cual es un parámetro emocional y económico que influye en su vida personal, observando que las pacientes casadas conforman el grupo mayoritario con un 49.20%, unida con un 38.25% y soltera con un 12.55%.

Tabla 4. Número y porcentaje de pacientes en relación a la edad por quinquenio con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11 a 15	30	2.53%
16 a 20	273	23.00%
21 a 25	294	24.77%
26 a 30	265	22.33%
31 a 35	168	14.15%
36 a 40	111	9.35%
41 a 45	40	3.37%
46 a 50	6	0.51%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 4. Se escribe la distribución de edad por quinquenio de las pacientes incluidas en el estudio, identificando el mayor porcentaje de pacientes que consultaron a este hospital están comprendidas entre las edades de 21 a 25 años con un 24.77% en segundo lugar las pacientes con edades entre 16 a 20 años con un 23.00% y en tercer lugar pacientes comprendidas en la edad de 26 a 30 con un 22.33%. Se observa también un porcentaje moderadamente bajo pero presente en pacientes de 11 a 15 años con un 2.53%.

Tabla 5. Número y porcentaje de pacientes según religión que profesa, ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
EVANGELICA	643	54.17%
CATOLICA	527	44.40%
NO PROFESA	10	0.84%
NO ESPECIFICADO*	7	0.59%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó la religión al momento del llenado de la ficha clínica.

Tabla 5. Se indica el grupo religioso perteneciente con predominio de pacientes evangélicas con un 54.17%, pacientes que profesan la religión católica en un 44.40%, y las pacientes que no profesan una religión con un 0.84%.

Tabla 6. Número y porcentaje de pacientes en relación al trabajo u ocupación que realizan. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Trabajo u Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
AGRICULTURA	7	0.59%
AMA DE CASA	1049	88.37%
COMERCIANTE	50	4.21%
DOMESTICOS	20	1.68%
ESTUDIANTE	35	2.95%
PROFESIONAL	26	2.19%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 6. Se indica la profesión, trabajo u oficio que desempeña la paciente. Se determinó que la condición de ama de casa predomina en su mayoría con un 88.37% seguida de la condición de comerciante en un 4.21% y el grupo de estudiante con un 2.95%.

Tabla 7. Número y porcentaje de pacientes según alfabetización y nivel de académico. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Nivel Académico	Frecuencia	Porcentaje
ALFABETA*	245	20.64%
ANALFABETA	678	57.12%
DIVERSIFICADO Y/O BACHILLERATO	40	3.37%
NIVEL BASICO	76	6.40%
NIVEL PRIMARIA	124	10.45%
NO ESPECIFICADO**	19	1.60%
UNIVERSITARIO	5	0.42%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se especificó nivel académico alcanzado en la ficha clínica.

**No se determinó el nivel académico al momento del llenado de la ficha clínica.

Tabla 7. El grupo de pacientes analfabetas es el mayor con un 57.12% y las pacientes alfabetas sin especificar nivel académico alcanzado representan un 20.64%. De las pacientes que al interrogatorio indicaron su nivel académico, se determinó que la mayoría de las pacientes alcanzaron el nivel primario en un 10.45%, nivel básico un 6.40% y nivel diversificado o bachillerato 3.37%.

Tabla 8. Número y porcentaje de pacientes en relación al conocimiento del embarazo actual. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Conocimiento del Embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje
SI	1013	85.34%
NO *	174	14.66%
Total	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Se determinó por información recabada en historia clínica o si se le realizó prueba de embarazo sérica en los servicios de salud.

Tabla 8. Se determinó que las pacientes que no tenían conocimiento del embarazo fueron un 14.66% a las cuales se les realizó una prueba diagnóstica para confirmar la gestación y las que si lo tenían representan un 85.34%.

Tabla 9. Número y porcentaje de pacientes en relación al control prenatal. De las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
SI	111	9.35%
NO	174	14.66%
NO ESPECIFICADO *	891	75.06%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó si la paciente tuvo control prenatal al momento del llenado de la ficha clínica.

Tabla 9. Se estableció si las pacientes llevaron control prenatal en un momento de la gestación lo cual indica que 891 pacientes lo que representa un 75.06% no se les pregunto o no se anotó en la historia clínica al momento del interrogatorio, 174 pacientes refirieron no haber llevado control prenatal representando un 14.66% y 111 se llevaron control prenatal con una o más cita lo que representa un 9.35%.

Tabla 10. Número y porcentaje de pacientes en relación al inicio de vida sexual y el número de parejas. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Inicio de vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
12 a 14	21	1.77%
15 a 17	131	11.04%
18 a 20	129	10.87%
21 a 22	18	1.52%
23 a 25	3	0.25%
26 a 28	3	0.25%
NO ESPECIFICADO *	882	74.30%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó el inicio de vida sexual en la ficha clínica.

Tabla 10. Se establece la edad de inicio de vida sexual de las pacientes. Se determinó que las edades que con más frecuencia refirieron como inicio fueron entre los 15 a 17 años ellas fueron 131 pacientes representando un 11.04%. 129 pacientes refirieron que iniciaron a tener relaciones sexuales a las edades entre 18 a 20 años. 882 pacientes no se tiene dato por no estar en la historia clínica.

Tabla 11. Número y porcentaje de pacientes que utilizaban un método de planificación familiar. En pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
SI	96	8.09%
NO	105	8.85%
NO ESPECIFICADO *	986	83.07%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó si la paciente utilizaba algún método de planificación familiar.

Tabla 11. Se indica si la paciente estaba utilizando algún método de planificación. Se identificó que de las pacientes incluidas en el estudio 96 si estaban utilizando algún método de planificación lo que representa un 8.09%, 105 no estaban planificando lo que representa un 8.85% y a 986 pacientes no se les pregunto sobre la utilización de método de planificación o no se anotó en la historia clínica.

Tabla 12. Número y porcentaje de pacientes según el método de planificación familiar que utilizan. En pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Método de Planificación	Frecuencia	Porcentaje
PATILLAS	13	1.10%
INYECCIÓN MENSUAL	22	1.85%
INYECCIÓN TRIMESTRAL	61	5.14%
NINGUNO	104	8.76%
NO ESPECIFICADO *	987	83.15%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó si la paciente utilizaba algún método de planificación familiar.

Tabla 12. Se indica el tipo de método de planificación utilizado con mayor frecuencia por las pacientes incluidas en el estudio. Un grupo de 61 pacientes utilizaban inyección trimestral que representan un 5.14%, un grupo de 104 pacientes refirieron no utilizar método de planificación que representan un 8.76% y el grupo de 987 no se les pregunto si utilizaban algún método de planificación familiar o no se anotó al interrogatorio de ingreso.

Tabla 13. Número y porcentaje de pacientes según horas o días de hemorragia vaginal. Ingresadas con diagnóstico de aborto.

Horas/días de Hemorragia	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5	240	20.22%
6 a 10	348	29.32%
11 a 15	161	13.56%
16 a 20	41	3.45%
21 a 25	164	13.82%
26 a 30	2	0.17%
30 a < 72	69	5.81%
> a 3 días	79	6.66%
> a 5 días	63	5.31%
SIN DATO	20	1.68%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó el tiempo en horas o días de hemorragia vaginal en la ficha clínica.

Tabla 13. Se determinó que de 6 a 10 horas de hemorragia representa un 29.32%, de 1 a 5 horas con 20.22% y 21 a 25 horas con 13.82% son los los intervalos de horas que más refirieron las pacientes a su ingreso.

Tabla 14. Número y porcentaje de pacientes en según el número de gestas. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Número de Gestas	Frecuencia	Porcentaje
1	256	21.57%
2	209	17.61%
3	113	9.52%
4	75	6.32%
5	49	4.13%
6	54	4.55%
7	26	2.19%
8	25	2.11%
9	20	1.68%
10	7	0.59%
11	3	0.25%
12	5	0.42%
13	2	0.17%
14	1	0.08%
15	1	0.08%
PRIMIGESTA*	341	28.73%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Paciente primigesta, no se tomó el embarazo actual como antecedente. Se incluyen par él conteo total de fichas clínicas.

Tabla 14. Se indica el número de gestas de cada paciente identificando que la mayoría de pacientes presentaron un embarazo anterior en un 21.57%, dos embarazos en un 17.61% y tres embarazos en un 9.52%. Un grupo de 7 pacientes presentaron 10 gestas representando un 0.59% y 1 paciente la cual representa el 0.08% tubo 15 gestas anteriores al aborto actual.

Tabla 15. Número y porcentaje de pacientes en relación al número de partos. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Número de Partos	Frecuencia	Porcentaje
1	234	19.71%
2	179	15.08%
3	94	7.92%
4	71	5.98%
5	57	4.80%
6	48	4.04%
7	21	1.77%
8	21	1.77%
9	14	1.18%
10	5	0.42%
11	4	0.34%
12	3	0.25%
13	2	0.17%
NULIPARA*	341	28.73%
PRESENTARON ABORTO**	93	7.83%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Paciente primigesta y nulípara, no se tomó el embarazo actual como antecedente. Se incluyen para él conteo total de fichas clínicas.

**Pacientes que presentaron aborto y no tuvieron parto. Se incluyen para él conteo total de fichas clínicas.

Tabla 15. Se presentan las pacientes con relación al número de partos. Un 19.71% presento 1 parto anterior al aborto actual siendo esta cantidad la que ocupa el porcentaje más alto, seguido de un 15.08% de las pacientes que presentaron 2 partos previos al aborto actual y con un 7.92% para las pacientes con 3 partos anteriores.

Tabla 16. Número y porcentaje de pacientes en relación al número de cesáreas. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Número de Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
1	87	7.33%
2	11	0.93%
4	1	0.08%
NO PRESENTARON CESARIA*	1088	91.66%
Total	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Se incluye a paciente primigestas, que presentaron abortos previos y partos eutócicos. Se incluyen para él conteo total de fichas clínicas.

Tabla 16. Se indica el número de cesáreas que presentaron las pacientes previas al aborto actual. Determinando que la mayoría de pacientes con un 7.33% tienen antecedentes de 1 cesaría, el segundo grupo en frecuencia lo representa un 0.93% con 2 cesarías anteriores y el 0.08% presentaron 4 cesarías previas al aborto actual.

Tabla 17. Número y porcentaje de pacientes en relación al número de abortos. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Número de Abortos	Frecuencia	Porcentaje
1	141	11.88%
2	20	1.68%
3	10	0.84%
4	3	0.25%
PRIMER EMBARAZO*	341	28.73%
NO PRESENTARON ABORTO**	672	56.61%
Total	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Paciente primigesta, no se tomó el embarazo actual como antecedente. Paciente que actualmente cursa con aborto. Se incluyen para él conteo total de fichas clínicas.

**Pacientes que presentaron partos y cesarías sin aborto como antecedente. Se incluyen par él conteo total de fichas clínicas.

Tabla 17. Se indica los abortos anteriores al actual. El grupo de pacientes que presento 1 aborto está formado por 141 mujeres que representan un 11.88%, seguido de un grupo de 20 pacientes 1.68% que presentaron 2 abortos previos y un 0.84% de pacientes presentaron 3 abortos anteriores al actual.

Tabla 18. NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE HIJOS VIVOS. INGRESADAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO. ENERO 2012 – DICIEMBRE 2014

Número de hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
0*	381	32.10%
1 a 3	568	47.85%
4 a 6	168	14.15%
7 a 9	59	4.97%
10 a 13	11	0.93%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Paciente sin hijos vivos, incluyendo primigestas y pacientes que presentaron aborto y no han tenido hijos.

** Paciente sin hijos muertos, incluyendo primigestas y pacientes que presentaron aborto y no han tenido hijos.

Tabla 18. Se presentan los resultados de las pacientes según el número de hijos vivos que refirieron como antecedente. Se evidencia que las pacientes que no tenían hijos vivos lo representan 381 pacientes representando el 32.10% el grupo de pacientes que refirieron tener de 1 a 3 hijos vivos fue de 568 representando el 47.85% y el grupo de pacientes que refirieron tener de 4 a 6 hijos fue de 168 pacientes lo que refleja un 14.15%.

Tabla 19. Número y porcentaje de pacientes en relación con el número de hijos muertos. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Número de hijos muertos	Frecuencia	Porcentaje
0*	1138	95.87%
1	34	2.86%
2	8	0.67%
3	5	0.42%
4	2	0.17%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Paciente sin hijos muertos, incluyendo primigestas y pacientes que presentaron aborto y no han tenido hijos.

Tabla 19. Se presentan los resultados de las pacientes según el número de hijos muertos. Identificando que 1138 pacientes lo que representa un 95.87%, no tenían hijos muertos, era su primera gesta o habían tenido aborto como resultado de su s gestas. Un total de 34 pacientes que representan un 2.86% tenían 1 hijo muerto y 8 pacientes refirieron tener 2 hijos muertos representando un 0.67%.

Tabla 20. Número y porcentaje de pacientes con relación con la presencia o ausencia de antecedentes médicos durante el embarazo. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Antecedentes Médicos	Frecuencia	Porcentaje
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	168	14.15%
ANEMIA	103	8.68%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6	0.51%
DEABETES MELLITUS	3	0.25%
PIELONEFRITIS	1	0.08%
NO REFIRIERON *	906	76.33%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No indicaron haber padecido alguna enfermedad durante el embarazo y no se estableció con estudios de laboratorio en el momento del ingreso.

Tabla 20. Se estableció si las pacientes presentaron alguna enfermedad durante el embarazo ya sea una enfermedad crónica o presentada durante las semanas de gestación. Se identificó que la infección del tracto urinario la presentaron 168 pacientes representando un 14.15%. la anemia identificada en 103 pacientes representando un 8.68% y la hipertensión arterial la presentaron 6 pacientes reflejando un 0.51% del total. Un grupo de 906 pacientes no refirieron ningún tipo de antecedente médico y no se determinó que actualmente padecieran alguno.

Tabla 21. Número y porcentaje de pacientes según el número de gestas previas al aborto actual. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
MULTIPARA	590	49.71%
PRIMIGESTA	341	28.73%
SECUNDIGESTA	256	21.57%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 21. Se relaciona a las pacientes según su condición de primigesta, secundigesta y multigesta. Se estableció que 590 pacientes fueron multigestas con 1 o más gestas representado un 49.71%. 341 pacientes solo tenían un embarazo como antecedente previo representando un 28.73%. 256 pacientes presentaron 2 embarazos como antecedentes previos antes del aborto actual representando un 21.57%.

Tabla 22. Número y porcentaje de pacientes en relación a la resolución del embarazo anterior. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Resolución Embarazo anterior	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO	113	9.52%
CESAREA	88	7.41%
EUTOSICO	645	54.34%
PRIMERO EMBARAZO*	341	28.73%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Paciente primigesta, no se tomó el embarazo actual como antecedente. Se incluyen para él conteo total de fichas clínicas.

Tabla 22. Se indica la resolución del embarazo anterior al aborto actual. Se determinó que en las pacientes incluidas en el estudio un 54.34% tuvieron un parto eutócico previo, 9.52% de las pacientes tuvieron aborto y un 7.41% fue cesaría la resolución de su embarazo anterior.

Tabla 23. Número y porcentaje de pacientes con relación a los signos y síntomas presentados al momento de su evaluación. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Signos y síntomas de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
DOLOR ABDOMINAL	20	1.68%
HEMORRAGIA + DOLOR ABDOMINAL	446	37.57%
HEMORRAGIA VAGINAL	507	42.71%
HEMORRAGIA VAGINAL + FIEBRE	14	1.18%
ORIFICIOS ABIERTOS	99	8.34%
ORIFICIOS ABIERTOS + RESTOS PLACENTARIOS	93	7.83%
RESTOS PLACENTARIOS	8	0.67%
TOTAL	1187	100%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 23. Se indica los síntomas presentados al examen físico al ingreso de la paciente. La hemorragia vaginal fue el principal síntoma que motivo a las pacientes a consulta al servicio de salud y el principal hallazgo clínico identificado en un 42.71%, hemorragia vaginal más dolor abdominal con un 37.57% fueron los hallazgos clínicos más frecuentes identificados detrás de la hemorragia vaginal, orificios abierto con un 8.34% y orificios abiertos más restos placentarios con un 7.83% seguidamente.

Tabla 24. Número y porcentaje de pacientes según el diagnóstico de egreso. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Diagnóstico de Egreso	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO INCOMPLETO	865	72.87%
ABORTO EN CURSO	166	13.98%
ABORTO FUSTRADO	68	5.73%
AMENAZA DE ABORTO	32	2.70%
ABORTO INEVITABLE	25	2.11%
ABORTO COMPLETO	19	1.60%
ABORTO SEPTICO	9	0.76%
ABORTO INMINENTE	3	0.25%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 24. Se indica la clasificación del aborto según el diagnóstico de egreso descrito en el expediente. Se establece que 865 pacientes presentaron un aborto incompleto representando un 72.87%. 166 pacientes presentaron aborto en curso representando un 13.98%. Aborto frustrado se presentó en 68 pacientes representando un 5.73%.

Tabla 25. Número y porcentaje de pacientes en relación a la complicación presentada y si se le realizó transfusión sanguínea. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 – diciembre 2014.

Complicaciones secundarias al aborto	Transfusiones Realizadas		
	SI	No	TOTAL
HEMORRAGIA	27	7	34
SHOCK HIPOVOLEMICO	14	0	14
HISTERECTOMIA	0	1	1
SEPSIS	2	5	7
NINGUNA	88	1043	1131
TOTAL	131	1056	1187
% Fila	11.06%	88.96%	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

Tabla 26. Se relacionan los datos de complicaciones secundarias al aborto presentadas por las pacientes estudiadas especialmente el grupo que presento hemorragia el cual lo representan 34 pacientes para un 2.87% de las cuales 27 se transfundieron durante su estadía hospitalaria representando un 20.61% del total de transfusiones. El siguiente grupo de énfasis es el de pacientes que presentaron shock hipovolémico el cual está compuesto de 14 pacientes a las cuales se les administro transfusión sanguínea en el 100% de los casos.

Tabla 26. Número y porcentaje de pacientes según semanas de edad gestacional. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014

Semanas de edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO OVULAR		
0 a 2	1	0.08%
ABORTO EMBRIONARIO		
3 a 7	94	7.92%
ABORTO FETAL		
8 a 12	695	58.55%
13 a 16	262	22.07%
17 a 20	105	8.85%
NO ESPECIFICADO*	30	2.53%
TOTAL	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*No se determinó la edad gestacional de la paciente ya que no se anotó en la historia clínica al momento del interrogatorio.

Tabla 27. Se indica la frecuencia de semanas de edad gestacional. Se identificó que con un 58.55% de 8 a 12 semanas es la edad gestacional más frecuente seguidas con un 22.07% las pacientes con edad gestacional comprendidas entre las 13 a 16 semanas y con un 8.85% las pacientes con 17 a 20 semanas.

Tabla 27. Número y porcentaje de pacientes según tratamiento realizado. Ingresadas con diagnóstico de aborto. Enero 2012 - diciembre 2014.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
AMEU*	401	33.78%
LIU**	757	63.77%
MEDICO	29	2.44%
Total	1187	100.00%

Fuente: Boleta de recolección personal de datos de los expedientes clínicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cobán año 2012 – 2014.

*Aspiración Manual Endouterina.

**Legrado Intrauterino.

Tabla 27. Del tratamiento realizado a las pacientes se determina que a 757 pacientes se les practico legrado intrauterino representando este procedimiento un 63.77%. En 401 paciente se resolvió el aborto realizándoles aspiración manual endouterina representando un 33.78%. Un grupo de 29 pacientes se les dio tratamiento médico y se clasificaron como amenaza de aborto.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Por los datos obtenidos en el estudio se estableció la tasa de aborto en el Hospital de Cobán durante los años de 2012 a 2014 obteniendo como resultado un tasa de 17.2 abortos por cada 1,000 nacidos vivo, lo que se encuentra por debajo de la tasa establecida para Guatemala que establece 22 abortos por cada 1,000 nacidos vivos. Se hace énfasis en que el Hospital de Cobán no tiene el registro de todos los abortos realizados en el departamento de Alta Verapaz ya que los municipios de La Tinta y Fray Bartolomé de las Casas y tienen la capacidad de resolución de estos casos.

Se estableció en el estudio que el Hospital de Cobán brinda atención a mujeres de todos los municipios del departamento de Alta Verapaz. Las pacientes que consultaron en su mayoría son procedentes de la cabecera departamental Cobán con un 26.28% esto se debe al fácil acceso y los diferentes medios de transporte con los que se cuenta para acudir a este centro asistencial. San Pedro Carcha es el segundo municipio con un 18.03% de origen de pacientes que consultaron a este nosocomio. El municipio de Tactic con un 10.28% se encuentra en tercera posición respecto al número de pacientes referidas para su atención por aborto al Hospital de Cobán. Los municipios de San Cristóbal con 9.94%, San Jun Chamelco con 7.58% y Chisec con 7.50% son los siguientes municipios con similar número de pacientes referidas. (Tabla 1). Los resultados obtenidos coinciden con lo establecido por el Instituto Nacional de Estadística que determino a los municipios de Alta Verapaz, Cobán y Carcha como los 2 con más densidad de población del sexo femenino. (26)

Se brindó atención médica a pacientes procedentes fuera del departamento de Alta Verapaz. El departamentos del Quiche con su municipio Ixcan Playa Grande con un 1.18% y del departamento de Baja Verapaz los municipios de Purhula 0.51% y Salamá 0.17% respectivamente. No se tiene dato concluyente de que haya motivado la referencia de las pacientes a este hospital ya que en el caso de Ixcan ya se cuenta con la capacidad de atención a este tipo de patología y en el

caso de Purhula se considera que la menor distancia en kilómetros hacia este hospital haya motivado su referencia. (Tabla 1).

Por el área geográfica de residencia se establece que en un 67.48% de las pacientes viven en área rural y de ellas un 76.24% son indígenas, lo que se consideró limito una pronta consulta a los servicios de salud específicamente este hospital. De las pacientes que residen en el área urbana las cuales son un 32.52% el 60.62% son indígenas y el 39.38% son ladinas. Haciendo constar que las pacientes son de predominio indígena – rural y que las pacientes que residen en áreas urbanas del departamento buscan otros servicios de salud para su atención. (Tabla 2). Según estadísticas del año 2012 el porcentaje de población indígena en el departamento de Alta Verapaz es de 89.7% y 76.9% era de área rural lo que fundamenta los resultados obtenidos en el estudio. (26) De acuerdo con la definición de acceso a los servicios la Organización Mundial de la Salud lo describe como “vivir a sólo una hora de camino de una institución de salud” solo el 11% de la población guatemalteca tiene acceso adecuado a los servicios de salud, lo que se evidencia en las pacientes en este estudio. (27)

Con respecto al estado civil de las pacientes se obtuvieron los siguientes datos que reflejan un mayor número de mujeres casadas las cuales representan un 49.20% las mujeres que refirieron ser solteras representan un 12.55% y las pacientes que conviven en unión de hecho representan un 38.25%. Del número total de pacientes se hizo evidente que las mujeres casadas y unidas se encuentran en casi similar porcentaje lo que hace suponer que el grupo de mujeres casadas tiene un hogar social, económico y emocional estable y que cuentan con el apoyo de su conyugue en esta situación, por el contrario las mujeres que conviven bajo la condición de unió de hecho podrían tener o no un entorno menos favorable. Con lo que respecta a las pacientes solteras, no cuentan con el apoyo de un conyugue que le brinde medios de confort para enfrentar esta situación. (Tabla 3). El encontrar un mayor número de mujeres casadas se debe a un aumento global en el departamento de Alta Verapaz de matrimonio en los últimos años el cual ha aumentado un 25%, las mujeres se casaron en promedio

a una edad 4 años menos que los hombres lo que se observa claramente en las edades de las pacientes atendidas (Tabla 4). Esto es alentador ya que forman un hogar estable brinda mejor oportunidad a las mujeres al momento de cursar por un aborto. (26)

Se realizó la distribución de la edad por quinquenio de las pacientes y se revisó la frecuencia del aborto en estos grupos de edades evidenciando que en todos los rangos se presentaron casos, siendo las edades entre 21 a 25 años donde se presentó una mayor frecuencia, con un porcentaje de 24.77%, 16 a 20 años un 23.00% y de 26 a 30 años un 22.33%. Es de importancia hacer énfasis en que las paciente comprendidas entre los rangos de edades de 11 a 15 años el porcentaje es claramente menor con un 2.53% lo que indica el avance en temas de orientación sexual, prevención de embarazos tempranos y educación sexual. (Tabla 4) Los porcentajes anteriormente presentados de los primeros 3 rangos de edades donde se hizo más frecuente el aborto reflejan lo indicado en la literatura en lo que respecta a que la mayor cantidad de mujeres en edad fértil se encuentran precisamente en estas edades, así también presentan un aumento en la tasa de fecundidad por lo que se relaciona con los resultados obtenidos en el estudio. Con forme disminuye la edad se evidencia disminución de los casos de aborto con un 9.35% para las edades de 36 a 40 años, 3.37% para las edades de 41 a 45 y de 46 a 50 años con un 0.51% esto podría deberse a que las mujeres de más edad ya tienen experiencia o han tenido un aborto previo lo que las hace optar por otro tipo de tratamiento dentro de su comunidad, por el contrario las mujeres jóvenes que no tienen experiencia con una situación similar y en muchos casos es su primer embarazo consultan más tempranamente a los servicios de salud. La literatura estipula que los rangos de edades de 12 – 19 años y de 30 – 34 años tiene una mayor prevalencia de aborto (14) a diferencia de lo encontrado en el estudio donde el porcentaje más alto es en mujeres de 21 a 25 años esto se debe a una mayor actividad sexual en estos rangos de edad en el departamento de Alta Verapaz. (26)

El aborto se presentó independientemente de la religión que profesa la paciente no se puede concluir que pertenecer o no a un determinado grupo religioso sea un factor que predisponga o prevenga el aborto. Se estableció en el estudio que las pacientes en un 54.17% profesan la religión evangélica siendo este grupo mayoritario en comparación con las pacientes pertenecientes a la religión católica con un 44.40%, las pacientes que no profesan religión alguna representan un 0.84%. De lo siguiente se puede analizar que conocer el grupo religioso al que pertenecen las pacientes tiene importancia para incluir a estas instituciones en el tratamiento emocional que es necesario para las pacientes que sufren aborto; fomentar junto con ellas grupos que orienten y apoyen a las mujeres en temas como educación sexual y planificación familiar y de esta forma unirnos en un esfuerzo para evitar embarazos en adolescentes y embarazos no planeados. (Tabla 5)

Las pacientes que fueron objeto de estudio indicaron al interrogatorio de ingreso su nivel académico, algunas de ellas solo refirieron su condición de analfabeta o alfabetada no especificando el nivel alcanzado. Se determinó un número mayor de pacientes analfabetas en un 57.12% lo que se relaciona con el mayor porcentaje de pacientes que viven en el área rural y son de etnia indígena como se establece en la (Tabla 2,7). El lugar de residencia rural y la etnia indígena (Tabla 2) se consideran como limitantes para poder acudir a los centros educativos. La primera por las distancias que tienen que recorrer y la poca disposición de maestros en algunos de los centros, lo que influye en la escolaridad de las pacientes y se evidencia con el mayor porcentaje de analfabetismo encontrado, guarda relación con el aborto ya que a menor escolaridad menor conocimiento sobre sus derechos inherentes como mujer, menor grado de comprensión de su realidad, social, política, económica y menor capacidad de raciocinio en cuanto a temas de salud. Por otro lado la etnia mayormente indígena que lleva implícita sus propias creencias, costumbres y acciones en muchas comunidades les limitan el acceso a la educación a las mujeres por considerar un derecho reservado solo para los varones. Se analiza que las mujeres con niveles educativos bajos son más propensas a tener embarazos tempranos, en mayor número y ello conlleva

más riesgo de aborto. (Tabla 7) En los últimos cinco años el índice de analfabetismo en el departamento de Alta Verapaz presentó una tendencia decreciente, pasando de 35.1 en 2008 a 29.5 en 2012. (26) A pesar de ello queda demostrado que las pacientes tratadas son en su mayoría analfabetas.

En cuanto a la profesión u ocupación el porcentaje más alto de pacientes un 88.37% fueron amas de casa, lo que indica que no cuentan con ingresos económicos propios lo que las hace dependientes económicamente de los esposos si son casadas, de la pareja si viven en unión de hecho y de familiares si son solteras, esto podría en un momento dado ser una limitante para acudir a los servicios de salud, para realizar prueba de embarazo y para adquirir tratamientos farmacológicos si ese fuere el caso. Las pacientes que se desenvuelven como comerciantes con un 4.21% y que trabajan en oficios domésticos con un 1.68% son pacientes que se encuentran diariamente realizando sus actividades y por ello en algunos casos hacen caso omiso a los primeros síntomas premonitorios de aborto y no acuden a los servicios de salud, se puede deducir que si trabajan para sostener el hogar difícilmente podrían abandonar sus actividades por muchos días impidiendo que realicen el reposo adecuado si esa fuese la indicación médica en el caso particular. (Tabla 6). El mayor porcentaje de pacientes que refirieron ser ama de casa se entrelaza con las características ya presentadas de procedencia rural, etnia indígena y analfabetismo, empezando a describir a la paciente que con más frecuencia presenta aborto y consulto a este hospital. (Tabla 6) La condición de ama de casa concuerda con lo reportado por el Informe de profesionales de la salud e institucional de salud donde el perfil de la mujer que busca atención por aborto es de un 64% una mujer ama de casa lo que también se evidenció en este estudio. (26)

Las pacientes ingresadas refirieron que sí tenían conocimiento del embarazo actual ya sea por amenorrea o por resultado positivo de embarazo sea este sérico o en orina, información recabada por historia y antecedentes en ficha clínica, de las pacientes que refirieron no saber si se encontraban embarazadas, se recabo el dato de la historia en ficha clínica y si se le realizó una prueba de

gonadotropina coriónica humana en el hospital. Del total de pacientes se determinó que un alto porcentaje 85.34% si tenían conocimiento de su embarazo de las cuales la mayoría un 84.40% no refirieron o no se preguntó sobre si llevaban control prenatal. Un mínimo porcentaje de 14.66% no tenían conocimiento del embarazo de las cuales un 79.89% no se les pregunto si llevaron control prenatal. Se evidencia que las pacientes en su mayoría si tenía conocimiento de embarazo pero no se preguntó sobre si llevaron control prenatal en la mayoría de casos, de las que si se obtuvo el dato un 14.81% si llevaron control prenatal sin especificar número ni frecuencia de citas. Por lo que se evidencia una pobre costumbre de parte de las pacientes de acudir a los servicios de salud para llevar su control prenatal desde el conocimiento de su embarazo y al no hacerlo condicionan su estado y lo hacen más propenso a presentar aborto. (Tabla 8). Un análisis reciente Population Reference Bureau (2011) “estima que el acceso a planificación familiar podría reducir los abortos en países en desarrollo un 70%” situación que está muy lejos de nuestra realidad.

Se analizó la frecuencia de pacientes que utilizaban planificación familiar y el método utilizado. Determinando que del total de pacientes no se tiene el dato de un 83.07% en cuanto a la planificación familiar ya que no se encontraba descrito en la ficha clínica lo que limita el resultado a un pequeño número de pacientes que si utilizaban control prenatal haciendo un total de 96 pacientes de los cuales 61 utilizaban inyección trimestral (Depo-Provera), 22 inyección mensual sin especificar nombre y 13 pacientes utilizaron ciclo de píldoras. El total de pacientes que no utilizaron método fue de 105. Haciendo ver que de las pacientes que si utilizaban método la mayoría fue la inyección trimestral proporcionada en los servicios de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública. Identificando que las pacientes si utilizan los servicios de salud pública y se debería contar con más promoción y ofertar los diferentes métodos con los que se cuenta. (Tabla 11 - 12). Lo resultados divergen de lo presentado por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil que indica un aumento en la prevalencia del uso de métodos de planificación a 23% desde el 2002, lo que si se refleja es la diferencia entre

mujeres del área rural que solo han subido un 24% en comparación con las mujeres del área urbana que lo han hecho un 57%. (27)

Los edad de inicio de vida sexualmente activa y el número de parejas se relacionó y se analizó que la frecuencia con que las pacientes iniciaron su vida sexual fue a los 18 años y de ellas 52 solo habían tenido 1 pareja, las siguientes edades de inicio de vida sexual fueron de 17, 16 y 20 años estas dos últimas edades con igual número de pacientes 50 cada una e igual número de parejas referidas 1 pareja única. Se puede analizar que las mujeres de Alta Verapaz incluidas en el estudio inician su vida sexualmente activa a los 16,17,18 años , esto aunque no es lo más recomendado puede considerarse alentador ya que no se tiene mayoría en las pacientes menores de 15 años lo que representaría un riesgo más grande para la mujer, no solo físicamente durante el embarazo y parto sino un riesgo para el recién nacido ya que estaría al cuidado de una menor que no tiene la madurez necesaria para afrontar tal situación. (Tabla 10)

Se presentan las horas o días de hemorragia vaginal según refirieron las pacientes a su interrogatorio en ficha clínica. Se determinó que 6 a 10 horas fue el tiempo más frecuente entre las pacientes en estudio que representan un 29.32%%, de 1 a 5 horas ocupando el segundo lugar en cuanto a porcentaje con un 20.22% y el tiempo comprendido entre 21 a 25 horas de hemorragia como tercer tiempo más frecuente de con 13.82%. Se puede analizar que por ser Alta Verapaz un departamento con una dimensión grande en kilómetros cuadrados las distancias al hospital son en vehículo de aproximadamente 8 horas del municipio más retirado, aunque se cuenta con carreteras asfaltadas ya en la mayoría de ellos las pacientes se encuentra en las aldeas o caseríos alejados del área urbana del municipio y si se toma en cuenta que primero consultan en algunos casos a comadronas o terapeutas propios de la comunidad se hace evidente la tardanza en llegar al hospital. Se estableció que en menor frecuencia pero presente se encuentran pacientes que presentaron hemorragia vaginal por más de 3 días con 5.31% y mayor a 5 días con un 1.68%. Se podría deducir que las pacientes no tenían conocimiento del embarazo, supusieron que la hemorragia no era

secundaria a embarazo, prefirieron consultar a comadrona o terapeuta utilizando algún tratamiento alternativo, la distancia al servicio de salud más cercano y las condiciones topográficas de la comunidad dificultaron su consulta o simplemente le restaron importancia a la hemorragia y no decidieron consultar. (Tabla 13)

Las pacientes se clasificaron de acuerdo al número de gestas anteriores al embarazo actual y se relacionaron con el número específico de gestas que presentaron a lo largo de su vida. Las pacientes multigestas son un total de 590 pacientes que representan un 49.71% siendo este el grupo mayoritario, de ellas un 35.42% tuvieron 2 gestas previas, un 19.15% tuvieron 3 gestas anteriores y un 12.71% tienen como antecedente 3 gestas (Tabla 12). Las pacientes primigestas sumaron un total de 341 mujeres representando un 28.73% y las pacientes secundigestas son el menor grupo con 256 pacientes representando un 21.57%. Se evidencia al analizar esta condición de multigestas que las pacientes han tenido 2, 3 y 4 gestas anteriores al embarazo actual y estas mujeres están comprendidas en las edades de 21 a 25 años (tabla 4). Se evidencia de igual forma que el aborto es más frecuente en pacientes multigestas, estas son adultas jóvenes de 21 a 25 que tuvieron de 2 a 4 gestas. (Tabla 14)

En relación al número de partos 341 pacientes referían que era su primer embarazo representado un 28.73% de primigestas. La cohorte de mujeres que refirieron 1 embarazo previo fue de 234 pacientes representando un 19.71% de mujeres secundigestas. Las pacientes con antecedentes de 3 partos representa un 7.92% del total. Los grupos de pacientes que presentaron 4, 5 y 6 partos son similares en porcentaje con 5.98%, 4.80% y 4.04% respectivamente. Las pacientes multigestas y múltiparas son principalmente mujeres en edades de 16 a 25 años demostrando que las adolescentes iniciaron su vida sexual antes de la mayoría de edad y que al alcanzar la edad de 25 años ya presentan al menos 2 gestas y 2 partos, lo que coincide con un mayor índice de aborto en estas edades ya que ha menor edad, menor preparación, menor experiencia y al tener más hijos menor el interés por los cuidados perinatales propios del embarazo. (Tabla 15)

El número total de cesáreas se presentó en frecuencia y se evidencio que las pacientes que no presentaban antecedentes de cesáreas son el grupo mayoritario con un 91.66% lo que indica que la resolución del parto en la mayoría de pacientes es eutócico. El grupo de pacientes con 1 cesárea previa fue de 87 representando un 7.33%, con historia de 2 cesáreas 11 pacientes representando un 0.93%. Se puede deducir que la mayor parte de pacientes que presentaron aborto no tuvieron cesárea previa por lo que no es un antecedentes de relevancia en este estudio y no influye significativamente en el riesgo de padecer o no aborto. (Tabla 16)

Se presentan el antecedente de aborto en las pacientes motivo de estudio haciendo la aclaración que las pacientes primigestas 28.73% que presentan aborto actualmente no presentan gesta anterior, por no haber estudios realizados sobre este tema en este hospital no se puede hacer comparaciones sobre esta tendencia de primigestas a presentar aborto. El grupo de pacientes que presentaron 1 aborto anterior son 141 mujeres significando un 11.88%, las que presentaron 2 abortos fueron 20 mujeres significando un 1.68% y 10 mujeres tienen antecedentes de 3 abortos siendo un 0.84% del total de pacientes. De lo que se puede analizar que en las mujeres primigestas es más frecuente el aborto ya sea por la corta edad en la que se embarazan o por falta de control prenatal adecuado, de las que presentaron 1 aborto anterior se tendría que investigar edad de la pacientes, control prenatal, infecciones y periodo intergenesico por no ser de interés primordial de este estudio no se tiene dato concluyente sobre este tema, pero se consideran posibles casusas de aborto. (Tabla 17)

Se analizan los hijos tanto vivos como muertos de las pacientes y se obtuvieron los siguientes resultados 257 pacientes tenían 1 hijo vivo y 0 hijos muertos representando un 22.58%, un total de 8 mujeres tenían 1 hijo vivo y 1 hijo muerto con el 23.53%. El grupo de pacientes que presentaron 2 hijos vivos y 0 hijos muertos fue de 190 significando un 16.70% siguiendo la línea de 2 hijo vivos se evidencia que 5 pacientes tenían 1 hijo muerto, 1 paciente tenía 3 muerto y 1 pacientes 4 hijos muertos. La paciente que refirió la mayor cantidad de hijos vivos

fue 1 mujer con 13 hijos vivos y 2 hijos muertos. Se deduce que de las pacientes estudiadas el grupo mayoritario son las pacientes que tienen 1 hijo, se observa que son mujeres adolescentes y adultas-jóvenes que no solo inicia vida sexual activa a una edad temprana si no también procrearon un hijo con lo cual en la mayoría de casos limitan sus aspiraciones personales. (Tabla 18 -19) La evidencia disponible sugiere que las mujeres de Guatemala consideraban como ideal tener en promedio 3.7 hijos. Puesto que en promedio están teniendo 4.9 hijos, significa que están teniendo 0.7 hijos más de los deseados (28). Por los resultados obtenidos en el estudio 22.33% de mujeres tenían 1 hijo y 16.60% tenían 2 hijos en edades comprendidas entre 16 – 25 años por lo que se considera podrían alcanzar un porcentaje como el estimado para Guatemala de 3.7 hijos al tener mayor edad. (Tabla 18-19)

Se investigó la existencia de antecedentes médicos en las pacientes durante la gestación y se estableció que la infección del tracto urinario fue la principal patología asociada al aborto con un total de 168 pacientes representando un 14.15%, la anemia se identificó en 103 pacientes representando un 8.68% y la hipertensión arterial en 6 pacientes con un 0.51%. (Tabla 20)

Según su condición de gestante las pacientes fueron multíparas siendo este grupo un total de 590 pacientes representando un 49.71%, el grupo de las primigestas fue el segundo con 341 pacientes siendo un 28.73% y las pacientes secundigestas fueron 256 para hacer un total de 21.57%. (Tabla 21)

La resolución del embarazo anterior evidenció que 645 pacientes tuvieron un parto eutócico simple siendo este grupo un 54.34%, 113 pacientes presentaron aborto significando un 9.52% y 88 mujeres un 7.41% tuvieron un cesárea anterior al embarazo actual. El mayor número de parto eutócico indica que las pacientes no tuvieron complicaciones o fueron mínimas y tuvieron un embarazo anterior sano llegando al parto sin pérdida del feto. Esto supone una experiencia con un embarazo por lo que se tendría que tener mejor monitoreo y control de este nuevo embarazo y no haber presentado aborto. (Tabla 9)

En cuanto a los síntomas y signos que presentaron las pacientes a la evaluación clínica, la hemorragia vaginal fue el principal signo con un total de 507 (42.71%) pacientes seguida de hemorragia vaginal y dolor abdominal presentado en 446 (37.57%) de las pacientes, las pacientes que presentaron orificios cervicales abiertos 99 (8.34%) y orificios abiertos y restos placentarios 93 (7.83%) son similares en número, cabe resaltar que 14 (1.18%) pacientes presentaron hemorragia vaginal más fiebre. La hemorragia vaginal como principal signo de alguna alteración útero-cervical es la principal motivación de las pacientes para acudir a los servicios de salud, la promoción sobre el reconocimiento de estos signos y síntomas sería de beneficio para prevenir abortos en el futuro. (Tabla 23)

Se relacionó el diagnóstico de aborto con la impresión clínica de amenaza de aborto a su ingreso para analizar cuáles de estas amenazas de aborto culminaron en aborto durante su estancia en el hospital. El aborto incompleto lo presentaron 865 (72.87%) pacientes siendo el más frecuente, el aborto en curso lo presentaron 166 (13.98%) pacientes siendo el segundo en frecuencia, el aborto frustrado el tercero en frecuencia lo presentaron 68 (5.73%) pacientes. Los menos frecuentes fueron el aborto inevitable 25 (2.11%), el aborto completo 19 (1.60%) y el aborto séptico 9 (0.76%). De las pacientes que ingresaron con impresión clínica de amenaza de aborto 219 (18.45%) solamente 32 (2.70%) tuvieron tratamiento médico y continuaron con el embarazo en comparación con las 968 (81.55%) que expulsaron el producto en su estadía hospitalaria. (Tabla 24)

En lo que a complicaciones por aborto se refiere se evidencia que la mayor cantidad de pacientes 1131 (95.28%) no presentaron complicación alguna, lo que indica un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz brindado por el personal médico y de enfermería del hospital. Las pacientes que si presentaron complicaciones fueron por hemorragia 34 (2.87%), shock hipovolémico 14 (1.18%) y sepsis con un total de pacientes de 7 (0.59%). Este tipo de complicaciones se debió a condición física desfavorable de las pacientes como anemia, más de 8 horas de hemorragia vaginal y retraso en la consulta al hospital. (Tabla 25)

Según el tratamiento realizado se estableció que el legrado intrauterino se le realizó a 756 pacientes que representan un 63.69%, la aspiración manual intrauterina se le realizó a 399 pacientes representando 33.61% y el grupo de mujeres con tratamiento médico fue de 32 un 2.70%. Las semanas de gestación que se presentó con mayor frecuencia de 10 semanas con un 16.43%, la siguiente de 12 semanas con un 15.25% y 8 semanas con un 11.71%. Se relacionó la edad gestacional con el tratamiento realizado el legrado intrauterino se realizó a 97 pacientes a las 12 semanas de gestación siendo la más frecuente, la aspiración manual intrauterina y legrado intrauterino se realizaron en igual número a 97 pacientes a las 10 semanas. (Tablas 27)

VII. CONCLUSIONES

El Hospital de Cobán brindó atención para la resolución de aborto espontáneo a un total de 1187 pacientes durante 3 años de 2012 a 2014, principalmente de la cabecera departamental Cobán en un 26.28%, San Pedro Carcha 18.03% y Tactic 10.28%.

Las características sociodemográficas y epidemiológicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Cobán, fueron las siguientes: 67.48% de pacientes proceden del área rural, 82.98% pertenecían a la étnica indígena, el 49.20% eran mujeres casadas, las edades de las pacientes con diagnóstico de aborto oscilaron entre los 12 y 50 años siendo el grupo con más alto porcentaje el de 21 a 25 años con 24.77%, el 54.17% eran mujeres de religión evangélica, 88.37% de las pacientes refirieron ser amas de casa y el 57.12% analfabetas.

Del grupo de pacientes que indicó su inicio de vida sexual el 4.97% refirió la edad de 18 años, el 26.28% de mujeres solo tuvo 1 pareja sexual y tan solo el 8.09% de pacientes utilizaba un método de planificación familiar.

En relación al conocimiento y atención prenatal se concluye lo siguiente: el 85.34% de las pacientes tenían conocimiento de su embarazo, el 75.06% no específico o no se le preguntó sobre si iniciaron control prenatal, tan solo el 9.35% de pacientes si refirió haber tenido control prenatal.

Las características clínicas gineco-obstétricas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto son las siguientes: el 13.23% indicaron que tuvieron 24 horas de hemorragia vaginal antes de consultar al hospital, el 49.71% de las pacientes era multigesta, el 28.73% primigesta y el 21.57% secundigesta. El 21.57% presentó 1 embarazo anterior como antecedente más frecuente y el 19.71% refirió 1 parto como grupo mayoritario, el 91.66% de pacientes no tenía antecedente de cesárea y el 11.88% indicó que tenían un aborto previo. La resolución del embarazo anterior en el 54.34% de las pacientes fue eutócico simple.

De las pacientes incluidas en el estudio se determinó que el 22.33% tenían 1 hijo vivo, el 95.87% no tenían hijos muertos.

En cuanto a la presencia de antecedentes patológicos el 71.10% de pacientes no refirieron alguno, el 21.48% refirieron antecedentes médicos, de los cuales la infección del tracto urinario fue la principal con el 14.15%.

El 42.71% de las pacientes presento hemorragia vaginal como signo principal, el 72.87% de los diagnósticos se clasifico como aborto incompleto, el 63.77% de las pacientes se les realizo legrado intrauterino como tratamiento, el 95.28% no presentó ninguna complicación y el 45.49% de las pacientes tubo 2 días de estancia hospitalaria para resolver el aborto.

VIII.RECOMENDACIONES

El paso inicial y más importante es reducir su causa principal, la desigualdad social y económica en Guatemala y por ende en el departamento de Alta Verapaz. Creando y fortaleciendo modelos de salud incluyentes con énfasis en la región rural e indígena que fomenten la educación sexual y salud reproductiva en niñas y jóvenes que son el factor principal para prevenir el inicio de vida sexual activa temprana, embarazos tempranos, embarazos no deseados y abortos.

Continuar fomentando y extendiendo programas de promoción de métodos de planificación, aumentar en las mujeres del área rural y urbana la comprensión y conciencia acerca de la anticoncepción efectiva y reducir las barreras para su uso. Involucrar a los hombres, esposos o parejas en temas de planificación familiar.

Crear acceso universal a los servicios de salud pública de primer nivel, mantener una cobertura alta de mujeres en edad fértil de suplementación de hierro y ácido fólico para prevenir alteraciones embrionarias, fortalecer los programas de control prenatal para captar a las pacientes antes de las 12 semanas de gestación para iniciar un control prenatal adecuado,.

Incluir a las comadronas, terapeutas y proveedores de salud empíricos de las aldeas, comunidades y caseríos en planes estratégicos de capacitación para el reconocimiento de factores de riesgo que ponga en peligro la vida de la paciente y que sea referida oportunamente a un centro de salud pública para un tratamiento adecuado y oportuno y de esta manera evitar complicaciones.

Educar y orientar a las mujeres embarazadas sobre señales de alarma en el embarazo, reconocer factores de riesgo que pueden presentar durante las primeras semanas de gestación, inculcar en las mujeres la costumbre de consultar a instituciones de salud como primera opción y no arriesgar su vida en la demora.

Fomentar una anamnesis más descriptiva de la historia clínica de la paciente al momento del ingreso con el fin de recabar todos los datos necesarios para

identificar el perfil de las pacientes de una mejor manera y con ello tener una plataforma completa para nuevos estudios.

Aprovechar la estancia hospitalaria para brindar consejería sobre salud reproductiva a las pacientes atendidas por aborto.

Ofertar métodos de planificación e indicar la importancia de ello en una mujer post aborto.

Fomentar a utilización del Legrado por Aspiración Endo Uterina en pacientes con abortos menores de 12 semanas, con lo que se reduciría los días de estancia hospitalaria de las pacientes reduciendo los costos al hospital.

IX. BIBLIOGRAFIA

X. Trabajos citados

1. Donis EDS. Caracterización Epidemiológica del Aborto. Tesis Doctoral. Guatemala: Hospital Regional de Zacapa, Zacapa; 1999 - 2001. Report No.: ISBN/ISSN.
2. Frna F G. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto completo. Cocharane Review. 2007 mayo;(4).
3. Gonzáles Labrador I, MiyarPieiga E, Gonzales Salvat RM. Consideraciones sobre el aborto. La educación sexual como una alternativa en su prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001 marzo;(17): p. 281.
4. Salazar DAR. Caracterización del Aborto. Tesis Doctoral. Guatemala: Hospital del Chimaltenango, Chimaltenango; 2001. Report No.: ISB/ISSN.
5. DE GN. Evaluation of Midwifery Care: a Case Study of Rural Guatemala. Informe. Unicersity MEASURE, Princeton, NJ, USA; 2002.
6. Singh S PEyKE. Induced Abortion and Unintended Pregnancy in Guatemala. Informe. International Famil Planning Perspectives; 2006.
7. MSPAS Iyl. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Encuesta Nacional. Guatemala: MSPAS, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Institute for Resource Development, Guatemala ; 2002.
8. United Nations PDDoEaSA. Contraceptive Use 2003. [Online].; 2003 [cited 2014 mayo 21. Available from:
www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/Wallchart_CP2003.pdf>.
9. Judicial O. Organismo Judicial. [Online]. [cited 2014 mayo 12. Available from:
http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-tex-cp.pdf>.
10. B FWyS. Study of the Use of Finacial Resources in Reproductive Health and Postabortion Care, Final Report, Population Council. Estudio Estadístico. Guatemala:, Coatepeque; 2001.
11. MSAPA et al. Línea Basal de Mortalidad MAterna para el año 2000. Informe. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social , Guatemala; 2004.
12. Worrd Health Organization(WHO) DoRH. Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Contry Data. Estudio. Geneva: Division of Reproductive Helth WHO; 1998.
13. Estadística INd. Censo 2002:XI de Población y VI de Habitación, 2002. [Online].; 2002 [cited 2014

abril 23. Available from: .

14. Elósegui JJH. Factores Asociados al Aborto Espontaneo. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada, Granada; 2009.
15. Nelson DB GJJMBCSLDE. Does Stres Influence early pregnancy loss ann Epidemiol. 13th ed.; 2003.
16. Caro MC. Tratamiento del Aborto Espontaneo (Médico vrs. Legrado). Tesis Doctoral. España: Hospital Virgen de la Victoria, Malaga; 2011.
17. Lopez Villagran H. Factores Asociados al Aborto Espontaneo. Revista Centroamericana de Ginecología y Obtetricia. 2000 mayo - agosto; 10(2).
18. Scott R JD. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 6th ed. Hill M, editor. Mexico: Interamericana; 2000.
19. cols. Mly. Manejo Integral de Urgencias. 2nd ed. Bogota: Panamericana; 1999.
20. Mellado CEa. Manejo Integral de Urgencias. 2da Ed. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1996; Vol.LXI(5): p. 173-177.
21. Gormaz G. Precisiones Sobre el Aborto. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. 2005 octubre; XX(5): p. 318-327.
22. Juárez Aldana H. Mortalidad Materna: análisis epidemiologico. durante los años 1993 a 2000 en el Hospital Regional de Zacapa. Tesis Doctoral. Guatemala: Universidad de Sancarlos de Guatemala, Zacapa; 2000.
23. Humberto LGC. Caracterización Epidemiológica y Clínica de Mujeres en edad fértil con diagnónstico de aborto. Tesis cotoral. Guatemala: Hospital Regional de Coatepeque, Coatepeque; 2010.
24. Gonzales de León Aguirre D. Aborto en México. Informe. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco , Distrito Federal; 2002. Report No.: ISBN.
25. 200 FdPdINU. Estado de la población mundial 2000.Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. USA: Fondo de Población de la Naciones Unidas, Nueva York; 2000.
26. Narciso REEDEP. Caracterización Departamental de Alta Verapaz. Guatemala;; 2013.
27. Salud UdPe. El Acceso a Servicios de Planificación Familiar en Guatemala. Metodos de Planificacion Familiar en Guatemala 1995 - 2002. 2002;; p. 1.

28. Elena Prada LRSSdTSS. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala. GUTTMACHER INSTITUTE. 2011 Abril; 3(9).
29. salud AB. bibliomed. [Online].; 2007 [cited 2014 marzo 15. Available from: <http://biliomed.com>.
30. Goldman N y Gleit DE EoMC. Morbilidad del Aborto. Office of Population Research, Princeton University, MEASURE. 2002 marzo; 1(12).
31. Granolati M y Marini A H. Granolati M y Marini A, Health and Poverty in Guatemala Policy Research Working Papers, Washington, DC: The World Bank. GeoSalud Latinoamerica. 2003 marzo; 1(5).
32. MSPAS. CIESAR. Programa nacional de atención postaborto. 2005 enero - junio ; 4(1).
33. Cascante E Jea. Mortalidad materna en Centro América. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 2001 octubre; 5(3).
34. García R Hea. Aceptación o rechazo del aborto por motivos. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2006 octubre; 2(6).
- Indriso C. Abortion in the developing world New Delhi Tejshwor Sinh for sage..CulturaSaludyReproducción. 2009 mayo; 11(1).
36. Salud OMdl. World Health Organization. [Online].; 211 [cited 2014 marzo 12. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.
37. Salud OMdl. Tabulation of Available Information 3er edicion. Ginebra: OMS; 1997.
38. T. ACyW. Maternal Mortality in 200: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. [Online].; 2003 [cited 2014 abril 22. Available from: .
39. OMS. Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Guía Técnica. Suiza: Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra; 2012.
40. Prada EKESCDLRL. Aborto y Atención Postaborto en Guatemala: Informe de Profesionales de la Salud e Instituciones de Salud. Guatemala;; 2005.