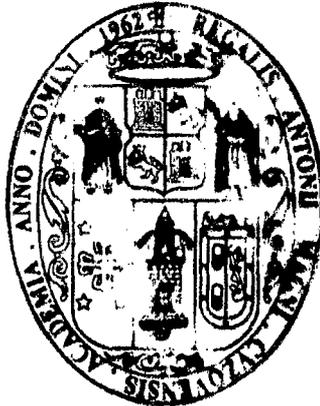


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DEL ABORTO,
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO -
DICIEMBRE DE 2012**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. Med. Rodney Eddy Valderrama
Mamani**

**Para optar al Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO**

Asesor:

Dr. Juan José Palomino Delgado

**TESIS AUSPICIADA POR EL CONSEJO DE INVESTIGACIÓN
UNSAAC**

**CUSCO PERU
2013**

DEDICATORIA

Dedico esta tesis:

A DIOS, por haberme dado UNA NUEVA OPORTUNIDAD en esta vida, porque ante todo sé, que con ÉL todo es posible.

A MIS PADRES QUERIDOS, porque conozco el amor verdadero e incondicional plasmado en ellos, quienes nunca desmayaron en conseguir este nuevo triunfo para mi vida, el de ser Médico Cirujano y porque cuando más los necesité estuvieron allí, a ellos todo se los debo.

A MIS HERMANOS, porque siempre estuvieron conmigo cuando más los necesitaba, quienes siempre me recuerdan que la familia es lo más importante que uno tiene en esta vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan José Palomino Delgado, por su apoyo incondicional durante el desarrollo del presente trabajo, un verdadero Maestro.

A la Dra. Katia Gladys Catacora Jara, por su apoyo y colaboración.

Al todo el personal del Servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena, por su cariño y colaboración para la materialización del presente trabajo.

Rodney Eddy Valderrama Mamani.

CONTENIDO

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Introducción.....	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	1
1.1 FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	4
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	6
1.5 LIMITACIONES.....	8
1.6 ASPECTOS ETICOS.....	8
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	10
2.2 MARCO TEORICO.....	14
CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS.....	30
3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	31
3.2 AMBITO DEL ESTUDIO.....	31
3.3 PERIODO DEL ESTUDIO.....	31
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	31
3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	31
3.6 VARIABLES.....	32
3.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	33
3.8 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	38
3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	38
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	39
CAPITULO V: DISCUSION.....	63
CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....	70
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74
ANEXOS.....	77

RESUMEN

INCIDENCIA, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012

OBJETIVO GENERAL: Determinar cuál es la incidencia, características epidemiológicas y el procedimiento más empleado para el manejo del aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio – Diciembre de 2012

MATERIALES Y METODOS: Tipo de estudio no experimental, prospectivo, descriptivo y transversal. La población de estudio abarcó a 316 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de aborto al servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo Julio – Diciembre de 2012, pero la muestra final estuvo representada por 314 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión. La información se obtuvo de la entrevista y revisión de la historia clínica de la paciente llenada en la Ficha de Recolección de datos.

RESULTADOS: La incidencia fue de 316 casos de aborto; la edad media de presentación del aborto fue de 28.35 años con una desviación típica de ± 7.54 años, el mayor porcentaje con el 23.2% comprendió a pacientes con edades entre 20 – 24 años. El 72.9%, procedieron del área urbana. Las convivientes con el 60.6% representaron el mayor porcentaje, las solteras con el 20.6% y con el 18.9% las casadas. La mayor parte de las pacientes con el 56.6% tuvieron como ocupación el de ser amas de casa, el 16.6% fueron estudiantes y el 13.7% realizaban algún tipo de comercio. El 81.7% de las pacientes pertenecían a la religión católica, el 14.3% fueron evangélicas y el 2.9% profesaban otras religiones. El mayor porcentaje con el 60.6% eran bilingües (quechua y castellano), con el 35.4% las pacientes que sólo hablaban castellano. El mayor porcentaje de las pacientes con aborto tuvieron estudios de secundaria completa representando el 30.3%, seguidas por el 26.2% de las pacientes que tuvieron algún grado de estudios superiores. El 50.3% de las pacientes desconocían que estaban embarazadas. El 52% de las pacientes tuvieron algún grado de conocimiento sobre lo que significa el aborto. El aborto incompleto fue el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con el 69.1%, seguido por el aborto frustrado con el 14.0% y el 16.9% representado por los otros tipos de aborto. El Legrado Uterino Instrumental fue el procedimiento más empleado para edades gestacionales ≤ 12 semanas con el 75% y sólo en el 25% se realizó el Aspirado Manual Endouterino.

CONCLUSIONES: La incidencia encontrada fue de 316 casos. La edad promedio a la que se presentó el mayor número de abortos fue de 28.35 años; la mayoría de pacientes eran procedentes del área urbana; la mayoría de pacientes tuvieron la condición de ser convivientes; la ocupación que más se presentó fue la de ser amas de casa; el mayor porcentaje de las pacientes pertenecían a la religión católica; la mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de aborto fueron bilingües (quechua y castellano); el grado de instrucción predominante fue la secundaria completa; más de la mitad de las pacientes desconocían que estaban embarazadas y casi la mitad de las pacientes no tenían conocimiento del aborto. El aborto incompleto es el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia y en sólo el 25% de las pacientes se realizó el Aspirado Manual Endouterino.

PALABRAS CLAVE: Aborto, incidencia, características epidemiológicas, manejo.

ABSTRACT

INCIDENCE, EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF ABORTION, ANTONIO LORENA HOSPITAL OF CUSCO: JULY - DECEMBER 2012

GENERAL OBJECTIVE: To determine which is the incidence, epidemiological characteristics and the most commonly procedure used for the management of abortion in the Gynecology Department of the Hospital Antonio Lorena of Cusco, period July - December 2012

MATERIALS AND METHODS: A type of non-experimental study, prospective, descriptive and transversal study. The study population included 316 patients who were admitted with a diagnosis of abortion at the service of gynecology at the Hospital Antonio Lorena of Cusco in the period July - December 2012, but the final sample was represented by 314 patients who met the inclusion criteria. The information was obtained from the interview and review of the clinical history of the patient filled in the data collection tab.

RESULTS:

The incidence was of 316 cases of abortion; the mean age of presentation of abortion was 28.35 years with a standard deviation of ± 7.54 years, the highest percentage with the 23.2% comprised patients with ages between 20 - 24 years. The 72.9%, came from the urban area. The cohabiting with the 60.6% accounted for the largest percentage, single women with 20.6% and 18.9% married women. Most of the patients with 56.6% had as occupation housewives, 16.6% were students and 13.7% performed some kind of trade. The 81.7% of the patients belonged to the Catholic religion, 14.3% were Evangelical and 2.9% professing other religions. The highest percentage with the 60.6% were bilingual (Quechua and Spanish), with the 35.4% patients who only spoke Spanish. The highest percentage of abortion patients had high school completed representing 30.3%, followed by 26.2% of the patients who had some degree of higher education. The 50.3% of the patients were unaware that they were pregnant. The 52% of the patients had some degree of knowledge about what it means abortion. Incomplete abortion was the type of abortion that occurred more frequently with the 69.1%, followed by abortion frustrated with the 14.0% and the 16.9% represented by other types of abortion. The curettage was the most used procedure for lower gestational ages equal to 12 weeks with 75% and only 25% was vacuum Manual Endouterino.

CONCLUSIONS: The incidence found was of 316 cases. The average age which was presented the highest number of abortions was 28.35 years; the majority of patients were from the urban area; the majority of patients had the condition of being cohabitants; the occupation which most arose was the being housewives; the highest percentage of the patients belonged to the Catholic religion; the largest number of patients with a diagnosis of abortion were bilingual (Quechua and Spanish); the predominant educational level was high school more than half of the patients were unaware that they were pregnant and almost half of the patients had no knowledge of abortion. Incomplete abortion is the type of abortion that arose most often and vacuum Manual Endouterino was performed in only 25% of the patients.

KEY WORDS: Abortion, epidemiological characteristics, incidence, management.

INTRODUCCION

El aborto según la OMS y la Guía Técnica del Ministerio de Salud del Perú se define como la interrupción del embarazo con o sin expulsión parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500gr, independiente de la existencia o no de vida, y que el aborto sea espontáneo o inducido; es una patología incluida dentro de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

Hablar de aborto implica relación directa con el proceso reproductivo y por lo tanto independientemente del lugar y el tiempo ha existido, existe y existirá siempre.

Así mismo los embarazos no deseados, provocan en gran medida el rechazo de los padres por diversos motivos (conflictos familiares, económicos, emocionales, etc.) y no se puede negar que terminarán en muchos casos en la interrupción del embarazo.

En cuanto a la verdadera incidencia del aborto existe una subvaloración en todo el mundo, ya que no existen estudios realmente confiables a cerca de la magnitud del problema debido a que muchos de los abortos son practicados de manera clandestina y resulta muy difícil estimar así el número real de abortos y obtener datos confiables, recurriendo a métodos indirectos como los registros de centros hospitalarios que son los únicos que reportan aproximaciones en cuanto a sus estadísticas de presentación

El aborto ya no se trata como un asunto de la vida privada, el tema pasó de ser un asunto privado a ser un asunto de salud pública por este motivo en muchos países el aborto terapéutico pasó a ser legalizado.

Este trabajo se desarrolla buscando contribuir en el conocimiento de las características epidemiológicas, conocer el procedimiento más empleado en el manejo del aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE

INVESTIGACION

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

Según la OMS el aborto es un problema social que cada vez va incrementándose, estimándose que anualmente ocurren en el mundo aproximadamente 600.000 muertes maternas, de las cuales 90% ocurren en países subdesarrollados especialmente en aquellos con escaso acceso a los servicios de salud; siendo la causa más frecuente de morbilidad materna el aborto practicado en forma insegura.⁽¹⁾

Aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos, antropométricos y clínicos. Es así como se considera la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal menor de 500 gr (OMS).⁽²⁾ Ricardo Schwartz define el aborto como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500gr., los tipos de aborto se clasifican en: inducidos, frustrados, completos, incompletos, etc.; existiendo diversas formas de tratamiento para el aborto incompleto, como es el Legrado Uterino Instrumental (LUI), la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), el Aspirado Eléctrico entre otros.⁽³⁾

La Constitución Política del Perú de 1979 en su artículo 2° inciso 1° prescribió que *toda persona tiene derecho a la vida*. Seguidamente a ello expresan que *al que está por nacer se le considera nacido para todo lo que le favorece*. Más tarde el Código Penal de Abril de 1991 penaliza el aborto, incluido el aborto relativo al embarazo consecuencia de una violación sexual. Este código también sanciona el aborto eugenésico. La Constitución de 1993 determina en su artículo 2° inciso 1°, un enunciado que es similar al de la Constitución de 1979, en su artículo 6° expresa que la política nacional de población reconoce el derecho de las personas a decidir sobre que método de planificación familiar utilizar. Y por último la Ley N° 26530, publicada el 10 de Setiembre 1995, excluye al aborto como método de planificación familiar. De este modo, no se considera a la intervención quirúrgica como método anticonceptivo y finalmente la Ley General de Salud de 1997, Ley N° 26842 publicada el 20 de Julio de 1997, en su artículo 6° reconoce el derecho de toda persona a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia.⁽⁴⁾

Se estima que el 25% de todos los embarazos terminarán en aborto, incluyendo a los provocados, y sólo el 5 – 10% de todos los embarazos terminarán en abortos espontáneos.⁽⁵⁾

Debido a que la mayoría de los abortos provocados se producen en la clandestinidad resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables, de ahí que se recurren a métodos indirectos como registros hospitalarios por aborto, entrevista a mujeres y personal de salud.⁽⁵⁾

Los estudios epidemiológicos nacionales sobre abortos se han basado mayoritariamente en la experiencia registrada en los hospitales, como fuente de información de carácter cuantitativo, por lo tanto, las estadísticas sobre el aborto son muy limitadas.⁽⁴⁾

En las políticas públicas relacionadas con el aborto, el Ministerio de Salud (MINSA), reconoce que el aborto es un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad y en especial a las mujeres.⁽⁴⁾

El embarazo adolescente es un problema de salud pública relevante en América Latina, no sólo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza, sino también por constituirse en elevado riesgo para su salud física y psicológica. Se estima que 13% de las adolescentes peruanas entre 15 - 19 años están embarazadas y 58,2% de las que llegaron a ser madres manifestaron que su embarazo fue no deseado; esta situación va de la mano con un inicio precoz de las relaciones sexuales además de la pobre información sobre salud sexual y planificación familiar a la que tienen acceso, problema que es de mayor envergadura en poblaciones de menor nivel socioeconómico.⁽⁶⁾

Como consecuencia de este embarazo no deseado, se asoma la posibilidad de realizarse un aborto inducido, que en el Perú durante el año 2001 ascendió 352 mil casos; los efectos de esta práctica pueden llevar a la muerte de la adolescente (es la cuarta causa de muerte materna en el Perú), así como a problemas de infertilidad en el futuro.⁽⁶⁾

Si bien la mortalidad e infecciones se han reducido con el uso del Misoprostol⁽⁷⁾; los sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, así como las dificultades para sus relaciones sociales, interpersonales y ocupacionales en su vida adulta son un problema trascendente a tener en cuenta; no obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad también suele tener consecuencias emocionales graves.⁽⁸⁾

Las principales razones por las que optan por el aborto es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja.^(9,10,11)

Se reconocen diversos factores asociados con la elección de la adolescente de inducirse el aborto, entre ellos el ser menor edad, ser solteras, tener un menor nivel educativo, tener menor nivel socioeconómico, deserción escolar, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja o que este sea de menor edad o bajo nivel educativo.⁽⁶⁾

También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos, el resultado del embarazo en las adolescentes.⁽⁶⁾

En América Latina se estima que de cada 100 abortos provocados 20 se hospitalizan por complicaciones, lo que significa que existe un número mucho mayor de casos de aborto. Además se estima que de las hospitalizaciones por complicaciones debidas al aborto, sólo el 15 a 25% corresponden a abortos espontáneos.⁽⁵⁾

“De las investigaciones realizadas en el Perú acerca del aborto, muchos concluyen que son las mujeres jóvenes en edad fértil, con bajo nivel educativo y solteras las que están expuestas al riesgo del aborto”.⁽⁵⁾

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1.- PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál es la incidencia, características epidemiológicas y el procedimiento más empleado para el manejo del aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio – Diciembre de 2012?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la incidencia, características epidemiológicas y el procedimiento más empleado para el manejo del aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio – Diciembre de 2012.

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

OE₁: Determinar la incidencia del aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio – Diciembre de 2012.

OE₂: Determinar la forma de hospitalización más frecuente de las pacientes que acuden con el diagnóstico de aborto al servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio – Diciembre de 2012.

OE₃: Determinar las características epidemiológicas (edad, procedencia, estado civil, ocupación, religión, idioma, grado de instrucción, conocimiento sobre su embarazo, conocimiento del aborto) en las pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio – Diciembre de 2012.

OE₄: Determinar los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco periodo Julio – Diciembre de 2012.

OE₅: Demostrar si el Aspirado Manual Endouterino (AMEU) es el procedimiento de elección más empleado en el manejo de las pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco periodo Julio – Diciembre de 2012.

OE₆: Determinar el grado de anemia o no, con el que acuden las pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco periodo Julio – Diciembre de 2012.

1.4.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

1.4.1.- IMPORTANCIA

Es innegable que día a día se producen los abortos, convirtiéndose en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable de esta patología, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Según los datos estadísticos de la DIRESA – CUSCO 2012, el departamento del Cusco el año 2010 presentó 955 casos de abortos, en ese año la provincia de Cusco ocupó el segundo lugar con 203 casos de abortos, después de la provincia de La Convención con 274 casos.

Y según la Dirección de Estadística e Informática y Telecomunicaciones de la DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO la cantidad de abortos en el año 2011 en el Hospital Antonio Lorena fue de 592 casos y el procedimiento que más se empleó fue el Legrado Uterino instrumental (LUI) con un número de 457 en comparación con el Aspirado Manual Endouterino (AMEU) con 135.⁽¹²⁾

Actualmente el aborto constituye una patología motivo de consulta frecuente en los hospitales de nuestra región al igual que en otros lugares constituyendo un verdadero problema de salud pública.

Es de importancia mencionar que el Hospital Antonio Lorena del Cusco emplea los procedimientos de Legrado Uterino Instrumental (LUI) y Aspirado Manual Endouterino (AMEU), para el manejo del aborto.

1.4.2.- TRASCENDENCIA Y APOORTE

El presente estudio buscó también demostrar entre sus objetivos principales el de conocer realmente la magnitud del aborto mediante el conocimiento de la incidencia, conocer las características epidemiológicas y el procedimiento que más se empleó en las pacientes con diagnóstico de aborto en una parte importante de la población de la ciudad del Cusco que acude al Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Con el presente trabajo de investigación se buscó también aumentar los estudios realizados en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco en lo que respecta al tema de "Aborto", se cuenta con estudios realizados los años 2007 y 2011, debiéndose mencionar que dichos estudios fueron realizados en las ciudades de Abancay y Quillabamba respectivamente, y el presente estudio pretende realizarse en nuestra ciudad del Cusco.

Al finalizar el estudio se pudo sacar recomendaciones que espero puedan contribuir a enfocar de mejor manera este problema de salud pública, que en muchos casos no se le da la importancia debida.

1.4.3.- VALOR SOCIAL

El presente estudio se aplicó en las mujeres en edad fértil con el diagnóstico de aborto que acudieron al servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena, permitiéndonos conocer de mejor manera las características epidemiológicas, los antecedentes gineco-obstétricos y poder sacar conclusiones que puedan contribuir a nuestras autoridades de salud en tal vez establecer otras medidas diferentes en cuanto al tema de prevención y entender completamente que este tema ya dejó de ser un problema personal, siendo ya un problema de salud pública.

1.4.4.- VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

El presente estudio fue viable en todos los sentidos porque se tuvo acceso directo a la información detallada paciente por paciente cada vez que ingresaron al servicio de Ginecología durante el periodo del estudio, mediante la entrevista personal y la recopilación de datos necesarios de la Historia Clínica para el desarrollo del estudio, haciendo de conocimiento que el investigador realizó sus prácticas pre profesionales (Internado Médico) en el Hospital Antonio Lorena que definitivamente fue una ventaja para la recolección de datos y realización del estudio.

El estudio fue factible por que se contó con la logística necesaria, además de que se pudo realizar en el tiempo planteado: Julio – Diciembre de 2012. Y los recursos económicos para el desarrollo del estudio se solventaron de diferentes maneras.

1.5.- LIMITACIONES

No hubo limitaciones en el estudio porque se desarrolló íntegramente en el servicio de Ginecología, con las pacientes que estuvieron hospitalizadas con el diagnóstico de aborto y con todo el apoyo del personal del servicio.

1.6.- ASPECTOS ETICOS

La producción y registro de datos que se llevó a cabo en la presente investigación respetó los principios bioéticos aplicables a la investigación en sujetos seres humanos, en concordancia a lo establecido en la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” sobre “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”. Debo ratificar que el recojo de la información fue de manera anónima, y se respetó la confidencialidad de la información recopilada.

Para lo cual se incluyó como anexo el formato de consentimiento informado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Hijona J. Factores asociados al aborto espontáneo. [Tesis de Doctorado]. Jaén: Universidad de Granada, Facultad de Medicina; 2009. Que se realizó en el Complejo Hospitalario de Jaén, en 132 pacientes con el diagnóstico de aborto espontáneo provenientes de los distritos de Jaén, Alcalá Real y Martos (España-2008), encontró que la edad media de las pacientes con aborto fue de 31.4 años con una mediana de 31 años y una desviación típica de 5.882 años; una cantidad de 113 (85.6%) pacientes eran casadas; 59 (44.7%) pacientes sólo tenían estudios primarios y 34 (25.8%) estudios superiores; el 31.1% eran amas de casa; el 82.6% de las pacientes presentaban una duración del ciclo menstrual entre 25 y 31 días con una duración del sangrado entre 3 y 7 días; 24 (18.2%) pacientes tenían el antecedente de un aborto anterior, con menor frecuencia (3.8%) se encontraban mujeres que padecieron dos abortos y el 76.5% sin antecedentes previos de abortos.⁽¹³⁾

Hernández P, Santos E. Factores personales y aborto en adolescentes. Veracruz: Universidad Veracruzana, Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud; 2007. Trabajo de tesis que se realizó en un Hospital de Segundo Nivel de la Región Sur del Estado de Veracruz, en un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en adolescentes de 12 a 19 años que ingresaron en el Servicio de Urgencias con diagnóstico de aborto en el período Enero de 2003 - Octubre de 2005, en una muestra de 213 adolescentes se obtuvieron como resultados que el promedio de edad en la que abortaron es de 17 años \pm 1.5, el mínimo de edad fue de 13 y el máximo de 19 años. En cuanto a la menarquia se encontró que el promedio es de 12 años +1.16. Con un inicio de vida sexual activa promedio de 15 años \pm 1.70, con un mínimo de 7 años y un máximo de 19 años. Se encontró que el promedio de las semanas de gestación en que se presentó el aborto es de 11 \pm 3.57, con un mínimo de 4 y un máximo de 20. Se encontró que 109 (51.2%) pacientes eran convivientes, 74 (34.7%) solteras 30 (14.1%) casadas. Un número de 146 (68.5%) pacientes eran amas de casa, 28 (13.2%) estudiantes. Una cantidad de 52 (24.4%) pacientes refirieron tener primaria completa, 46 (21.6%) secundaria completa, 32 (15%) secundaria incompleta, 11(5.2%) analfabetas. Se encontró que el mayor índice de abortos lo ocuparon las adolescentes que no pertenecieron a ninguna religión con 137 (64.3%) y 76 (35.7%) pertenecían a la religión católica. Mayor prevalencia en primigestas con 151 (70.9%) casos. Un número de 120 (56.3%) casos fueron abortos incompletos como diagnóstico de ingreso y con menos frecuencia otros tipos.⁽¹⁴⁾

Dalén A. El aborto en Colombia. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas; 2011. Mediante un estudio descriptivo cualitativo, sobre la revisión de casos, encontró que la práctica del aborto en Colombia es de enorme magnitud; sin embargo como se trata de una práctica clandestina (en la mayoría de los casos), no hay cifras exactas sobre su extensión real. Se estima que se practicaron aproximadamente 300 000 abortos clandestinos anualmente en el país, y cerca de un cuarto de todas las mujeres colombianas han tenido por lo menos un aborto inducido. Además el índice de mortalidad materna en Colombia es de 130 por cada 100 000 nacidos vivos. Y según los últimos datos disponibles, la mortalidad materna registrada por aborto en 2008 representaba el 7.3% de todas las muertes maternas. Sin embargo, para estas cifras se estima un su registro de alrededor del 13%. Afirmando que no hay estudios específicos sobre el aborto.⁽¹⁵⁾

Doblado N, De la Rosa I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología (La Habana). 2010. En un estudio observacional descriptivo sobre el comportamiento del aborto inducido en el Hospital Gineco-obstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas durante el cuatrimestre Septiembre - Diciembre de 2009, con un universo de trabajo integrado por 128 adolescentes que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital. Se estudiaron variables como: edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción, entre otros; se obtuvieron resultados: El grupo de edad predominante estuvo entre 15 - 17 años con 74 casos para un 57,8 %, la edad de las primeras relaciones sexuales de las adolescentes fueron en primer lugar los 15, 14 y 13 años con 40,6 %, 27,3 %, 13,2 %, respectivamente; 49,2 % ya habían tenido 3 o más parejas, el 39,6 % ya tenían abortos previos.⁽¹⁶⁾

Dirección General de Epidemiología - MINSA, Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna, Lima: Comité Ejecutivo Nacional Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza; 2011. En un estudio comparativo 2010 - 2011, reporta que hasta el 31 de Mayo 2011, se ha producido un alarmante incremento de muertes maternas en cinco regiones del país (Puno con 22, La Libertad con 21, Cusco con 20, Cajamarca con 16 y Loreto con 14 casos de muertes maternas). Donde muestra que hasta dicha fecha se habría alcanzado el 95.2% de muertes maternas en el Cusco con respecto al año 2010 (Cusco de 21 y Puno con 40 casos de muertes maternas), siendo este último el segundo antecedido por Cajamarca a nivel nacional. Y se sabe que en Cusco, el 52.9% de los casos de muertes maternas ocurrieron en los establecimientos de salud (más de la mitad de los casos se dieron en los Hospitales) y 17.6% en domicilio. De los casos producidos en todo el país, las causas médicas identificadas son las hemorragias (45%), la hipertensión (30%), aborto (9%), infección (6%) y otros (10%). En un 54% de los casos de emergencias obstétricas producidas en todo el país, es la pareja o un familiar quien decide solicitar atención y sólo en un 11% de casos deciden las propias mujeres.⁽¹⁷⁾

Chumbe O. Manejo del Aborto, en el Hospital María Auxiliadora, del Cono Sur de Lima. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia (Lima). 2008. Reporta sobre las ventajas de la técnica del AMEU, entre las cuales figuran: Procedimiento ambulatorio que en la gran mayoría de casos, no requiere hospitalización; no requiere procedimiento anestésico regional o general; ni exposición a riesgos inherentes a estos tipos de anestesia; las posibilidades de accidentes intraoperatorios, como perforaciones o falsas vías, lesión de membrana basal con subsecuente síndrome de Asherman, se encuentran minimizadas por el tipo de material flexible de las cánulas; permite la pronta reincorporación de la paciente al seno de su hogar; el procedimiento no requiere de fluido eléctrico, por lo que se puede practicar aún en lugares que no cuenten con este; el costo, tanto para el Estado como para las mujeres, es diez veces menor que la técnica tradicional; el riesgo de infección pos-procedimiento (enfermedad inflamatoria pélvica) es significativamente menor que con la técnica del Legrado Uterino Instrumental; un médico sin especialización, con una buena capacitación estará en condiciones de realizarlo, en ausencia del Ginecólogo - Obstetra.⁽¹⁸⁾

Cueva E. Aborto en el Hospital Quillabamba, Octubre a Diciembre 2011. [Tesis Médico Cirujano]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Medicina Humana; 2012. Estudio no experimental, prospectivo, descriptivo y transversal, con una población de 76 pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Quillabamba, Octubre – Diciembre de 2011. Se obtuvieron que: 20 pacientes (26.3%) con edades que comprendían entre 20 – 24 años, 18 (23.7%) eran mayores a 35 años, 17 (22.4%) entre 25 -29 años, 15 (19.7%) eran menores de 20 años y 6 (7.9%) con edades entre 30 - 34 años. En un número de 30 pacientes (38.5%) tuvieron grado de instrucción secundaria incompleta, 21(28.2%) secundaria completa, 11(15.4%) superior completa, 10 (12.8%) primaria incompleta y sólo 1 (1.3%) analfabeta. Del total, 45 (59%) provenían del área urbana y 31(41%) de la zona rural. En un número de 28 (36.9%) eran convivientes, 27 (35.5%) casadas y 21 (27.6%) solteras. En cuanto al idioma el 53.8% de las pacientes eran bilingües (castellano y quechua), con un 46.2% las castellano hablantes. Con respecto a las semanas de gestación a la que se presentó el aborto, en promedio fue a las 11.06 +/- 4.9 semanas de gestación. En cuanto al nivel de conocimiento sobre el aborto se observó que 29 pacientes (38.2%) tenían conocimiento sobre lo que era el aborto, 28 (36.8%) desconocían del aborto y 19 (25%) pacientes tenían alguna idea de lo que era el aborto.⁽¹⁹⁾

Charalla J. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de aborto, Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, Octubre – Diciembre 2007. [Tesis Médico Cirujano]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Medicina Humana; 2008. Mediante un estudio no experimental, retrospectivo y transversal, con una población de estudio de 100 pacientes con diagnóstico de aborto que acudieron al servicio de Emergencias del Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay durante el periodo Octubre – Diciembre de 2007, se obtuvieron como resultados que el tipo de aborto que se presentó con más frecuencia fue el Aborto incompleto con un 88% del total de casos seguido del Aborto frustrado con 7%. La edad gestacional en la cual el aborto se dio con mayor frecuencia fueron entre las 5 – 10 semanas de edad gestacional representada por 66% de la población total, seguidas por pacientes cuya edad gestacional oscilaba entre 11 – 15 semanas llegando a representar el 30% del total de la población estudiada. El 75% de los pacientes no presentó anemia, y sólo el 12% anemia leve, el 9% anemia moderada y el 4% anemia severa. El 39% del total de pacientes fueron primigestas. El mayor porcentaje (29%) de pacientes presentaban edades que oscilaban entre 21 – 25 años, en segundo lugar con el 28% comprendían edades entre 26 – 30 años, el 20% entre 15 - 20 años, el 8% entre 31 – 35 años y el 15% eran mayores de 36 años. El 64% de la población en estudio estuvieron en la condición de convivientes, 23% solteras y 13% eran casadas. El 43% de la población estudiada eran personas con educación superior universitaria y sólo el 5% eran analfabetas.⁽²⁰⁾

2.2.- MARCO TEORICO

ABORTO

CONCEPTO

Etimológicamente "aborto procede del latín abortus o aborsus, derivado de an-orior opuesto a orior: nacer".

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: "la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos". Este peso corresponde a una edad gestacional menor igual a 22 semanas. Se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos.⁽²¹⁾

Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12va semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12va - 22va semanas de gestación.

Es conveniente, además, distinguir *el aborto accidental*, que se produce de manera aislada, del *aborto a repetición o habitual*, que se produce tres veces consecutivas o más. Finalmente, es necesario diferenciar el *aborto provocado*, en el cual existe la intención de producirlo a diferencia del *espontáneo* en el que no existe ese propósito. De este último, se trata seguidamente.⁽²²⁾

ETIOLOGIA

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y a anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas (Tabla No.1).

**TABLA 1. ALTERACIONES CROMOSÓMICAS
EN ABORTO INICIAL**

Tipo de anomalía	Frecuencia %
Trisomías	
16	16,4
22	5,7
21	4,7
15	4,2
14	3,7
18	3
Otras	14,3
Monosomía X	18
Triploidias	17
Tetraploidias	6
Traslocaciones desequilibradas	3
Otras	4

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anomalías cromosómicas disminuye a aproximadamente 5%.

Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anomalías anatómicas del aparato genital materno (útero unicorno, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares, renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, listeriosis, e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*; factores inmunológicos tales como la isoimmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre.

Aunque los factores etiológicos involucrados en la pérdida recurrente del embarazo (anteriormente aborto habitual) son los mismos que los que se informan para el aborto espontáneo individual, es diferente la distribución de su frecuencia. Por ejemplo, las anomalías Müllerianas que se encuentran en 1-3% de mujeres con un aborto individual, se pueden diagnosticar en 10-15% de pacientes con pérdida recurrente de la gestación. La incidencia de anomalías cromosómicas es menor en los casos de pérdida recurrente del embarazo, aunque cuando se realizan cariotipos de alta resolución el número de desarreglos que se diagnostica es mayor. Los desórdenes endocrinos, las alteraciones autoinmunes, las anomalías Müllerianas y la incompetencia cervical se diagnostican con mayor frecuencia en las pacientes con pérdida recurrente de la gestación. La Tabla No. 2 muestra una distribución relativa de la etiología de la pérdida recurrente de la gestación.

**TABLA 2. DIAGNÓSTICOS EN PAREJAS CON PÉRDIDA
RECURRENTE DEL EMBARAZO**

Diagnóstico	Frecuencia %
Alteración cromosómica	
Fetal	20
Padres	3-5
Leiomiomas	15-20
Insuficiencia lútea	10-15
Anomalías mullerianas	10-15
Enfermedades autoinmunes	10
Incompetencia cervical	8-15
Síndrome de Asherman	5

CUADRO CLINICO

En una mujer en edad reproductiva que ha tenido relaciones sexuales y presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor hipogástrico intermitente y sangrado, después de retraso menstrual o amenorrea, o en quien se ha hecho previamente el diagnóstico de embarazo, hay que sospechar amenaza de aborto. La hemorragia puede ser muy variable en cuanto a su intensidad, si bien al principio no suele ser muy intensa, puede tener un color oscuro o tratarse de una hemorragia de color roja.

El dolor es producido por las contracciones uterinas y que puede presentarse antes o, lo que es más frecuente, después de la hemorragia genital; se localiza en la región lumbosacra y en el hipogastrio. ⁽²¹⁾

DIAGNOSTICO

Con el desarrollo del inmunoanálisis, que permite la identificación temprana de la fracción Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana, se cuenta hoy con un instrumento muy sensible y específico tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y manejo de las complicaciones del embarazo temprano.

La Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) se puede detectar en la sangre materna desde 7- 10 días después de la fertilización y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico. En condiciones normales se encuentra una duplicación de la concentración de hCG en el suero materno cada 48-72 horas.

Por otra parte, los estudios ecográficos con equipos de alta resolución, permiten visualizar por vía transabdominal el saco gestacional a las cinco semanas de amenorrea (tres semanas pos concepción) como un espacio lleno de líquido apenas medible (dos mm de diámetro). A la sexta semana aparece el reborde trofoblástico y a la séptima semana de gestación se puede observar la actividad cardiaca del embrión, lo cual comprueba la vitalidad del fruto de la concepción.

También se puede observar el crecimiento del saco gestacional de 1 mm/día, cuando se realiza ultrasonido por vía transvaginal. Esto significa que se puede diagnosticar en forma más precoz la aparición, localización y características del embarazo con la ecografía transvaginal.

Las concentraciones de hCG se pueden evaluar en conjunto con los hallazgos del ultrasonido para obtener una mayor precisión diagnóstica.

Cuando los niveles séricos de hCG son del orden de 5.000 - 6.000 mU/mL debe observarse ya un saco gestacional con la ecografía transabdominal; con el transductor transvaginal se puede visualizar el saco gestacional cuando el nivel de hCG se encuentra entre 1.800 - 2.000 mU/mL. ⁽²¹⁾

CLASIFICACION DEL ABORTO

Desde el punto de vista clínico el aborto se clasifica de la siguiente forma:

Amenaza De Aborto

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

El tratamiento es el reposo absoluto en cama, también pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor, hidratación, relajantes de la musculatura uterina y dar tratamiento a la causa probable del mismo como puede ser antibiótico, cerclaje, control de su enfermedad de base (diabetes, hipertensión, etc.).⁽²¹⁾

Aborto Retenido (Diferido)

Recibe este nombre el cuadro en el que, muerto el huevo *in útero*, no es expulsado al exterior quedando retenido con todos sus anexos dentro del útero, queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al producto.

Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, no se producen hemorragias o en los que después de pequeñas hemorragias, coincidentes con la muerte embrionaria, éstas desaparecen; los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardiaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico.

El tratamiento consiste en la evacuación del útero mediante dilatación y legrado.⁽²³⁾

Aborto Frustró

Ocurre cuando un embrión feto inmaduro muerto no sale del útero hasta 8 o más semanas después. El útero no crece, no hay contracciones y sin dilatación cervical, desaparecen los síntomas de embarazo; pueden aparecer infecciones y trastornos de la coagulación: Coagulación Intravascular Diseminada (CID).⁽²⁴⁾

El manejo consiste en el monitoreo por el riesgo de CID, maduración cervical con prostaglandinas y Legrado Uterino Instrumental.

Aborto en Curso (Inminente)

Se define como aborto en curso al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervicales y sangrado de origen uterino, las *membranas ovulares se encuentran íntegras*. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos y de ser necesario la administración de fármacos (Misoprostol) que ayuden a la evacuación uterina para proceder al legrado.

Aborto Inevitable

Cuando las contracciones uterinas son más enérgicas, el cuello sufre borramiento y dilatación, las *membranas están rotas* y se palpan a través del cuello las partes fetales. En estos casos el tratamiento consiste en hidratar a la paciente, reforzar la actividad uterina con oxitocina de ser necesario, administrar analgésicos parenterales y esperar la expulsión del feto; posteriormente se procederá a practicar legrado o revisión uterina.

Aborto Incompleto

Se denomina aborto incompleto al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción; parte del producto de la concepción ha sido expulsado, mientras que otra parte permanece en el interior del útero.

A pesar de que la paciente manifiesta que ha expulsado “algo” o que en efecto se comprueba la expulsión de restos ovulares, persiste la hemorragia vaginal acompañada de dolores. En la exploración el útero es doloroso y el cuello está entreabierto permitiendo el paso fácil de un dedo; además, el tamaño del útero es menor del que corresponde a la edad gestacional. La ecografía muestra la existencia de restos ovulares desestructurados en el interior de la cavidad uterina.

La conducta que se debe seguir en estos casos es evacuar los restos ovulares del útero teniendo en cuenta el tamaño del mismo y la dilatación del orificio interno del cuello para elegir el procedimiento.⁽²¹⁾

Aborto Completo

Se denomina aborto completo a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares, desde el punto de vista clínico se identifica porque el dolor y el sangrado activo desaparecen después de la expulsión de todo el producto de la concepción, pero puede persistir un sangrado escaso por algún tiempo, el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino que vuelve a presentar su forma normal; la ecografía muestra un útero vacío.

El tratamiento consiste en observación solamente y confirmación por ecografía.⁽²¹⁾

Aborto Séptico

A partir de un aborto provocado generalmente clandestino o de un aborto incompleto, se produce la colonización de bacterias en los restos trofoblástico provocando una infección cuya importancia varía desde cuadros pocos severos producto de una infección superficial no propagada al miometrio ni a los órganos vecinos, hasta un cuadro grave con compromiso aneural, celulitis pelviana, necrosis uterina y septicemia que puede causar la muerte; este tipo de aborto es sin duda debido a prácticas en la clandestinidad, inadecuada esterilización del instrumental, evacuación incompleta del útero y con menor frecuencia es consecuencia de un aborto espontáneo incompleto seguido o no de raspado uterino que puede ser causa de infecciones ascendentes desde el tracto genital (exocérvis, vagina y vulva).⁽²⁵⁾

Lo primero que se produce es una infección local y luego propagándose por vía canalicular, linfática, o hemática para dar origen a miometritis, parametritis, celulitis pelviana, anexitis, peritonitis, tromboflebitis y sepsis generalizada.

Los gérmenes más frecuentemente hallados en los cultivos:

Aerobios

Staphylococo aureus
E. Coli
Klebsiela
Pseudomona aeruginosa
Proteus mirabilis
Estreptococo A, β hemolítico
Enterococo

Anaerobios

Bacteroides fragilis
Peptoestreptococos
Peptococos
Clostridium perfringes

Estos gérmenes son capaces de producir infecciones de escasa importancia o bien multiplicarse, exacerbar su agresividad y producir infecciones graves y hasta la muerte de la paciente.

La gravedad del cuadro dependerá del estado inmunológico de la mujer, de la patogenicidad de los microorganismos involucrados y del tiempo transcurrido hasta la adopción de medidas terapéuticas, por lo que se observan un abanico de presentaciones clínicas que van desde un cuadro leve, sólo febril y con escasas manifestaciones abdomino pelvianas y/o generales, esto debido a que la infección en un inicio está limitada al útero, aún no se ha propagado al miometrio ni a los órganos vecinos existiendo posteriormente un compromiso general.

La paciente se presenta con fiebre superior a 38°C, taquicardia, hipotensión, mal estado general, el examen del abdomen demuestra dolor a la compresión y descompresión del hipogastrio y el examen ginecológico pone en evidencia una genitorragia fétida, útero grande, blando, dolor a la movilización del cérvix y los anexos engrosados y dolorosos.

La infección que comenzó como una infección superficial no propagada al miometrio, invade el mismo y por vía canalicular se extiende fuera de los límites del útero, produciendo: miometritis, anexitis, pelvi peritonitis, celulitis pelviana, tromboflebitis; estando limitada la enfermedad en la pelvis.⁽²⁶⁾

Cuadros más avanzados y graves, por la invasión del torrente sanguíneo por bacterias y toxinas bacterianas evidencian un muy mal estado general, donde la paciente está febril, disneica, hipotensa, con pulso filiforme, oligúrica y en acidosis, a lo que se puede sumar signos de hemólisis intravascular. En su forma más grave se presenta con un cuadro de Shock y septicemia. Al examen ginecológico: metrorragia purulenta, fétida. Dolor a la movilización del cuello. Fondos de sacos dolorosos y rectificadas. Útero aumentado de tamaño, blando, doloroso, crepita al tacto por necrosis con liberación de gases.

Los exámenes a solicitar dependerán de la gravedad de la paciente y de su evolución, y ayudan a evaluar el estado general, la coagulación y la función renal, así: Hemograma, eritrosedimentación, frotis de sangre periférica (signos de hemólisis), uremia, creatinemia, bilirrubinemia, electrolitos plasmáticos, pH y gases arteriales, perfil de coagulación, TGO y TGP, ácido láctico, tinción de Gram (bacilos Gram positivo esporulados y gruesos sugieren *Clostridium perfringens*), cultivos; examen completo de orina; radiografía de tórax (síndrome de dificultad respiratoria, embolia séptica, aire sub-diafragmático). Rx abdomen simple (gas intramiometrial, cuerpo extraño); ecografía abdominal y ginecológica.⁽²⁶⁾

TRATAMIENTO

El tratamiento del aborto séptico debe de ser mixto, es decir médico y quirúrgico. Los principios básicos del tratamiento son:

- Internar a la paciente.
- Antibiótico terapia de amplio espectro que cubran anaerobios y aerobios, previamente ya se debieron tomar cultivos que ayuden a la mejor instauración de la terapia antibiótica.
- Evacuación uterina instrumental, se debe tener cuidado con el reblandecimiento del útero, por lo que es fundamental administrar una infusión intravenosa con oxitócico.
- En los cuadros graves, la paciente debe ser internada en Unidad de Cuidados Intensivos para vigilancia estricta de signos vitales, corregir trastornos hemodinámicos, balance hidroelectrolítico, anemia, función renal, función respiratoria y apoyo nutricional.
- En ocasiones es necesario practicar una histerectomía.

Tratamiento Antibiótico:

Terapia empírica con antibióticos

- 3 000 000 de Unidades de Penicilina G sódica intravenosa cada 4 horas
- 1.5 mg/Kg de Gentamicina intravenosa seguida por 1 mg/kg intravenoso cada 8 horas
- 900 mg de Clindamicina intravenosa cada 8 horas.

Ó

- 15 mg/Kg de Vancomicina intravenosa seguida de dosificación farmacéutica
- 4.5 g de Piperacilina y Tazobactam por vía intravenosa cada 6 horas.⁽²⁷⁾

En pacientes alérgicas a penicilina:

- Ciprofloxacina 500 mg. c/ 12 hrs. por 7 días ó Clindamicina 600 mg iv c/8 hr + Gentamicina 3 mg/kg/ dosis iv c/18 hr.

TRATAMIENTO DEL ABORTO

La elección de la técnica de evacuación depende del estado del cérvix, la edad gestacional y la disponibilidad del equipo.

METODOS DE EVACUACION UTERINA

1.- LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas. El término cureta viene del francés curer que a su vez viene del latín curare y significa curar. Es el procedimiento más usado en nuestro país.

Requerimientos del legrado uterino instrumental e Instrumental:

- Sala de quirófano de acuerdo a norma de acreditación.
- Caja metálica con tapa.
- Juego de curetas uterinas.
- Juego de dilatadores uterinos (bujías de Hegar) de 6 a 15 mm.
- Un espéculo de tamaños mediano y grande.
- Pinza de cuello (Pozzi).
- 2 Pinzas Foerester recta de 20 cm. (pinza aro larga).
- 1 Histerómetro.
- 1 Pinza de restos ovulares 240 mm.⁽²⁸⁾

La técnica consiste en que anestesiada la paciente (Anestesia General) y en posición ginecológica, se procede a la exploración cuidadosa, con todas las reglas de asepsia usadas en cirugía:

- Se hace un tacto bimanual para evaluar el tamaño uterino, posición en la pelvis; se explora el útero con un histerómetro que orientará respecto de la dirección y longitud del canal cervical y de la cavidad uterina.
- Se coloca el espéculo y se identifica el cuello. Se limpia la vagina con yodopovidona utilizando una pinza de Bozemann.
- Se pinza el cuello (labio anterior) con la pinza de Pozzi y luego se tira de la pinza con el fin de enderezar el útero; si al limpiar la vagina se encuentran partes fetales, deben recogerse para estudio histopatológico.

- Se dilata el cuello con dilatadores de Hegar (si aún el cuello está cerrado al momento del legrado). Es preferible inducir la dilatación con una prostaglandina (Misoprostol).
- Se introduce la cureta de manera cuidadosa y se empieza el legrado, haciendo énfasis en las caras anterior, posterior, los bordes y ángulos uterinos de la cavidad endometrial. El estallido de las membranas produce la salida del líquido amniótico claro y el desprendimiento de la placenta ocasiona el escape de sangre. Una vez eliminado el huevo, la cureta dará la sensación particular de contacto con la pared del útero. Más allá no se debe raspar. El clásico quejido uterino no se ha de buscar y provocar, pues la cureta es un instrumento abrasivo que puede causar complicaciones. Después de un correcto curetaje cesa toda la hemorragia.

Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:

- Se observa la salida de espuma roja o rosada y no se ven más restos.
- Se percibe una sensación áspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del útero evacuado.

Las lesiones traumáticas son posibles en esta operación, sobre todo en úteros retrovertidos o de paredes muy blandas. Consisten en desgarros laterales del cuello por la dilatación forzada o en perforaciones de la cara anterior del útero por la cureta o por debajo del ángulo retroversoflexo. ⁽²³⁾

2.- ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

El legrado puede realizarse mediante aspiración, para lo cual tras la dilatación cervical se inserta una cánula sobre la que un dispositivo especial ejerce una presión negativa.

Esta técnica fue publicada en 1972 cuando Karmann y M. Poots introdujeron la jeringa de plástico para establecer el vacío y cánulas flexibles del mismo material, que llevan su nombre, como otra alternativa en la evacuación uterina. A la fecha este método se utiliza en muchos países del mundo, y en el Perú se introdujo este procedimiento en el año 1989 en el Hospital María Auxiliadora.

Actualmente, la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el LUI. La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como perforación uterina,

sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado, en vista de esta problemática el Instituto Especializado Materno Perinatal, dentro de sus principales líneas de trabajo, promueve la capacitación del recurso humano en Salud Reproductiva y Perinatal, desarrollando modelos alternativos de capacitación, realizando innovaciones en la metodología, que permita obtener soluciones específicas a los problemas de cada Institución participante por medio del personal seleccionado, estableciendo la "personalización" de la capacitación ofertada, desarrollando en el participante habilidades y destrezas en lo relacionado a la técnica de AMEU, garantizando así la calidad en la atención.⁽²⁹⁾

AMEU, es una técnica segura y eficaz para la evacuación endouterina cuyo bajo costo, sencillez y portabilidad la hacen una excelente opción de tecnología de salud reproductiva. Más de 25 años de investigaciones clínicas en más de 100 países han demostrado que la aspiración para la evacuación endouterina es más segura y tan eficaz como el Legrado Uterino Instrumental (LUI). Además se ha comprobado que cuando la AMEU se ofrece en centros de pacientes externos, se reduce el costo y la estancia hospitalaria de la mujer que se somete al procedimiento en comparación con el legrado uterino, el cual debe efectuarse en una sala de operaciones.

La Aspiración Manual Endouterina es uno de los procedimientos médicos más seguros y eficaces. Los estudios informan acerca de índices de eficacia de la AMEU de un 98%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas.⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

Entre las indicaciones médicas del AMEU se pueden tener:

- En el tratamiento del aborto para alturas uterinas correspondientes a menos de 12 cm (<12 semanas desde la FUR) y dilatación cervical menor o igual a 1,2 cm.
- Biopsia endometrial

Contraindicaciones de AMEU:

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto incompleto o retenido con tamaño uterino mayor de 12 cm. (>12 semanas desde la FUR) o dilatación cervical mayor a 1,2 cm.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

El equipo de aspiración endouterina consta de los siguiente instrumentos:

- Jeringa de Karmann
- Cánulas de Karmann flexibles y semirígidas, las hay de diferentes diámetros 4 - 12mm
- Espéculo mediano.
- Pinza de cuello Pozzi.
- Pinzas de Foerster recta de 25 cm (pinza aro larga).
- Riñonera.
- Extensor de aguja opcional.
- Jeringa descartable de 10ml
- Lidocaína 2% sin Epinefrina
- Antiséptico local y gasas

La selección de la cánula se hará de acuerdo al tamaño del útero y al grado de dilatación cervical (cánula, generalmente 1 ó 2 diámetros menores que el tamaño del útero), así por ejemplo:

- Altura uterina de 4 a 6 semanas según FUR: cánulas de 4 a 7 mm.
- Altura uterina de 7 a 9 semanas según FUR: cánulas de 5 a 10 mm.
- Altura uterina de 9 a 12 semanas según FUR: cánulas de 8 a 12 mm.

Las cánulas semi-rígidas se caracterizan por brindar la sensación táctil como la cureta metálica. Tienen el adaptador integrado (base-fija), en forma de asa por lo que no necesita ningún adaptador individual. Esto permite que se conecten directamente a la jeringa de válvula doble.⁽²⁸⁾

La técnica del AMEU consiste:

- Se prepara a la paciente, se le explica el procedimiento.
- Una vez en posición ginecológica se canaliza una vena.
- Colocado el espéculo vaginal, se realiza asepsia del cérvix y la vagina para luego pinzar el labio cervical anterior en forma transversal con pinza Pozzi.
- Dilatar el cérvix uterino en los casos en que el cuello está cerrado, para permitir el paso de la cánula de acuerdo al tamaño del útero.
- Para introducir la cánula semirígida elegida tomarla por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Rotar la cánula con presión suave para facilitar la introducción.
- Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determinar la histerometría.

- Tomar el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgar e índice y la jeringa con la otra mano.
- Conectar la cánula a la jeringa de succión (que previamente fue preparada con el vacío).
- Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras conecta la jeringa.
- Soltar o abrir la válvula de seguridad de la jeringa. Deberá verse pasar restos gestacionales y sangre por la cánula hacia la jeringa.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la jeringa suave y lentamente hacia adelante y atrás, rotando la cánula y la jeringa en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío.
- Si la jeringa se llena de restos, cerrar la válvula, desconectar la jeringa de la cánula, dejando la cánula colocada dentro de la cavidad uterina (no empujar el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa).
- Abrir la válvula de seguridad y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido de la jeringa en el recipiente o riñonera para inspeccionarlo.
- Restablecer el vacío, reconectar la jeringa a la cánula y continuar la aspiración, o conectar otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración.
- Casi ya para finalizar el procedimiento se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven más restos en la misma, estas son señales que indican que ya se está completando el procedimiento, en las cánulas se ven aparecer burbujas de aire en vez de tejidos
- Se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Se escucha el paso de la cánula por las superficies ásperas.
- El útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.
- Retirar la cánula y la pinza de cuello.
- Verificar que no exista sangrado en puntos de agarre de la pinza de cuello (Pozzi). En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Retirar suavemente el espéculo.
- Depositar la jeringa en un balde con agua para la descontaminación por remojo. Aspire y eyecte el agua del balde con la jeringa varias veces para asegurar que no queden

restos y/o sangre visible adheridos a la misma. La descontaminación por remojo, facilita las maniobras de limpieza posterior.

- Descarte las cánulas utilizadas.⁽²⁸⁾

COMPLICACIONES DEL ABORTO

Las complicaciones más frecuentes del aborto son la hemorragia, la infección, el shock séptico, la insuficiencia renal aguda y los traumatismos.

HEMORRAGIA

La hemorragia es el síntoma fundamental del aborto espontáneo del primer trimestre. Por ello resulta difícil determinar cuando la hemorragia deja de ser un síntoma para ser considerada una complicación. Sin embargo, a veces la pérdida hemática repercute sobre el aspecto general de la paciente, provocando una anemia manifiesta e incluso un shock hemorrágico.

El control de la presión arterial, el valor de la hemoglobina y del hematocrito sirve para controlar la intensidad de la hemorragia y la necesidad de reponer las pérdidas sanguíneas mediante transfusión de sangre, de manera inmediata si los valores de hemoglobina (Hb) son inferiores a 8 g/dl.

INFECCION

La infección es la complicación más peligrosa del aborto en el primer trimestre del embarazo. Puede producirse en cualquier modalidad del aborto, pero es muy poco frecuente en el aborto espontáneo. Sin embargo, es una complicación muy común en el aborto provocado, sobre todo si se practica por personal no calificado.

La infección se produce por la llegada de gérmenes a la cavidad uterina, donde hay restos abortivos que facilitan la proliferación de los agentes microbianos. Los gérmenes responsables son microorganismos aerobios y anaerobios, además de estreptococos y estafilococos, *Escherichia coli*, algunas especies de *Bacteroides*, *Proteus vulgaris*, gonococo y rara vez *Clostridium*.

El cuadro clínico comienza por escalofríos y fiebre más o menos intensa. Suele haber expulsión de exudado purulento maloliente a través de los genitales, y en la exploración la palpación del útero y sus anexos es dolorosa. Los análisis de sangre ponen de manifiesto una leucocitosis intensa. Por este motivo muchos autores han incluido la definición de aborto séptico que en grados avanzados constituye el **shock séptico** que puede llevar a la muerte.

TRAUMATISMOS

Las lesiones traumáticas que pueden producirse en el aborto son muy diversas. En la actualidad quizá la más importante, por su frecuencia es la perforación uterina. Puede producirse en cualquier momento de la realización del legrado: al introducir el histerómetro, al proceder a la dilatación del cuello uterino o al hacer el legrado de las paredes uterinas.

Otras complicaciones traumáticas consecutivas al legrado (lesiones de cuello uterino, lesiones de órganos vecinos causadas a través de una perforación) son menos frecuentes.

Cabe destacar la posibilidad de que se produzcan sinequias uterinas (Síndrome de Asherman) como efecto del legrado, sobre todo en mujeres que han sido sometidas a varios raspados uterinos. En caso de sinequias importantes, se producirá ulteriormente una amenorrea.

CAPITULO III

MATERIALES Y

METODOS

MATERIALES Y METODOS

3.1.- DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es un: Estudio no experimental, prospectivo, descriptivo y transversal.

3.2.- AMBITO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, en el servicio de Ginecología, hospital situado en la Plazoleta Belén N°1358, en el distrito de Santiago de la ciudad del Cusco.

3.3.- PERIODO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el periodo comprendido entre Julio de 2012 a Diciembre de 2012.

3.4.- POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio abarcó a 316 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de aborto al servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, pero la muestra final estuvo comprendida por 314 pacientes debido a que 2 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión.

3.5.- CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.5.1.- De inclusión:

- Pacientes que ingresaron con el diagnóstico de aborto al servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco.
- Pacientes que accedieron a formar parte del estudio en el periodo establecido.

3.5.2.- De exclusión:

- Pacientes que fueron diagnosticadas con amenaza de aborto, embarazo ectópico, embarazo molar, hemorragia uterina disfuncional, embarazos anembrionados y demás cuadros gnoseológicos que semejaron clínica de aborto.
- Pacientes que no desearon acceder a formar parte del estudio.

3.6.- VARIABLES

3.6.1.- VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Idioma
- Grado de instrucción
- Conocimiento sobre su embarazo
- Utilización de método anticonceptivo
- Procedimiento empleado
- Forma de ingreso

3.6.2.- VARIABLES DEPENDIENTES

- Tipo de aborto
- Grado de anemia

3.6.3.- VARIABLES INTERVINIENTES

- Fecha de última regla (FUR)
- Edad gestacional
- Fórmula obstétrica

3.7.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL	DEFINICION OPERACIONAL
Edad	Cuantitativa	Directa	Años cumplidos hasta la fecha de entrevista: 14-19años, 20-24años, 25-29años, 30-34años 35-39años > 40años	De razón	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Se utilizará grupos etarios de la siguiente manera: 14-19años, 20-24años, 25-29años, 30-34años, 35-39años, > 40años	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. Edad es una variable independiente Cuantitativa y de razón, de medición directa y para su procesamiento se dividirá en grupos etarios de la siguiente manera: 14-19años, 20-24años, 25-29años, 30-34años, 35-39años, > 40 años.
Procedencia	Cualitativa	Directa	Rural Urbano	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: -Rural -Urbano	Se define como el departamento, provincia o distrito de la cual proviene la paciente. Variable independiente cualitativa de medición directa, nominal, que será expresado como rural o urbano.
Estado civil	Cualitativa	Directa	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: Soltera, casada, conviviente, divorciada, viuda.	Situación o condición civil de una persona. Variable independiente cualitativa de medición directa, nominal, que para su procesamiento será registrada de la siguiente manera: Soltera, casada, conviviente, divorciada, viuda.
Ocupación	Cualitativa	Directa	Ama de casa Estudiante Comerciante Otros	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: Ama de casa, Estudiante, Comerciante Otros	Se define como la actividad o trabajo en el que uno emplea el tiempo. Variable independiente cualitativa de medición directa, nominal, que se registrará en la ficha de la manera siguiente: Ama de casa, Estudiante, Comerciante, Otros

INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012

Religión	Cualitativa	Directa	No profesa Evangélica Católica Otros	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: No profesa, Evangélica, Católica, Otros	Credo o devoción por profesar o no algún tipo de religión. Variable independiente cualitativa de medición directa, nominal, expresada en la ficha: No profesa, Evangélica, Católica, Otros
Idioma	Cualitativa	Directa	Quechua Castellano Quechua-y-castellano Otros	Nominal	Mediante la entrevista.	Figurará en la ficha de recolección de datos: Quechua Castellano Quechua-y-castellano Otros	Lengua de un pueblo o nación o común a varios. Variable independiente cualitativa de medición directa, nominal, que se registrará en la ficha: Quechua, Castellano, Quechua-y-castellano, Otros
Grado de instrucción	Cualitativa	Directa	Iltrado Primaria-incompleta Primaria-completa Secundaria-incompleta Secundaria-completa Superior-No-Universitaria-incompleta Superior-No-Universitaria-completa Superior-Universitaria-incompleta Superior-Universitaria-completa	Ordinal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: Iltrado Primaria-incompleta Primaria-completa Secundaria-incompleta Secundaria-completa Superior-No-Universitaria-incompleta Superior-No-Universitaria-completa Superior-Universitaria-incompleta Superior-Universitaria-completa	Nivel educativo alcanzado por una persona. Variable independiente cualitativa de medición directa, ordinal, que se registrará en la ficha mediante: Iltrado; Primaria-incompleta; Primaria-completa; Secundaria-incompleta; Secundaria-completa; Superior-No-Universitaria-incompleta; Superior-No-Universitaria-completa; Superior-Universitaria-incompleta; Superior-Universitaria-completa.

INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012

Conocimiento sobre su embarazo	Cualitativa	Directa	No sabe Si sabe	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: -No sabía del embarazo -Si sabía del embarazo.	Conocimiento del hecho de estar embarazada. Variable independiente cualitativa de medición directa, nominal, que se registrará mediante: No sabe; Si sabe
Utilización de Métodos Anticonceptivos	Cualitativa	Directa	-No utiliza -Si utiliza: Inyectable, píldora, barrera, otros	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: -No utiliza -Si utiliza: Inyectable, píldora, barrera, otros	Acción y efecto de utilizar los métodos anticonceptivos. Variable cualitativa de medición directa, nominal, que se obtendrá por una pregunta directa, estará expresada en: - No utiliza; - Si utiliza: Inyectable, píldora, barrera, otros
Procedimiento empleado	Cualitativa	Indirecta	Legrado Uterino Instrumental, Aspirado Manual Endouterino.	Nominal	Mediante la revisión del Record Operatorio de cirugía menor de la historia clínica de la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos: -LUI(Legrado uterino instrumental) - AMEU (Aspirado Manual Endouterino)	Procedimiento empleado en el vaciado de la cavidad uterina. Variable cualitativa de medición indirecta, nominal, que se obtendrá mediante la revisión del Record Operatorio de cirugía menor de la historia clínica de la paciente, estará expresada en: -LUI(Legrado uterino instrumental) - AMEU (Aspirado Manual Endouterino)
Forma de ingreso de la paciente	Cualitativa	Directa	Modo de ingreso de la paciente: Consultorio externo, Referencia y Emergencia del Hospital.	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente y/o viendo la historia clínica (Hoja de consulta externa, de referencia de Centro de Salud u Hoja de emergencia del HAL)	Figurará en la ficha de recolección de datos: -Consultorio externo, -Referencia -Emergencia del Hospital	Procedencia de la paciente un establecimiento de salud, consultorio externo o de manera particular al momento de su ingreso al servicio de emergencia. Variable cualitativa de medición directa, nominal, que será registrada en la ficha de recolección de datos: Consultorio externo, Referencia y Emergencia del Hospital.

INCIDENCIA, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012

VARIABLE DEPENDIENTE	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL	DEFINICION OPERACIONAL
Tipo de aborto	Cualitativa	Indirecta	Los diferentes tipos de aborto:- Aborto retenido, Aborto frustrado, Aborto en curso, Aborto inevitable, Aborto incompleto, Aborto completo, Aborto séptico.	Nominal	Se obtendrá por la revisión de la valoración clínica del ginecólogo de guardia al momento de ingreso, en la historia clínica.	Se expresará en los diferentes tipos de aborto: Aborto retenido, Aborto frustrado, Aborto en curso, Aborto inevitable, Aborto incompleto, Aborto completo, Aborto séptico.	Tipo de aborto según las características de la patología al momento del ingreso. Variable cualitativa de medición indirecta, nominal, que se obtendrá por la revisión de la valoración clínica del ginecólogo de guardia al momento de ingreso. Expresada como: Aborto retenido, Aborto frustrado, Aborto en curso, Aborto inevitable, Aborto incompleto, Aborto completo, Aborto séptico.
Anemia	Cuantitativa	Indirecta	Resultado de laboratorio del análisis de sangre, las que serán agrupadas en: Anemia leve Anemia moderada Anemia severa.	De razón	Revisión del resultado de laboratorio.	Se expresará: Anemia leve: 11-12.9 gr/dl Anemia moderada: 9-10.9 Anemia severa: <=8.9 gr/dl	Definida como la concentración baja de hemoglobina en la sangre, se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en sangre menor del valor normal; Valor normal de hemoglobina en altura en mujeres: 13-15gr/dl, Anemia leve: 11-12.9 gr/dl, Anemia moderada: 9-10.9 gr/dl, Anemia severa: <= 8.9 gr/dl. Variable cuantitativa de medición indirecta, de razón. Estará registrada en la ficha: -No Anemia; - Si anemia: leve, moderada y severa.

INCIDENCIA, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012

VARIABLE INTERVINIENTE	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL	DEFINICION OPERACIONAL
Fecha de última regla (FUR)	Cualitativa	Directa	Día/Mes/Año	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente sobre su FUR.	Figurará en la ficha: Día/Mes/Año	Fecha del primer día de la última regla o menstruación normal expresada en Día/mes/año. Variable cualitativa de medición directa y nominal.
Edad Gestacional (EG) por FUR	Cuantitativa	Indirecta	En semanas, días	De razón	Se obtiene mediante el cálculo de los días de amenorrea a partir de la FUR	Figurará en la ficha de recolección de datos: Edad gestacional (EG), y se expresará en semanas, días.	Edad en días y/o semanas obtenidas por cálculo a partir de la fecha última de regla (FUR). Variable cuantitativa de medición indirecta, de razón, que se obtendrá por cálculo de EG.
Fórmula Obstétrica	Cualitativa	Directa	Fórmula obstétrica: Número de gestaciones, partos a término, partos pre-término, abortos, hijos vivos.	Nominal	Mediante una pregunta directa a la paciente.	Figurará en la ficha de recolección de datos y se expresará en: GaPbcde	Fórmula estandarizada, composición de un conjunto de antecedentes Gineco-Obstétricos de la paciente mediante símbolos alfabéticos, expresada en GaPbcde: G=Gestas, P=Partos, a=Número de gestaciones, b=partos a término, c=partos-pre-término, d=abortos, e=hijos vivos. Variable cualitativa de medición directa, nominal.

3.8.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.8.1.- PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Se elaboró una Ficha de Recolección de Datos de acuerdo a los objetivos propuestos y las variables en estudio, ficha que también incluyó la información obtenida a partir de la entrevista y la revisión de la historia clínica para los exámenes auxiliares.

3.8.2.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

- Se obtuvo la autorización de la Dirección General del Hospital Antonio Lorena del Cusco.
- Autorización del Jefe de la Unidad de Desarrollo del Potencial Humano.
- Autorización del Jefe del Departamento y servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco.
- Autorización de las pacientes que deseen participar en el estudio en el periodo comprendido.
- Y finalmente se llenaron las fichas de recolección de datos.

3.9.- PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados electrónicamente utilizando los programas informáticos Excel, elaborándose así un banco de datos y que fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS 20.

Debido al tipo de estudio, en el procesamiento de datos se tomaron en cuenta:

- Frecuencias
- Rangos
- Medianas y medias
- Tablas de contingencia

CAPITULO IV

RESULTADOS

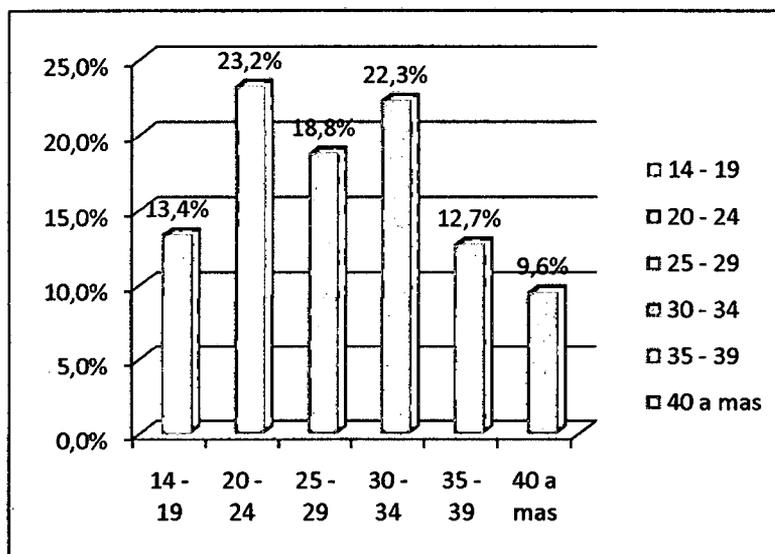
RESULTADOS

El estudio realizado de forma prospectiva en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo Julio – Diciembre de 2012 estuvo conformado por 314 pacientes con el diagnóstico de aborto, se encontraron resultados interesantes, que a continuación veremos.

TABLA N° 1 Y GRAFICO N° 1

Edad de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

EDAD DE LA PACIENTE	
Media	28.35
Mediana	28.50
Desv. típ.	7.549
Mínimo	14
Máximo	47

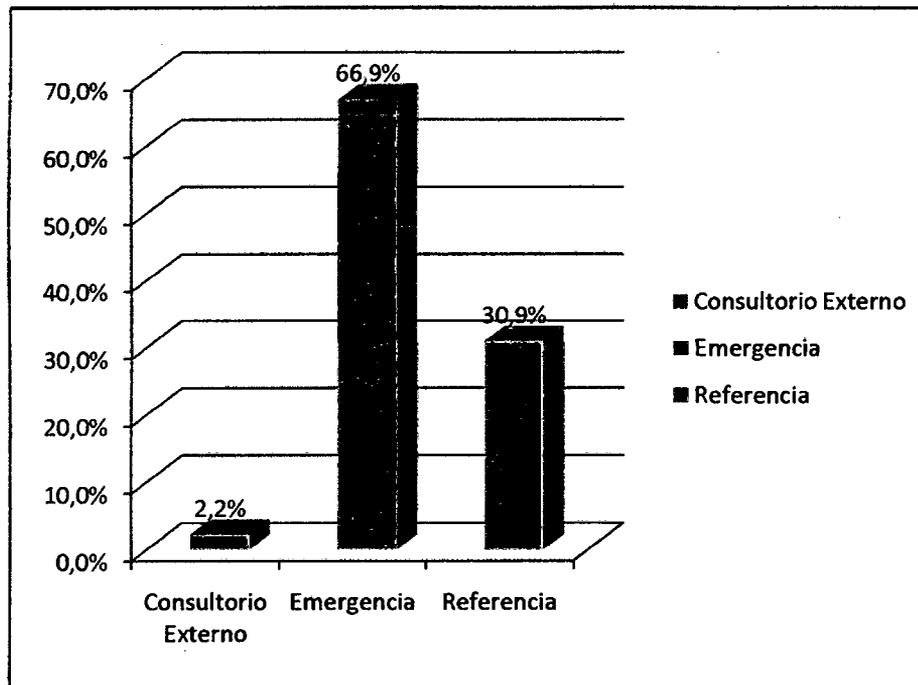


Fuente: Ficha de recolección de datos

La mayor parte de las pacientes que presentaron el aborto presentaron edades que se ubicaron entre los 20 – 24 y 30 – 34 años, los menores porcentajes correspondieron a pacientes con edades por encima de los 35 años. La edad media de presentación del aborto fue de 28.35 años con una desviación típica de 7.54

GRAFICO N° 2

Forma de ingreso de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



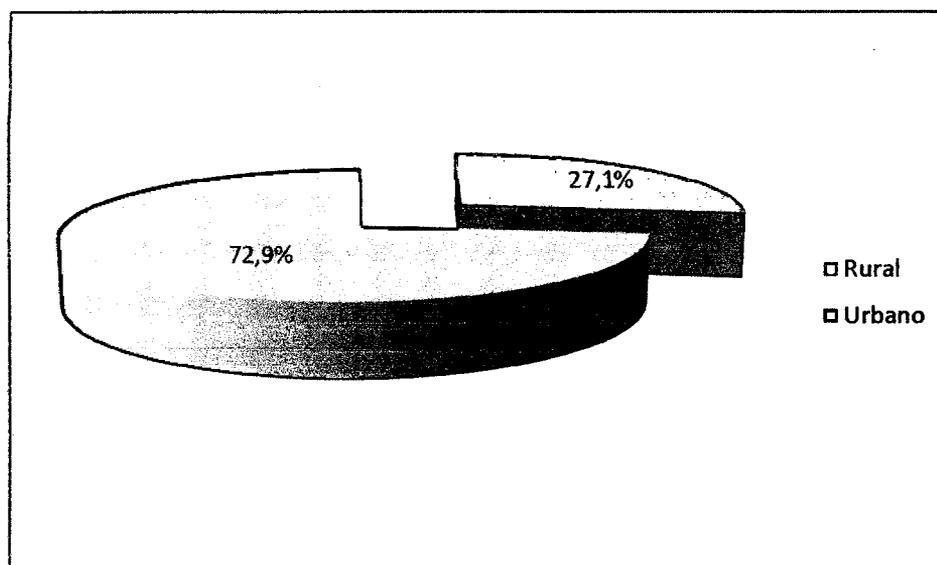
Fuente: Ficha de recolección de datos.

La mayoría de ingresos a hospitalización del servicio de Ginecología con el diagnóstico de aborto fueron por el servicio de emergencia con el 66.9% y el menor porcentaje correspondió a pacientes que acudieron por consultorio externo.

En las pacientes en las que ya comienza el cuadro clínico de aborto acuden inmediatamente a los hospitales, constituyendo así el servicio de emergencia la principal vía de ingreso de estas pacientes.

GRAFICO N° 3

Procedencia de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

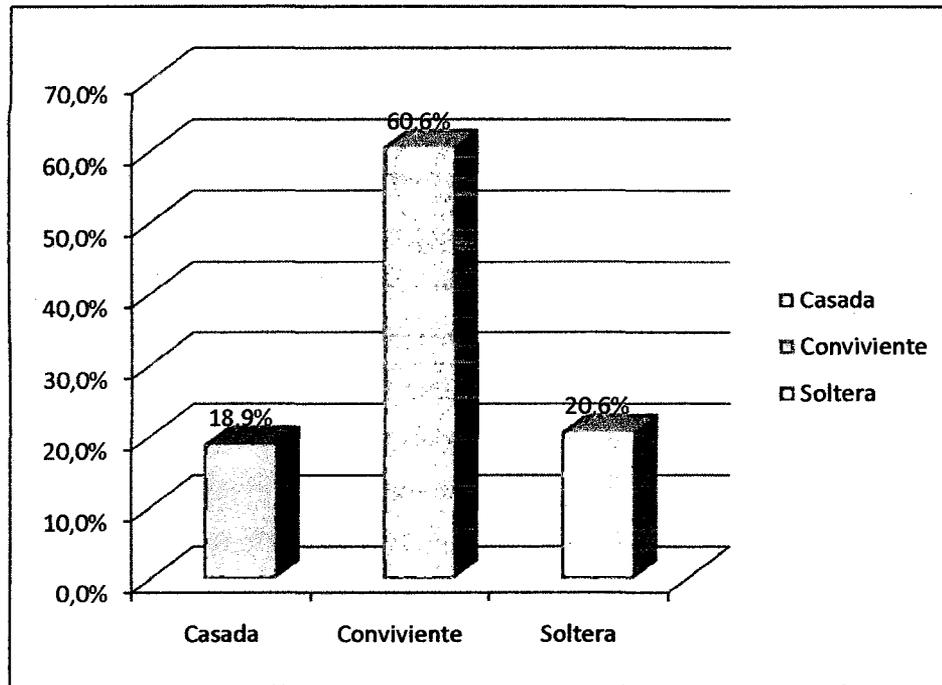


Fuente: Ficha de recolección de datos

El 72.9% de las pacientes procedieron del área urbana, representado así el mayor porcentaje en comparación con un 27.1% que correspondían al área rural, sabiendo que la mayor cantidad de pacientes habitan en el área urbana de nuestra ciudad motivo por el cual se evidencia el mayor porcentaje.

GRAFICO N° 4

Estado civil de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

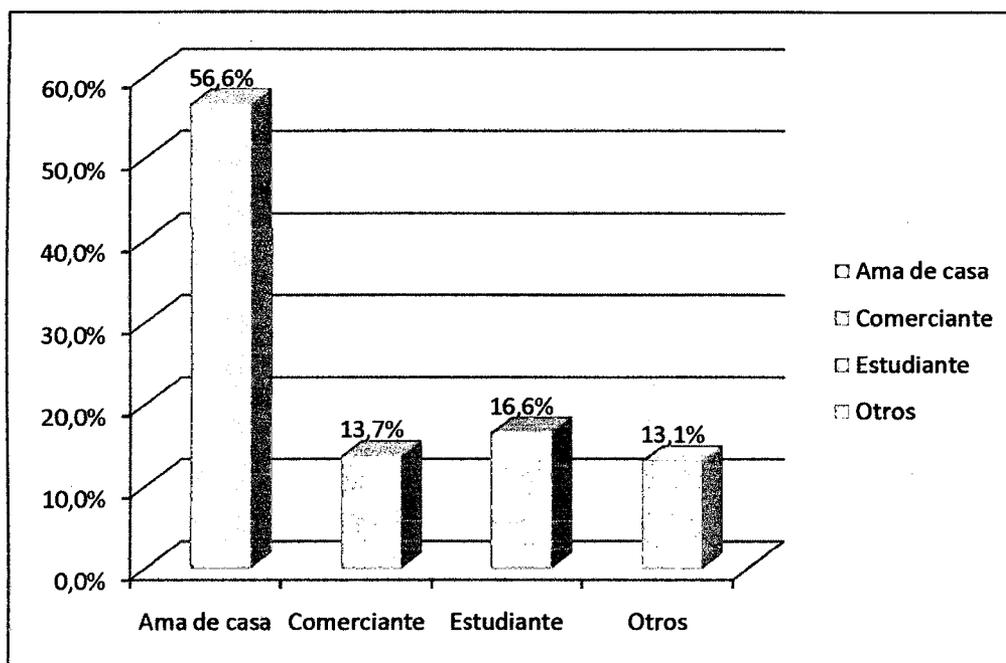


Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que las pacientes con estado civil convivientes representaron el mayor porcentaje con el 60.6% y la suma de porcentajes de las casadas y solteras correspondió al 39.5%.

GRAFICO N° 5

Ocupación de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

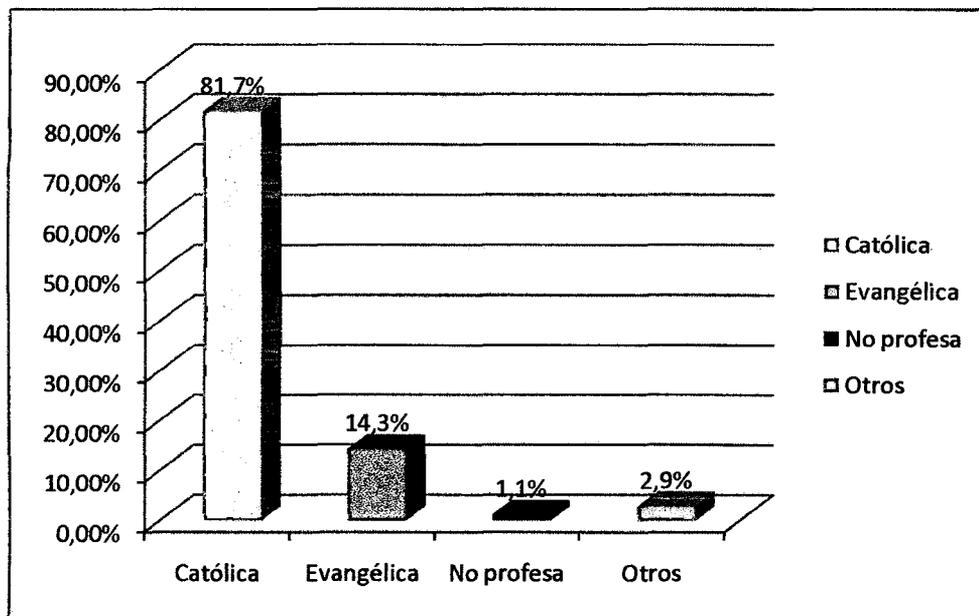


Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que más del 50% de las pacientes tenían como ocupación el de ser amas de casa, un interesante 16.6% refirieron estar estudiando al momento su ingreso al hospital y las pacientes dedicadas a algún tipo de comercio ocuparon el tercer lugar.

GRAFICO N° 6

Religión de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



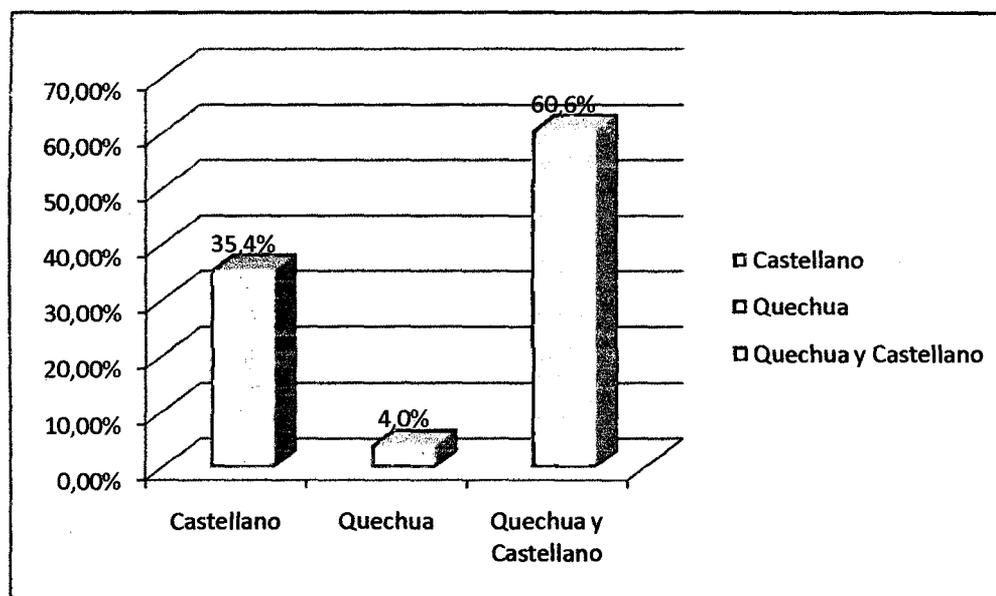
Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que el mayor porcentaje estuvo representado por las pacientes que pertenecían a la religión católica, y con el menor porcentaje estuvieron las pacientes que refirieron no profesar religión alguna.

Estas cifras definitivamente corresponden a que la mayor parte de la población de nuestro medio pertenecen a la religión católica.

GRAFICO N° 7

Idioma de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que la mayor cantidad de las pacientes tuvieron como idioma bilingüe al quechua y castellano, seguidamente se obtuvo que el 35.4% hablaban castellano y el menor porcentaje estuvo representado por las pacientes que sólo tenían al quechua como idioma.

Importantes cifras que revelan que todavía el idioma quechua ocupa un lugar importante.

CUADRO N° 2

Grado de instrucción de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

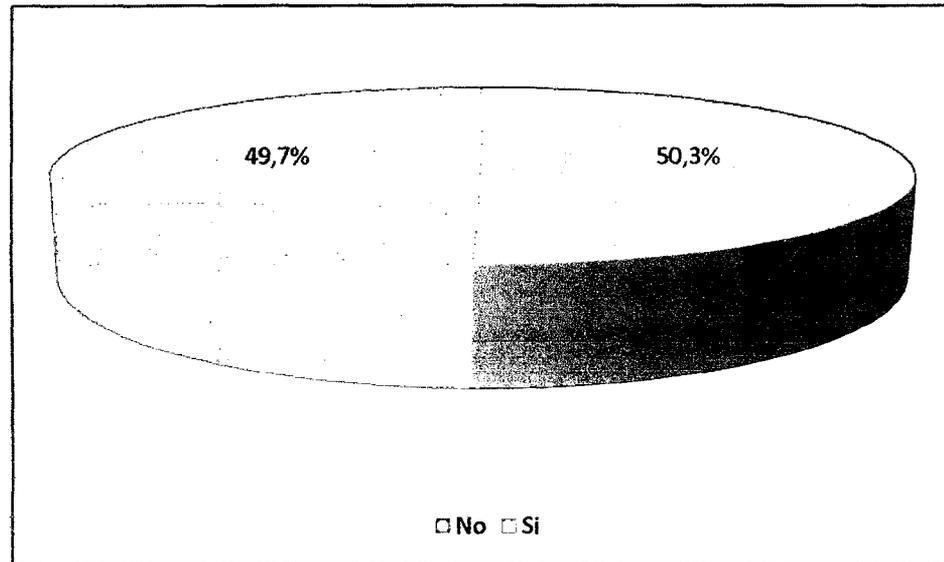
	Frecuencia	Porcentaje
Iletrado	14	4,6%
Primaria incompleta	31	9,7%
Primaria completa	27	8,6%
Secundaria incompleta	65	20,6%
Secundaria completa	95	30,3%
Superior No Universitaria incompleta	25	8,0%
Superior No Universitaria completa	29	9,1%
Superior Universitaria incompleta	16	5,1%
Superior Universitaria completa	13	4,0%
Total	314	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El mayor porcentaje de las pacientes con un poco más del 50% estuvieron representadas por las pacientes con estudios secundarios, seguidas por el 26.2% de las pacientes que tuvieron algún grado de estudios superiores.

GRAFICO N° 8

Conocimiento sobre su embarazo de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



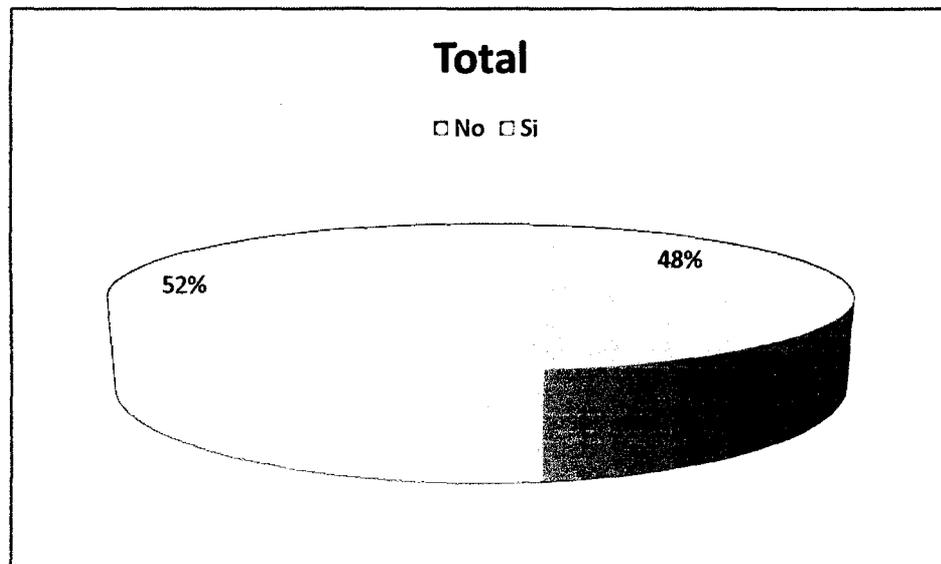
Fuente: Ficha de recolección de datos

El 50.3% de las pacientes que participaron en el estudio desconocían que estaban embarazadas, pero con resultados casi similares el 49.7% dijeron conocer sobre su estado de embarazo.

Llama la atención que casi la mitad de las pacientes desconocían sobre su estado de embarazo.

GRAFICO N° 9

Conocimiento sobre el aborto, de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

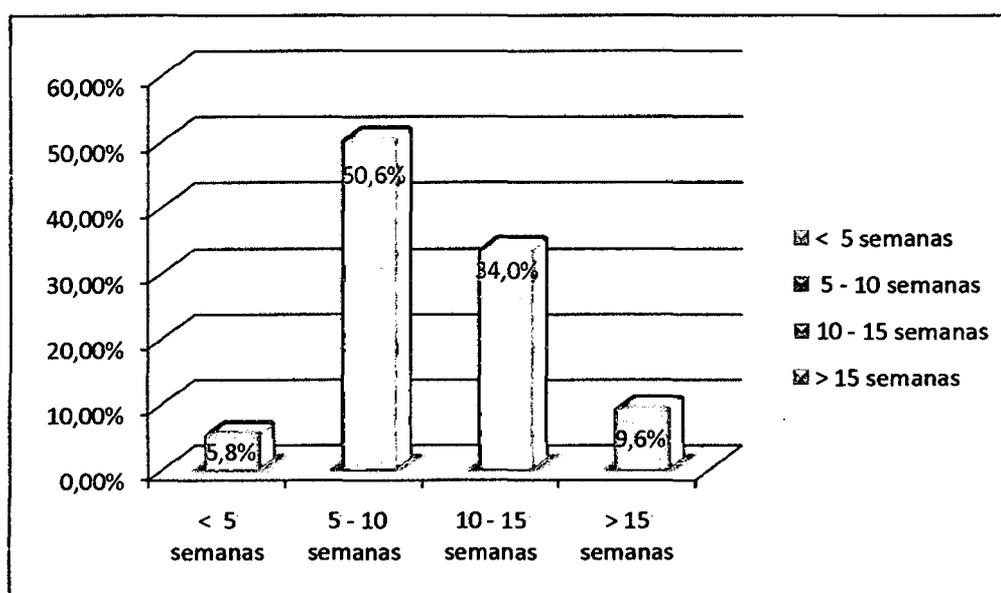
El mayor porcentaje de las pacientes tuvieron algún grado de conocimiento sobre lo que significa el aborto.

Muchas de las pacientes que acudieron con el diagnóstico de aborto a pesar de tener conocimiento sobre esta enfermedad refirieron que no era su primer episodio de aborto.

CUADRO N° 3 Y GRAFICO N° 10

Edad gestacional a la que se presentó el aborto en las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

EDAD GESTACIONAL	
Media	10.1269
Mediana	9.4000
Desv. típ.	3.3640
Mínimo	1.30
Máximo	21.40



Fuente: Ficha de recolección de datos

La edad gestacional promedio a la que se presentó el aborto fue de 10.12 semanas con una desviación típica de 3.36. El 84.6% de las pacientes presentaron el aborto entre las semanas de 5 – 15 de edad gestacional y los menores porcentaje estuvieron comprendidas entre las edades gestacionales menores a 5 semanas y mayores a 15semanas.

CUADRO N° 4

Número de gestaciones de la pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

	Frecuencia	Porcentaje
1	81	25,7 %
2	65	20,6 %
3	61	19,4 %
4	45	14,3 %
5	27	8,6 %
6	11	3,4 %
7	22	6,9 %
8	4	1,1 %
Total	314	100,0 %

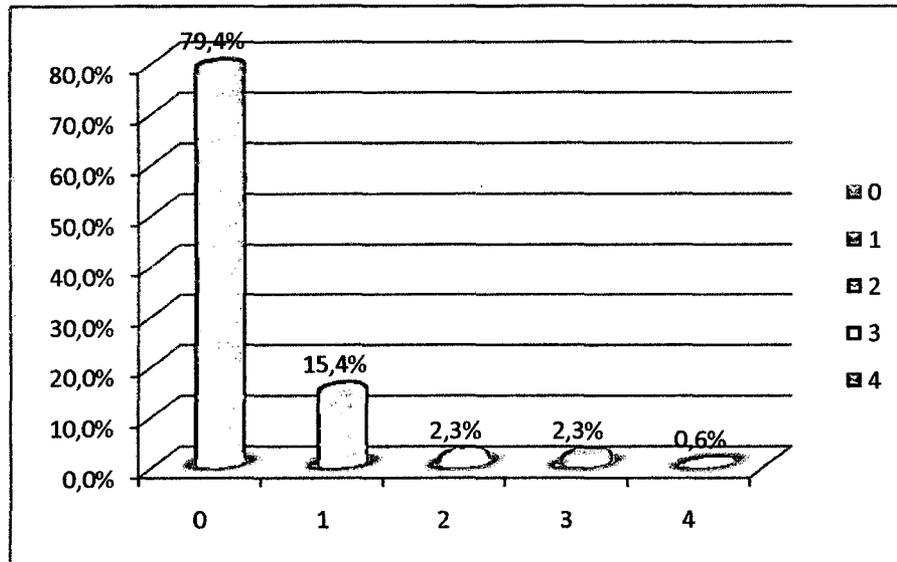
Fuente: Ficha de recolección de datos

Del estudio realizado se encontró que en el 25.7% de las pacientes era su primer embarazo y con el 53.7% correspondieron a pacientes multigestas.

Lo que llama la atención es que el aborto se presentó en el mayor porcentaje en las pacientes que refirieron que era su primer embarazo.

GRAFICO N° 11

Abortos previos de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



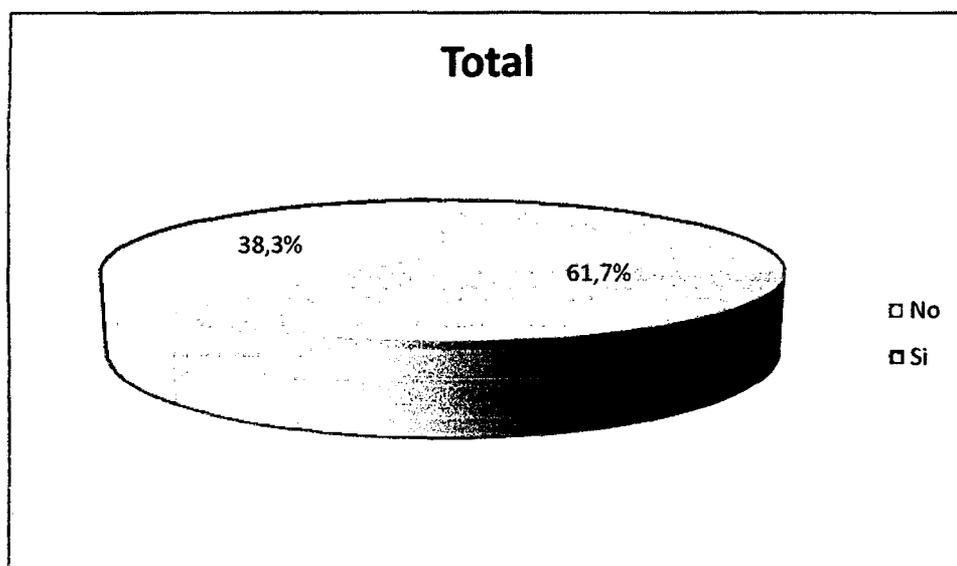
Fuente: Ficha de recolección de datos

Casi el 80% del total de las pacientes que participaron del estudio no habían presentado aborto alguno anteriormente y el 20.6% ya habían presentado por lo menos un episodio anterior de aborto.

Llama la atención que la quinta parte de las pacientes a pesar de haber presentado un episodio de aborto anterior volvieron a presentar un nuevo episodio.

GRAFICO N° 12

Utilización de Métodos anticonceptivos de las paciente con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



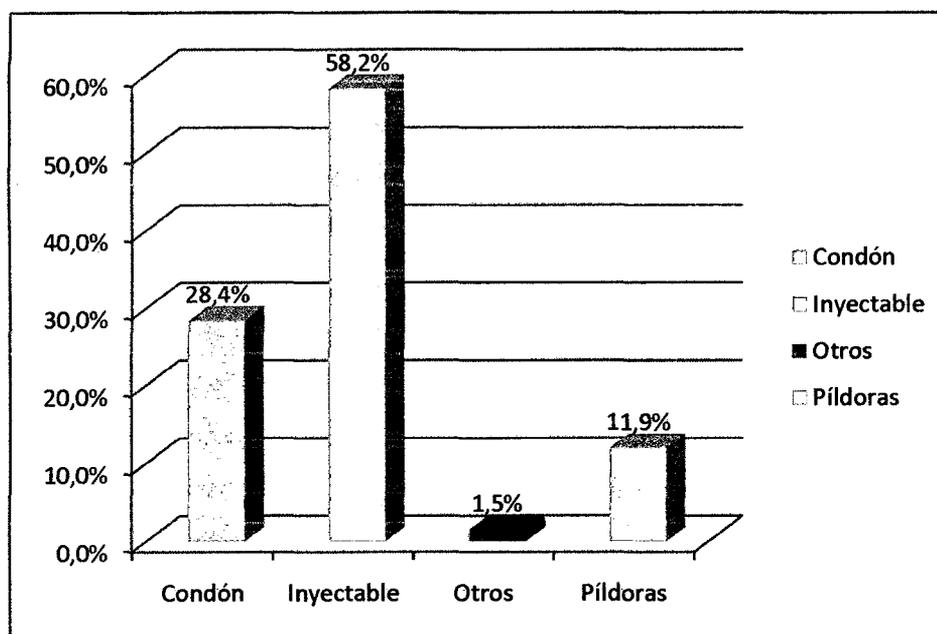
Fuente: Ficha de recolección de datos

Más del 60% de las pacientes que participaron del estudio no utilizaron ningún método anticonceptivo, por consiguiente estuvieron expuestas a embarazos que finalmente terminaron en abortos.

Importante entonces promover el uso de métodos anticonceptivos como medida de prevención.

GRAFICO N° 13

Tipo de Método anticonceptivo utilizado por las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

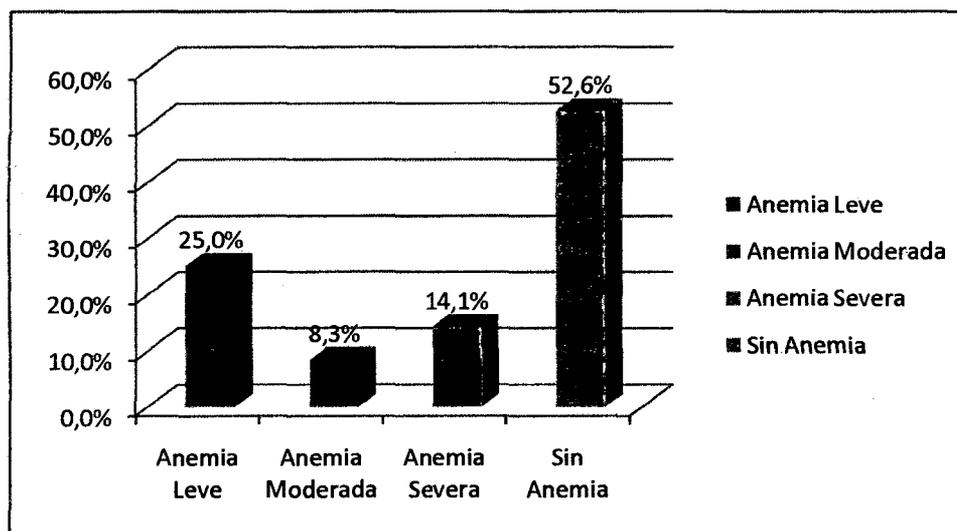


Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes que utilizaron algún tipo de método anticonceptivo, se obtuvo que casi el 60% tuvieron como método anticonceptivo de elección al inyectable, en segundo lugar el preservativo como método de anticoncepción.

GRAFICO N° 14

Grado o no de Anemia, con la que acuden las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

El mayor porcentaje de pacientes con el 52.6% no presentaron anemia, la cuarta parte de las pacientes acudieron al hospital con una anemia de tipo leve y un importante 14.1% presentaron una anemia severa.

La presentación de anemia se debe muchas veces por la demora en acudir al hospital de manera inmediata con pérdidas sanguíneas que pueden exacerbarse progresivamente.

CUADRO N° 5

**Tipo de Aborto de las pacientes en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio –
Diciembre de 2012**

	Frecuencia	Porcentaje
Aborto incompleto	217	69,1 %
Aborto frustrado	44	14,0 %
Aborto en curso	21	6,7 %
Aborto séptico	12	3,8 %
Aborto inevitable	10	3,2 %
Aborto completo	2	0,6 %
Aborto retenido	8	2,5 %
Total	314	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que el aborto incompleto es el tipo de aborto que se presentó con más frecuencia, seguido por el aborto frustrado y con el 16.9% restante los otros tipos de aborto.

CUADRO N° 6

Procedimiento empleado en las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

Procedimiento	EDAD GESTACIONAL		Total General
	< 12 sem.	> 12 sem.	
Legrado Uterino Instrumental	183	66	249
	75.0%	97.1%	79.81%
Aspiración Manual Endouterina	61	2	63
	25.0%	2.9%	20.19%
	244	68	312
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes con indicación real de Aspirado Manual Endouterino se obtuvo que en sólo el 25% de las pacientes se realizó dicho procedimiento.

También se aprecia que en general el Legrado Uterino Instrumental es el procedimiento de elección empleado en el Hospital Antonio Lorena.

CUADRO N° 7

Grado de anemia según el tipo de Aborto de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

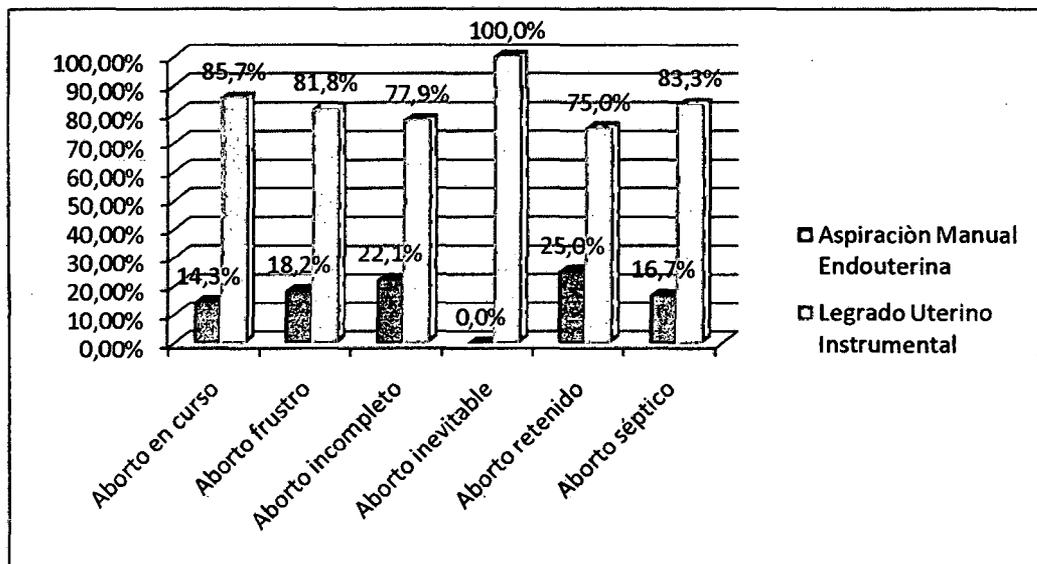
	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa	Sin Anemia	Total
Aborto en curso	23.08%	7.69%	0.00%	69.23%	100.00%
Aborto frustrado	8.33%	0.00%	16.67%	75.00%	100.00%
Aborto incompleto	29.59%	11.22%	10.20%	48.98%	100.00%
Aborto inevitable	60.00%	20.00%	0.00%	20.00%	100.00%
Aborto retenido	16.67%	0.00%	0.00%	83.33%	100.00%
Aborto séptico	10.00%	0.00%	80.00%	10.00%	100.00%
Total	25.00%	8.33%	14.10%	52.56%	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que de todos los abortos sépticos el 80% de las pacientes presentaron una anemia severa, también se aprecia que de todos los abortos inevitables el 60% presentaron una anemia leve; estos dos grupos son los que con el mayor porcentaje presentaron un tipo de anemia, a diferencia del resto de abortos que en el mayor porcentaje no presentaron anemia.

GRAFICO N° 15

Procedimiento empleado según el tipo de aborto en las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos

El procedimiento de elección más utilizado para los diferentes tipos de aborto fue el Legrado Uterino Instrumental.

Aún no se practica idealmente el procedimiento de Aspirado Manual Endouterino sabiendo de todas las ventajas de este procedimiento y las recomendaciones de las Guías de manejo del aborto.

CUADRO N° 8

Edad y tipo de Método Anticonceptivo empleado por las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

Edades	Condón	Inyectable	Píldoras	Otros	Total
14 - 19	50.00%	37.50%	12.50%	0.00%	100.00%
20 - 24	25.00%	68.75%	6.25%	0.00%	100.00%
25 - 29	33.33%	41.67%	25.00%	0.00%	100.00%
30 - 34	27.78%	66.67%	5.56%	0.00%	100.00%
35 - 39	14.29%	57.14%	14.29%	14.29%	100.00%
> 40	16.67%	66.67%	16.67%	0.00%	100.00%
Total	28.36%	58.21%	11.94%	1.49%	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que las pacientes mayores de 20 años usaron como método anticonceptivo el inyectable preferentemente, en cambio las pacientes comprendidas entre las edades de 14 – 19 años preferían el preservativo como método de anticoncepción en la mitad de los casos.

Actualmente el uso de preservativos constituye una alternativa preferente en el grupo de las adolescentes lo cual se evidencia en el estudio.

CUADRO N° 9

Grado de Instrucción y tipo de Método Anticonceptivo empleado por las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, Julio – Diciembre de 2012

	Condón	Inyectable	Píldoras	Otros	Total
Iletrado	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100%
Primaria completa	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	100%
Primaria incompleta	33.33%	66.67%	0.00%	0.00%	100%
Secundaria completa	19.05%	57.14%	23.81%	0.00%	100%
Secundaria incompleta	16.67%	83.33%	0.00%	0.00%	100%
Superior No Universitaria completa	71.43%	28.57%	0.00%	0.00%	100%
Superior No Universitaria incompleta	12.50%	62.50%	12.50%	12.50%	100%
Superior Universitaria completa	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100%
Superior Universitaria incompleta	75.00%	25.00%	0.00%	0.00%	100%
Total	28.36%	58.21%	11.94%	1.49%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El estudio demuestra que el 100% de las pacientes sin grado de instrucción alguno utilizaron como método anticonceptivo el inyectable, en cambio el 100% de las pacientes con estudio superior universitario completo utilizaron el preservativo como método anticonceptivo de elección.

CAPITULO V

DISCUSION

DISCUSION

En cuanto a la incidencia del aborto para el periodo Julio – Diciembre de 2012 en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, se encontró a 316 pacientes, esta cifra si se extrapolara para medio año más sería de “**632 casos**” lo cual se aproxima a la cantidad que la **Dirección de Estadística e Informática y Telecomunicaciones de la DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO**.⁽¹²⁾ informó para el año 2011 con un total de **592** casos de abortos para el Hospital Antonio Lorena.

En cuanto a la edad de presentación del aborto, la edad media estuvo dada por 28.35 años con una edad máxima de 47 años y una edad mínima de 14 años, con una desviación típica de 7.54 años que se aproxima al estudio de **Hijona J.**⁽¹³⁾ en cuyo estudio la edad media de presentación fue de 31.4 años y una desviación típica de 5.882 años. En nuestro estudio la mayor parte de las pacientes que acudieron con aborto se ubicaron entre las edades de 20 – 24 años representando el 23.2% y el menor porcentaje con el 9.6% con edades por encima de los 40 años, semejante resultado encontró el estudio de **Cueva E.**⁽¹⁹⁾ que obtuvo como mayor porcentaje el 26.3% del total con edades comprendidas entre los 20 – 24 años.

La mayoría de las pacientes hospitalizadas ingresaron al servicio de Ginecología por el servicio de Emergencia con el 66.9%, esto podría deberse a que iniciado el cuadro clínico (sangrado vaginal, dolor abdominal) empeora progresivamente constituyendo así el motivo de consulta por emergencia de manera inmediata.

En nuestro estudio el mayor porcentaje de las pacientes con el 72.9%, procedieron del área urbana de la misma manera en el estudio de **Cueva E.**⁽¹⁹⁾ el mayor porcentaje con el 59% estuvo representado por las pacientes que provinieron del área urbana.

El estudio demuestra que el estado civil con el mayor porcentaje estuvo representado por las convivientes con el 60.6%, seguidas de las pacientes solteras con el 20.6% y con el 18.9% se ubicaron las casadas, porcentajes casi aproximados a los encontrados por **Charalla J.**⁽²⁰⁾ en cuyo estudio encontró que el 64% eran convivientes, 23% solteras y el 13% restante eran casadas. Este mayor porcentaje se debería a que básicamente en nuestra sociedad el tema de la convivencia ha pasado a ser la forma de vida de la mayoría de las parejas.

El estudio demuestra que la mayor parte de las pacientes tuvieron como ocupación el de ser amas de casa con el 56.6%, que coincide con los estudios de *Hernández P, Santos E.*⁽¹⁴⁾ con el 68.5% e *Hijona J.*⁽¹³⁾ con el 31.1%. Conociendo que todavía existe un elevado porcentaje de personas incluidas mujeres sin estudios y con desempleo, y a esto en muchos casos se debe sumar el pensamiento machista de los varones que a veces impiden el desenvolvimiento laboral de sus parejas.

Este estudio demuestra que el 81.7% de las pacientes pertenecían a la religión católica seguidas por el 14.3% que profesaban la religión evangélica; la cual es contrastada por el estudio de *Hernández P, Santos E.*⁽¹⁴⁾ quien encontró que las pacientes en su mayoría no pertenecieron a ninguna religión con el 64.3% y sólo el 35.7% pertenecieron a la religión católica; estos porcentajes discordantes con nuestro estudio podrían explicarse porque el estudio de *Hernández P, Santos E.*⁽¹⁴⁾ fue realizado en adolescentes, donde todavía constituyen en muchos casos una población rebelde en diferentes pensamientos inclusive en creencias religiosas, una población voluble de ideas fácilmente.

El presente estudio demuestra que la mayor cantidad de pacientes con el 60.6% son bilingües (quechua y castellano), que es similar al porcentaje obtenido en el estudio local de *Cueva E.*⁽¹⁹⁾ quien encontró el 53.8% de población bilingüe. Debe de satisfacernos que aún en nuestro medio se siga practicando el quechua, recordando que es nuestro idioma ancestral.

El mayor porcentaje de las pacientes con aborto tuvieron estudios de secundaria completa representado por el 30.3%, las personas con estudios universitarios sumaron el 9.1% a diferencia del estudio realizado por *Charalla J.*⁽²⁰⁾ quien encontró que el mayor porcentaje (43%) de la población estudiada tuvieron educación superior universitaria.

El presente estudio llega a determinar que más de la mitad de las pacientes con el 50.3% desconocían que estaban embarazadas, cifra alarmante que debería llevar a la capacitación de nuestras autoridades de salud en cuanto al tema de embarazo y aborto.

El estudio encontró que el 52% de las pacientes tuvieron algún grado de conocimiento sobre lo que significa el aborto, resultado mayoritario que se parece al de *Cueva E.*⁽¹⁹⁾ con el 38.2% de las pacientes que también tuvieron conocimiento sobre el aborto, muchas de estas pacientes ya habían tenido un episodio anterior de aborto a pesar de tener conocimiento sobre lo que es el aborto y los riesgos que pudiere traer.

En cuanto a la edad gestacional el estudio realizado encontró que la media para la edad gestacional a la que se presentó el aborto fue de 10.12 semanas con una desviación típica de \pm 3.36 semanas, resultado muy similar al estudio de **Hernández P, Santos E.**⁽¹⁴⁾ quien encontró en su estudio que el promedio de las semanas de gestación en la que se presentó el aborto fue de 11 ± 3.57 semanas, estudios que coinciden con lo que la literatura, **Ruiz A.**⁽²¹⁾ refiere que entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas (principalmente las trisomías) con un 50-60% de los casos. Además el estudio realizado en el Hospital Antonio Lorena demuestra también que el 50.64% de las pacientes presentaron el aborto entre las semanas de 5 – 10 de edad gestacional, coincidentemente **Charalla J.**⁽²⁰⁾ en cuyo trabajo encontró al 66% de la población total con diagnóstico de aborto también entre las 5 – 10 semanas de edad gestacional, pero para el menor porcentaje en nuestro estudio se encontró al 5.77% de la población estudiada con edades gestacionales menores a 5 semanas a diferencia de **Charalla J.**⁽²⁰⁾ cuyo menor porcentaje con el 4% corresponde a edades gestacionales entre 16 – 20 semanas.

Del estudio realizado se encontró que el mayor porcentaje con el 25.7% del total de las pacientes fueron primigestas, también **Charalla J.**⁽²⁰⁾ en su estudio encontró con el mayor porcentaje con el 39% de las pacientes fueron primigestas y en el estudio de **Hernández P, Santos E.**⁽¹⁴⁾ se incrementa este porcentaje al 70.9%; importante reconocer que el mayor porcentaje son pacientes que debutan con aborto y que se debería hacer en ellas (adolescentes) una concientización real del problema, porque se ha demostrado que este tipo de población son susceptibles de recaídas para este problema de salud pública.

Nuestro estudio evidencia que el 20.6% de las pacientes habían presentado abortos previos, a comparación del estudio de **Doblado N, De la Rosa I, Junco A.**⁽¹⁶⁾ quienes encontraron casi el doble con el 39,6 % de su población estudiada, que ya habían tenido abortos previos, esta discordancia de porcentajes podría deberse a que el estudio de **Doblado N, De la Rosa I, Junco A.**⁽¹⁶⁾ fue realizado en población adolescente, sabiendo que este tipo de pacientes son más vulnerables de sufrir abortos, no habiendo una conciencia real de esta patología y en muchos casos son pacientes en las que se repite el mismo cuadro de aborto tal y como lo demuestra **Doblado N, De la Rosa I, Junco A.**⁽¹⁶⁾

El estudio demostró que el 61.7% de las pacientes no utilizaron ningún método anticonceptivo y de las pacientes que sí utilizaban métodos anticonceptivos el 58.2% tenían al inyectable como método anticonceptivo seguido por el preservativo con el 28.4%. Precisamente este mayor porcentaje de personas que no utilizaron ningún método anticonceptivo se explicaría porque un poco más de la mitad de las pacientes desconocían totalmente sobre el tema del aborto y con ello las implicancias que pudiere tener, por este motivo no hay una conciencia real del verdadero problema, tampoco de como poder prevenirlo.

El estudio demostró que la mayoría de las pacientes representadas por el 52.6%, no presentaron anemia, en cambio el estudio de **Charalla J.**⁽²⁰⁾ no encontró anemia en el 75% de su población, esta diferencia de porcentajes podría explicarse a que el estudio nuestro se realizó en altura con mayores metros sobre el nivel del mar, donde se sabe que los niveles de hemoglobina a estas alturas son mayores debido a una adaptación fisiológica en donde los niveles normales de hemoglobina son mayores a diferencia de valores normales de hemoglobina a nivel del mar, caso del estudio de **Charalla J.**⁽²⁰⁾ realizado en la ciudad de Abancay.

El estudio demuestra que el aborto incompleto fue el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con el 69.1%, seguido por el aborto frustrado con el 14.0%, el menor porcentaje estuvo representado por el aborto completo con el 0.6%; **Charalla J.**⁽²⁰⁾ también encontró en su estudio que el tipo de aborto que se presentó con más frecuencia fue el Aborto incompleto con un 88% del total de casos, seguido del Aborto frustrado con 7% y **Hernández P, Santos E.**⁽¹⁴⁾ también con el 56.3% de casos encontrados para el aborto incompleto. El aborto incompleto es el tipo de aborto de presentación más frecuente debido a que los diferentes tipos pueden pasar a ser incompletos según la evolución en el tiempo de la patología.

En el presente estudio el Legrado Uterino Instrumental fue el procedimiento más empleado con 249 casos representando el 79.81% y con 63 casos que representan el 20.19% se realizó el Aspirado Manual Endouterino, en dos pacientes no se realizó procedimiento alguno por el tipo de aborto (Aborto completo), estos porcentajes corresponden para el periodo Julio - Diciembre 2012; estas cifras obtenidas son concordantes con la base de datos de la **Dirección de Estadística e Informática y Telecomunicaciones de la DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO**⁽¹²⁾ donde se registra que el procedimiento más empleado en el Hospital Antonio Lorena el año 2011 fue el Legrado Uterino Instrumental con un número de 457 en comparación con el Aspirado Manual Endouterino con 135. Debiéndose recordar que la verdadera indicación

del Aspirado Manual Endouterino es para edades gestacionales menores de 12 semanas, en el Hospital Antonio Lorena sólo se realizaron 61 Aspirados Manuales Endouterinos representando sólo el 25% de la indicación real del empleo de este procedimiento. Este menor porcentaje podría ser a que en muchos casos es el dominio, comodidad y/o destreza del especialista para el procedimiento, infiriendo que la mayor cantidad de especialistas prefieren el uso del Legrado Uterino Instrumental.

El estudio demuestra que la mayoría de pacientes no presentaron anemia para los diferentes tipos de aborto, excepto para el aborto inevitable con el 60% del total con una anemia leve y para el aborto séptico con el 80% del total con una anemia severa. Llama la atención que la mayoría de los abortos sépticos presentaron anemia severa y podría explicarse que hubo un mayor tiempo de sangrado con ello mayor tiempo de exposición y contaminación llevando a este tipo de aborto.

De la asociación de variables procedimiento empleado según el tipo de aborto, en todos los tipos de aborto se utilizó el Legrado Uterino Instrumental en la mayoría de casos, infiriéndose así que no hay preferencia por el uso del Legrado Uterino Instrumental o el Aspirado Manual Endouterino según el tipo de aborto.

De la asociación de variables procedimiento empleado según la edad de la paciente se evidenció que el mayor porcentaje de los Aspirados Manuales Endouterinos se realizó en las pacientes de menores edades, pacientes con edades entre los 14 y 24 años. *¿Se podría decir que hay aparente tendencia al empleo del Aspirado Manual Endouterino en pacientes con edades por debajo de los 24 años?*

De la asociación de variables edad y tipo de método anticonceptivo, el estudio demuestra que la mitad de las pacientes comprendidas entre las edades de 14 – 19 años, tuvieron como método de anticoncepción de elección al preservativo, en cambio en todos los demás grupos etáreos el inyectable fue el método anticonceptivo de preferencia. Es fácil pensar que la mayor parte de la población adolescente prefiere el uso de un método anticonceptivo de fácil adquisición y sin muchas complicaciones como lo es el preservativo, lo cual se demuestra en nuestro estudio con este grupo de edad comprendido entre los 14 – 19 años.

De la asociación de variables grado de instrucción y tipo de método anticonceptivo se obtuvo que en el 100% de los casos de las pacientes sin ningún grado de instrucción, tuvieron como método anticonceptivo al inyectable, en cambio en más del 75% de las pacientes con algún grado de estudios universitarios tuvieron como método anticonceptivo el preservativo. Es sabido que muchos de los programas de planificación familiar del Estado, en pacientes que no tienen ningún grado de instrucción (en su mayoría personas del área rural) hasta en muchas veces son presionadas para el uso del inyectable y en muchos casos la paciente ni siquiera sabe del porque ni para qué se les coloca dicha inyección.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La incidencia encontrada en el presente estudio para el periodo Julio – Diciembre 2012 fue de 316 pacientes con el diagnóstico de aborto.
2. La mayoría de las pacientes con diagnóstico de aborto ingresaron por el servicio de emergencia.
3. En cuanto a las características epidemiológicas: La edad promedio a la que se presentó el mayor número de abortos fue de 28.35 años; la mayoría de pacientes eran procedentes del área urbana; la mayoría de pacientes tuvieron la condición de ser convivientes; la ocupación que más se presentó fue la de ser amas de casa; el mayor porcentaje de las pacientes pertenecían a la religión católica; la mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de aborto fueron bilingües (quechua y castellano); el grado de instrucción predominante fue el de secundaria completa; más de la mitad de las pacientes desconocían que estaban embarazadas y casi la mitad de las pacientes no tenían conocimiento del aborto.
4. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos: La edad gestacional promedio a la que se presentó el aborto de 10,12 semanas; fueron primigestas el 25.7%; un considerable 20.6% habían presentado abortos previos; más de la mitad de las pacientes no utilizaron ningún método anticonceptivo y de las usuarias fue el inyectable el método de elección.
5. El aborto incompleto es el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia.
6. En sólo el 25% de las pacientes se realizó el Aspirado Manual Endouterino.
7. Más de la mitad de las pacientes no presentaron anemia al momento del ingreso.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar de manera más eficaz a las pacientes sobre la magnitud real del problema que representa el aborto.
2. Promover en las instituciones educativas mayor cantidad de programas de educación sexual en lo que respecta a temas de embarazo y aborto.
3. Promover el mayor uso de métodos anticonceptivos como medida de reducción del número de abortos.
4. Estandarizar un protocolo para el empleo de Legrado Uterino Instrumental o Aspirado Manual Endouterino.
5. Realizar un estudio comparativo entre los procedimientos Legrado Uterino Instrumental y Aspirado Manual Endouterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Isabel A. Nivel de satisfacción de la usuaria con aborto incompleto sobre la atención Integral que brinda la enfermera en el instituto materno perinatal, Lima - Noviembre, 2012.
- 2.- Neira J, Miranda A. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos; revista de estudios médicos humanísticos; Vol N°6, N°6.
- 3.- Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Libro de Obstetricia, 6ta Ed. Buenos Aires 2005, Editorial el Ateneo. p206.
- 4.- Quintanilla L. Estudio Comparativo de la Regulación Jurídica del Aborto en América Latina y El Caribe. Lima 2005.p2-3.
- 5.- Manrique I. Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, enero – junio del 2003, Lima E.A.P. de Obstetricia.
- 6.- Calderón J, Alzamora L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica 23(4), oct./dic. 2006, vol.23, no.4, p.247-252.
- 7.- Sandoval J. Aborto clandestino: factores asociados, impacto en la salud pública y análisis de la situación legal. [Tesis doctoral]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
- 8.- Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. Am J Psychiatry 1991; 148(5): 578-85.
- 9.- Costa R, Hardy E, Osis M, Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. Cad Saude Publica 1995; 11(1): p97-105.
- 10.- Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder Internacional; 2002.
- 11.- Finer L, Frohwirt L, Dauphinee L, Singh S, Moore A. Reason U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. Perspect Sex Reprod Health 2005; 37(3): p110-118.
- 12.- Dirección Regional de Salud Cusco, DIRECCION ESTADÍSTICA E INFORMATICA Y TELECOMUNICACION: Informe Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva – Materno Perinatal, Hospital Antonio Lorena del Cusco: Enero – Diciembre 2011, Cusco.
- 13.- Hijona J. Factores asociados al aborto espontáneo - Universidad de Granada, Facultad de Medicina Departamento de Farmacología, Complejo Hospitalario de Jaén, España 2009, p159-170.

- 14.- Hernández P, Santos E. Factores personales y aborto en adolescentes - Universidad de Veracruzana, Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud, En un Hospital de Segundo nivel de la Región Sur del Estado de Veracruz, México 2007, p11-16.
- 15.- Dalen A. El Aborto en Colombia, Universidad de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Bogotá-Colombia 2011,p23.
- 16.- Doblado N., De la Rosa I., Junco A., Aborto en la adolescencia un problema de salud, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, La Habana-Cuba Julio-Septiembre 2010, Vol.36 N°3, p 409-421.
- 17.- DGE. MINSA-Comité Ejecutivo Nacional. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna, Lima, 2011,p23.
- 18.- Chumbe O. Manejo del Aborto, en el Hospital María Auxiliadora, del Cono Sur de Lima, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia del Perú, 2008; N° 54, p244-248.
- 19.- Cueva E. Aborto en el Hospital Quillabamba, Octubre a Diciembre 2011, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco - Facultad de Medicina Humana, Perú – Cusco 2012, p33-63.
- 20.- Charalla J. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de aborto, Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, Octubre – Diciembre 2007, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco - Facultad de Medicina Humana, Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Perú – Abancay 2008, p36-48.
- 21.- Ruiz A. Aborto, Guías para Urgencias del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Colombia.p906-911, <http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-inecologia/Aborto.pdf>
- 22.- Rigol O. Sangramiento en Obstetricia: Aborto, Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias médicas 2004.p137-139.
- 23.- Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Obstetricia. Las hemorragias durante el embarazo, 6°ed. Argentina: Editorial el Ateneo; 2006, p206-211.
- 24.- Huamán C, Caracela C. Eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Essalud Lima enero 1998-1999. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela de Post-Grado;2002, http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/huaman_p_c/cap2.htm
- 25.- Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Gary Cunningham F. Williams Ginecología. Aborto del primer trimestre, 1°ed. Texas: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2009.p142-143

- 26.- Feler E. Ginecología de Feler. Complicación infecciosa del aborto, 1º ed. Argentina: Editorial Facultad de Medicina de la UNT; 2001, p125-127.
- 27.- Barton J, Sibai B. Sepsis Severa y Choque Séptico durante el embarazo. Series Rev.esp. The American College of Obstetricians and Gynecologists (España).2012;120:689–706
http://www.journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2012_BartonCES_Translation.pdf
- 28.- Galimberì D, Lomuto C, Illia R, Figueroa A. Guía para el mejoramiento de la atención pos-aborto. 3ºed. Argentina; 2010
- 29.- Baird, Traci L, Susan K. Flinn. Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas; 2001.
- 30.- Frankel, Nina. De próxima aparición. Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®: CD-ROM instructivo. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas; 2003.
- 31.- Greenslade, Forrest C, Ann L, Benson J, Winkler J, Henderson V. Manual vacuum aspiration: A summary of clinical and programmatic experience worldwide. Carrboro, Carolina del Norte, Ipas; 1993.

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“INCIDENCIA, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012”

FECHA Y HORA DE INGRESO AL SERVICIO:.....

Ficha N°:

FECHA Y HORA DE RECOLECCION DE DATOS:.....

FORMA DE INGRESO: 1(Consultorio externo) 2(Referencia:.....)

3(Emergencia)

1.- ANAMNESIS

- Edad:.....(años)
- Lugar de Nacimiento:
- Lugar de Procedencia:..... 1(Urbana) 2(Rural)
- Raza: 1(Mestiza) 2(Otros)
- Estado Civil: 1(Soltera) 2(Casada) 3(Conviviente) 4(Divorciada) 5(Viuda)
- Ocupación: 1(Ama de casa) 2(Estudiante) 3(Comerciante) 4(Otros)
- Religión:1(No profesa) 2(Evangélica) 3(Católica) 4(Otros:)
- Idioma: 1(Quechua) 2(Castellano) 3(Quechua y Castellano) 4(Otros:.....)
- Grado de Instrucción: 1(Hetrado) 2(Primaria incompleta) 3(Primaria completa) 4(Secundaria incompleta) 5(Secundaria completa) 6(Superior No Universitaria incompleta) 7(Superior No Universitaria completa) 8(Superior Universitaria incompleta) 9(Superior Universitaria completa)
- Edad de la pareja:(años)
- ¿Sabía Ud. que estaba embarazada?: 1(No) 2(Sí)
- ¿Sabe Ud. qué es el aborto?: 1(No) 2(Si)

2.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

- Menarquia:.....(años)
- Inicio de Relaciones Sexuales:.....(años)
- Andrias:.....(n°)

- Régimen Catamenial: 1(Regular) 2(Irregular) Duración:.....(días)
- Fecha de Última Regla (F.U.R):/...../.....
- Edad Gestacional (E.G.):.....semanas
- Fórmula Obstétrica: G..... P...../...../...../..... Abortos:
- Periodo Intergenésico (P.I.G.) :.....(años)
- Método Anticonceptivo (M.A.C.):
 - ✓ 1(NO)
 - ✓ 2(SI): 1(Inyectable) 2(Píldoras) 3(Barrera:) 4(Otros:.....)

3.- CUADRO CLINICO DE INGRESO

- 1(Amenorrea) 2(Sangrado vaginal) 3(Dolor abdomino-pélvico)
- 4(Dolor sacro-lumbar) 5(Expulsión de tejidos ovulares)
- 6(Otros:.....)
- Tacto vaginal:.....

4.- EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma 1(No) 2(Si), Hb: gr/dL
- Ecografía Transvaginal 1(No) 2(Si)
- β -hCG 1(No) 2(Si)
- Examen Completo de Orina 1(No) 2(Si)

5.- DIAGNOSTICO:.....

6.- TRATAMIENTO: Procedimiento realizado: 1(L.U.I.) 2(A.M.E.U.)

-
-
-
-
-
-
-
-
-



ANEXO 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PACIENTES

INCIDENCIA, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MANEJO DEL ABORTO, HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO: JULIO – DICIEMBRE DE 2012

Investigador: Rodney Eddy Valderrama Mamani
Facultad de Medicina Humana - UNSAAC

Estoy realizando una investigación a cerca del aborto, que es una enfermedad que se puede presentar durante la gestación. La participación de su persona es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo.

Los datos básicamente se conseguirán de la información que Ud. pueda proporcionar al momento de la entrevista personal, que serán llenadas en la ficha de recolección de datos.

La información que se recoja para la elaboración de este proyecto será confidencial.

Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el comité de evaluación ética del Hospital Antonio Lorena del cusco.

CONSENTIMIENTO: He sido informada a cerca del trabajo de investigación y se me ha informado sobre el aborto.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre de la participante: _____

Firma del padre del participante : _____

Fecha: _____