

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

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO INCOMPLETO

JACKELINE PAOLA GONZALEZ ALDANA

REYNA GABRIELA SANCHEZ CAMEL

Tesis

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

Junio 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Las Doctoras:

Jackeline Paola Gonzales Aldana

Carné Universitario No.: 100017935

Reyna Gabriela Sanchez Camel

Carné Universitario No.: 100018206

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestras en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización epidemiológica del aborto incompleto"**.

Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado MSc.

Y revisado por: Dr. Mario David Cerón Donis MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2013.

Guatemala, 06 de junio de 2013

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Ricardo Walter García Manzo MSc.

Coordinador General a.i.
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala 11 de enero del 2012

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Docente Responsable

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Por este le envío el Informe Final de Tesis “CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO INCOMPLETO” perteneciente a las Dras. Jackeline Paola Gonzáles Aldana y Reyna Gabriela Sánchez Camel, el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Jorge D. Alvarado
PROGRAMA DE INVESTIGACION
IGSS - USAC

Dr. Jorge David Alvarado

Asesor

Ginecólogo y Obstetra

Médico especialista

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala 11 de enero del 2012

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Méndez
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Por este le envío el Informe Final de Tesis “CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO INCOMPLETO” perteneciente a las Dras. Jackeline Paola Gonzáles Aldana y Reyna Gabriela Sánchez Camel, el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Mario David Cerón Donis
Revisor

Ginecólogo y Obstetra
Director Médico Hospitalario
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



AGRADECIMIENTOS

A nuestras pacientes, quienes nos han enseñado la mejor forma de cuidarlos, en la esperanza de que siempre recordemos las lecciones del pasado y reconozcamos las del futuro.

INDICE

	Pagina
I. Introducción	01
II. Antecedentes	03
III. Objetivos	09
IV. Material y Métodos	10
V. Resultados	16
VI. Análisis y discusión	21
6.1. Conclusiones	23
6.2. Recomendaciones	24
VII. Referencias Bibliográficas	25
VIII. Anexos	27

INDICE DE TABLAS

1. Paridad de las pacientes incluidas en el estudio de caracterización epidemiológica del Aborto incompleto en el IGSS.....19
2. Tratamiento utilizado en la pacientes con diagnostico de aborto incompleto.....20
3. No. De abortos presentados en las pacientes incluidas en el estudio de caracterización epidemiológica del Aborto Incompleto en el IGSS.....20

INDICE DE GRAFICAS

1. Edad de las pacientes Incluidas en el Estudio de Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto.....	16
2. Etnia de las pacientes Incluidas en el Estudio de Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto.....	16
3. Estado Civil de las Pacientes incluidas en el Estudio de Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto	17
4. Religión de las pacientes incluidas en el estudio de Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto.....	17
5. Escolaridad de las pacientes incluidas en el estudio de Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto.....	18
6. Numero de cesáreas previas de las pacientes incluidas en el estudio de Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto.....	18
7. Ocupación de las pacientes incluidas en el estudio de Caracterización epidemiológica del Aborto Incompleto.....	19

RESUMEN

I. TITULO:

Caracterización Epidemiológica del Aborto Incompleto.

II. CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCION: Aborto incompleto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes, a nivel mundial se producen 50 millones de abortos y un aborto en condiciones de riesgo por cada 7 nacidos vivos; produciéndose en América Latina y el Caribe 4.5 millones anualmente, por lo que se inicio este estudio para establecer las características epidemiológicas de estas pacientes. . En algunos países menos desarrollados las muertes atribuibles al aborto pueden llegar a constituir entre el 22 y el 56% de todas las muertes maternas directas.

METODOLOGÍA: Investigación de tipo descriptivo transversal, teniendo como población a estudio las pacientes con diagnostico de aborto incompleto que asistieron al Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), durante el año 2010.

RESULTADOS: Según la distribución del grupo etario se revela que la población más afectada es la que se encuentra entre los 24 – 28 años de edad. Las pacientes de etnia ladina en un 91.35% junto con las pacientes casadas en un 40.74%, con grado de escolaridad diversificado es el grupo más vulnerable que presentaron aborto incompleto; 53% perteneció a la religión católica. El Legrado Uterino instrumental es el tratamiento más utilizado para las pacientes que presentaron aborto.

ANALISIS: La población más afectada fue entre 24 y 28 años de edad en un 30 % con lo que se concluye que las mujeres jóvenes son las más predispuestas a este evento, las pacientes ladinas presentaron el mayor porcentaje de aborto aunque esto puede verse influido por el tipo de pacientes que consultan al IGSS, no hay distinción significativa entre las pacientes trabajadoras y no trabajadoras, y se concluye que el legrado es el tratamiento utilizado en pacientes con aborto incompleto.

Palabras clave: aborto, hemorragia, caracterización.

I. INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud se le llama aborto a la separación del producto de la concepción antes de un nivel de maduración, sin la cual no puede ser viable. Este tiempo corresponde a las 20 semanas completas o cuando el feto no supera los 500 gramos de peso. El aborto puede ser espontáneo o provocado. Se estima que el aborto espontáneo ocurre en el 15% al 20% de todos los embarazos humanos. Tanto el aborto espontáneo, como el provocado, pueden ser completos o incompletos. El aborto es completo cuando la evacuación del contenido uterino es total, y es incompleto si la evacuación es parcial, quedando en el interior del útero restos ovulares y/o membranas.

El aborto incompleto es una grave preocupación de salud pública y su falta de tratamiento adecuado puede provocar alta morbilidad e incluso muerte. El principal peligro del aborto incompleto no infectado es el shock hipovolémico seguido de muerte en casos de hemorragias profusas. En algunos países menos desarrollados las muertes atribuibles al aborto pueden llegar a constituir entre el 22 y el 56% de todas las muertes maternas directas.

El tratamiento del aborto incompleto, recomendado por la mejor evidencia científica hasta la fecha, es la evacuación uterina, utilizando una aspiración endouterina: manual (AMEU) o por vacío eléctrico. De no estar disponibles, o en caso de no contar con profesionales entrenados en su uso, también se puede utilizar el legrado evacuador, que se realiza con cureta bajo anestesia. El legrado evacuador tiene como complicaciones la perforación uterina y lesiones post-operatorias cervicales, así como la posibilidad de sinequias uterinas o síndrome de Asherman, sobre todo si se debe repetir por evacuación insuficiente. La AMEU como tratamiento del aborto incompleto es un procedimiento rápido, y menos doloroso, tanto que la analgesia y sedación no siempre son necesarias, y las complicaciones son menores a las que ocurren con el legrado, con cureta.

Se hace necesario, por lo tanto, que los servicios busquen las formas de ofrecer mayores opciones de tratamientos, con menores riesgos y costos reducidos, manteniendo la misma eficiencia y dando mayor confort para la mujer, en un contexto de servicios de calidad.

Creemos que el presente estudio de tipo descriptivo transversal, es la apertura a un bloque de información sobre las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, y que de aquí surgirán las pautas para la creación de protocolos de manejo que se adecuen a las necesidades de nuestra población.

II. ANTECEDENTES

Aborto incompleto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes. Es la segunda causa más común de hospitalización en la mayoría de los hospitales de los países en vías de desarrollo (4). A nivel mundial se producen 50 millones de abortos y un aborto en condiciones de riesgo por cada 7 nacidos vivos; produciéndose en América Latina y el Caribe 4.5 millones anualmente, aunque el porcentaje se estima que es mayor debido a la práctica clandestina en los países donde el aborto es ilegal y al subregistro de los mismos. (3) El problema del aborto es alto y ocupa la tercera causa de mortalidad materna a nivel mundial y la primera en Guatemala. (3)

En nuestro medio no hay estudios actualizados que ofrezcan datos epidemiológicos exactos sobre este problema incluyendo con exactitud la incidencia del aborto, los datos generales de las mujeres con dicho diagnóstico (edad, grupo étnico, estado civil, religión, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia), características gineco-obstétricas (número de gestas, partos, abortos, cesáreas, hijos nacidos vivos e hijos nacidos muertos), días promedio de estancia hospitalaria, tipo más frecuente de aborto, tratamiento y las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia sino únicamente nos dan una idea parcial, por lo que el propósito de este estudio será determinar algunas características socio demográficas, económicas y clínicas de una muestra de pacientes atendidas por aborto incompleto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El presente estudio pretende hacer una caracterización epidemiológica, del grupo poblacional que ha sufrido un aborto a través de los casos atendidos en el área de ginecología y obstetricia del instituto guatemalteco de seguridad social, en el período de enero a diciembre del 2010 determinando: la edad, escolaridad, ocupación, lugar de procedencia; así como el número de gestas, partos y aborto de las mujeres atendidas, además identificar su incidencia.

El aborto impone una carga económica alta sobre los servicios hospitalarios; se estima que las mujeres hospitalizadas por aborto han ocupado en algunos casos hasta el 30% de las camas de los departamentos de Gineco-obstetricia. (3)

La amenaza de aborto es una de las complicaciones más comunes en mujeres gestantes, ocupando alrededor del 25% y a pesar de todos los esfuerzos realizados para evitarlo, un poco más de la mitad terminan en aborto. (12)

La situación legal del aborto varía en todo el mundo, desde la prohibición completa hasta técnicas electivas a demanda. Aproximadamente dos terceras partes de las mujeres del

mundo disponen de la posibilidad de realizar un aborto legal; alrededor del 9% de todas las mujeres pertenecen a países con importantes prohibiciones sobre el aborto.

En el código penal de Guatemala está contemplado única y exclusivamente el aborto terapéutico, que se practica con el propósito de proteger la salud de la madre. (6)

ABORTO

DEFINICIÓN

El Aborto es la finalización del embarazo por cualquier medio antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. Es la finalización del embarazo antes de las 20 semanas de gestación (140-154-días completos) o cuando el feto no supera los 500grs de peso o 25 cms. de longitud. Puede ser espontáneo o provocado. (6).

Aborto completo e incompleto: Está relacionado con la evacuación total o parcial de restos ovulares y membranas. . (6). En el aborto incompleto los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina (7) Cuando ocurre la segunda opción, aborto incompleto, debe completarse la evacuación total, mediante técnicas instrumentales similares a las del aborto provocado. (6)

ETIOLOGÍA

Ovulares, Maternos o Extra ovulares

OVULARES

Cromosomopatías:

- 1) Trisomías
- 2) Diploidias
- 3) Delección

En una amenaza de aborto, el primer evento que se tiene es el desprendimiento corial y formación de hematoma. Surge de la exploración genética de material de abortos tempranos espontáneos, en los que se ha detectado que el 50 al 60 %, presentan anomalías cromosómicas, siendo las trisomías, las poliploidías y las monosomías, en ese orden, las principales causas.

Otras causas ovulares son:

- 1) Alteración de la circulación
- 2) Pérdida del sincitiotrofoblasto
- 3) Atrofia del eje conjuntivo central. Estas tres causas producen una alteración en la nutrición del huevo

MATERNAS

A) Paciente con alteraciones anatómicas del útero

- 1) Útero Séptado
- 2) Útero biforme
- 3) Didelfos
- 4) Úteros dobles son menos frecuentes
- 5) Hipoplasia uterina

Factores físicos y químicos: Los traumatismos, en especial los directos, a los que les sigue una hemorragia, pueden desencadenar un aborto espontáneo.

Causas Psíquicas:

- 1) Ansiedades
- 2) Expectativas familiares, conyugales

D) Infecciones:

- 1) Toxoplasmosis
- 2) Micoplasma.

Estas pueden producir inflamación de las membranas amnióticas. Se puede tratar ante parto para llevar a un feliz término el embarazo.

Causas Tóxicas:

- 1) Cigarrillo: el riesgo de abortos espontáneos es de 1.2 a 1.7 veces mayor que en las no fumadoras
- 2) Personal de anestesia y sala de operaciones: mujeres anestesistas y enfermeras

Endocrinos:

- 1) Diabetes
- 2) Hipertiroidismo
- 3) Hipotiroidismo
- 4) Enfermedades de la Colágena.

En todas aquellas pacientes que presentan abortos a repetición se les hace estudios de anticuerpos anticardiolipinas y anticuerpos antifosfolípidos, generalmente son de tipo IgG o IgM, se ve en aquellas pacientes con enfermedades de la Colágena como el LES.

El aporte de aspirinas a bajas dosis al disminuir la acción trombotica del tromboxano, puede mejorar la supervivencia fetal, en estas mujeres abortadoras.

DIAGNOSTICO:**Características Clínicas:**

- Útero globuloso y agrandado, pero algo menor que la amenorrea (porque aun está ocupado por coágulos)

Laboratorios:

- Sub. Unidad Beta Positiva.
- Hematología (Hb-Ht bajos según la cantidad de pérdidas hemáticas)

Ultrasonografía

Lo ideal es el empleo de la ecografía vaginal, y si no es factible, la abdominal, se ha convertido en mandatorio, más aun que la determinación de B HCG.

TRATAMIENTO:

Internación.

Evacuación del útero: raspado uterino evacuador lo antes posible, porque generalmente la metrorragia es abundante y puede ocasionar shock a la paciente.

Legrado:

Se le da Anestesia General, se coloca a la paciente en posición de Litotomía, se realiza Asepsia/antisepsia con yodo, un vaciamiento vesical, luego se realiza un tacto vaginal, esto es importante saberlo porque es necesario para saber la posición del útero, así se evita la perforación con la legra, también ayuda a evaluar los anexos. Luego se coloca una valva de peso en la pared vaginal posterior esto permite visualización del cuello. El cuello se pinza en el labio anterior con una pinza tenáculo, esto permite exponerlo en una forma adecuada. Se realiza legrado con cureta afilada, esto lo realiza en las paredes laterales, anteriores y posteriores del útero tratando que no queden restos en ninguna parte del útero.

Complicaciones:

- 1) Perforación uterina, que es la complicación principal
- 2) Sangrado, generalmente debido a la perforación
- 3) Infecciones como la endometritis
- 4) Síndrome de Asherman: se da un raspado profundo en la que se barre toda la capa de endometrio. Se manifiesta clínicamente como falta de menstruación.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Es un método utilizado, como alternativa para el tratamiento del aborto incompleto, huevo muerto y retenido del primer trimestre, destacando menor riesgo de infecciones, perforación uterina y perdida de sangre menor, menor necesidad de dilatación y estancia hospitalaria

Antibioticoterapia:

Principalmente de amplio espectro o que cubran anaerobios Gram Negativos.

Úterotónicos:

Derivados del cornezuelo de centeno, (Metilergonovina tabletas de 0.125-0.2 mgs; solución inyectable de 0.2 mg/ ml, vial de 1 ml). En los abortos tardíos también está indicada la administración de oxitócicos.

En las mujeres que han abortado, la fertilidad regresa rápidamente (al cabo de 14 días solamente). Por consiguiente, es importante que los proveedores de servicios de salud presten oportunamente servicios de planificación familiar a las pacientes en el posparto para que puedan prevenir un embarazo posterior no planificado. (6)

INCIDENCIA

Se considera que normalmente alrededor del 15% de los embarazos clínicamente establecidos terminará en un aborto en los países en vías de desarrollo. (1)

En Guatemala, en el período comprendido entre julio del 2003 y diciembre 2004 los hospitales nacionales atendieron a 13, 928 mujeres con abortos incompletos, detectándose 781 complicaciones. El 70% de los ingresos están relacionados con problemas infecciosos, y de éstos el 90% es por aborto séptico. 62 mujeres murieron en el periodo 2002-2003 por abortos. (5)

III. OBJETIVOS

General:

1. Describir la caracterización epidemiológica del aborto incompleto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Específicos:

1. Conocer la incidencia de aborto incompleto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. Describir las características generales (edad, grupo étnico, estado civil, religión, escolaridad, ocupación) de las mujeres atendidas, en el hospital de Ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
3. Identificar las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos, abortos, cesáreas) de las mujeres atendidas, en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
4. Describir el tratamiento más frecuentemente brindado a las mujeres que consultaron por aborto incompleto, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Diseño del estudio:

Descriptivo transversal

4.2 Área de Estudio:

Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS

4.3 Población de estudio:

Pacientes ingresadas al Hospital de Gineco-Obstetricia del instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnostico confirmado de aborto incompleto, durante los meses de enero a diciembre 2010.

4.4 Tamaño de la muestra: Se incluyeron todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y cuyos datos fueron recabados en los libros de memoria del hospital del año 2010, mismo que constituye el universo de pacientes.

4.5 Selección de la muestra:

Todas las pacientes ingresadas al HGO con diagnostico confirmado de aborto incompleto al egreso y con expediente completo para la toma de datos.

4.6 Recolección de los datos:

Boleta de recolección de datos la cual fue llenada con datos obtenidos en los libros de memoria del hospital de Gineco-obstetrica así como de los expedientes médicos.

La incidencia se obtuvo de datos del departamento de estadística del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. A quienes se les solicito la cantidad de abortos incompletos del año pero en este departamento solo se registran los egresos por lo que se tomo la totalidad de legados realizados por aborto incompleto.

4.7 Criterios de Inclusión:

- Todas las pacientes con diagnostico de aborto incompleto reportados en el libro de memoria del hospital durante el período que abarca el estudio.
- Papeletas de las pacientes que se encuentran debidamente documentadas.

4.8 Criterios de Exclusión:

- Pacientes diagnosticadas con otros tipos de aborto, diferente a aborto incompleto.
- Pacientes con expedientes incompletos.

4.9 Variables del estudio:

Variable	Definición operacional de cada variable	Instrumento de medición de la variable	Escala de medición de la variable (razón, intervalo, ordinal, nominal)	Unidad de medida
Incidencia de abortos incompletos	Numero de casos de aborto en un lugar y tiempo determinado. No. De abortos / No. De nacidos vivos X k	Boleta de recolección de datos	Cuantitativa Razón	Porcentajes
Características generales:	Rasgos que identifican a una persona, entre ellos: * Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento. *Estado Civil: Condición legal de una persona respecto a una pareja del sexo opuesto. *Religión: Conjunto de creencias o dogmas respecto acerca de la divinidad. *Escolaridad Tiempo que se asiste a un centro de enseñanza.	Boleta de recolección de datos	Numérica Nominal Nominal	Años reportados En historia clínica Estado civil reportado en expediente clínico. Religión reportada en expediente clínico. Años escolares terminados

	* Ocupación: Ejercicio o tarea laboral a la que se dedica la persona. .		Numérica	Dedicación principal.
Antecedentes Ginecoobstetricos	Eventos obstétricos sucedidos en la paciente hasta el momento del ingreso incluyendo: Gestas: Numero de embarazos incluyendo abortos previos, hijos muertos. Partos: Cantidad de partos vaginales o por CSTP que ha tenido la paciente incluyendo óbitos. Abortos Previos: Numero de abortos previos al presente definido según la OMS. Edad Gestacional: Edad Gestacional reportada en la papeleta al ingreso de	Boleta de recolección de datos	Cuantitativa Cuantitativa Cuantitativa	

4.11 Recursos:

Materiales

4.11.1 Económicos:	4.11.2 Físicos:	4.11.3 Bibliográficos:
Fotocopias	Boleta de recolección de datos	Biblioteca (USAC)
Transporte	Historias clínicas	Internet
Otros	Mobiliario y útiles de escritor	Encarta
	Departamento de estadística	INCAP
	Del hospital	APROFAM
		DGSS

4.12 Recursos Humanos

Personal de biblioteca

Personal del departamento de registros médicos del hospital

Asesor, Revisor

Investigador

4.13 Validación Estadística

Se tomaron datos generales del año 2010, obtenidos de las memorias del hospital y de los expedientes clínicos de las pacientes sometidas a legrado instrumental uterino, con diagnostico clínico o ultrasonografico al egreso de aborto incompleto encontrando:

Abortos incompletos: 527

Total de legrados: 1152 (aquí se incluyen legrados por Falla temprana, restos placentarios, etc)

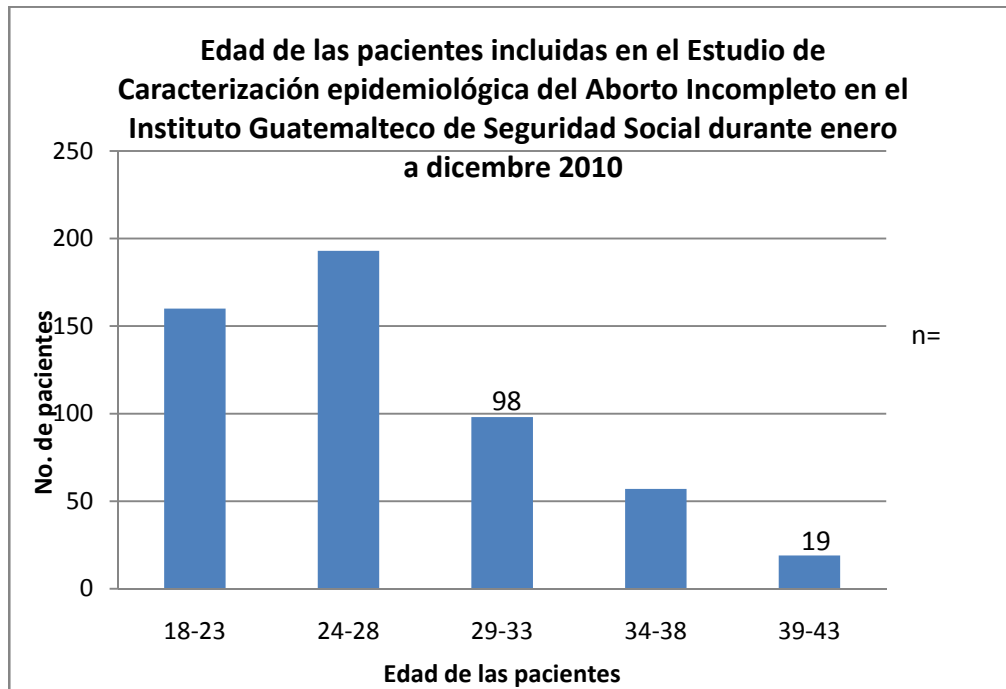
Incidencia $527/1152 = 48\%$

De 1152 legrados 527 fueron legrados por aborto incompleto. Que corresponde a un 48% de la población susceptible.

Para la descripción y análisis de los resultados se utilizo, porcentajes, la media y la mediana de la población, por ser un estudio de tipo descriptivo.

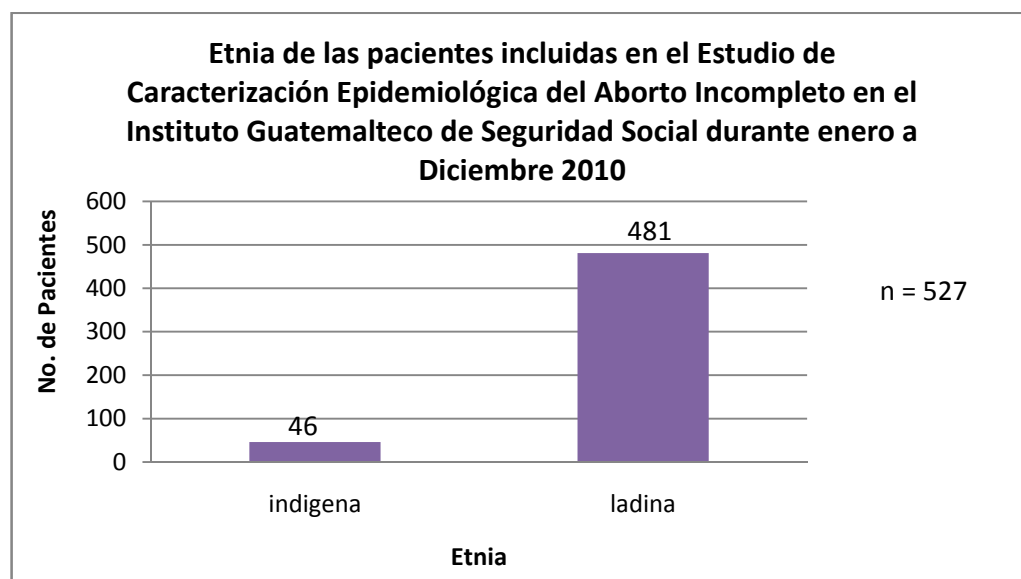
V. Resultados

Grafica No. 1



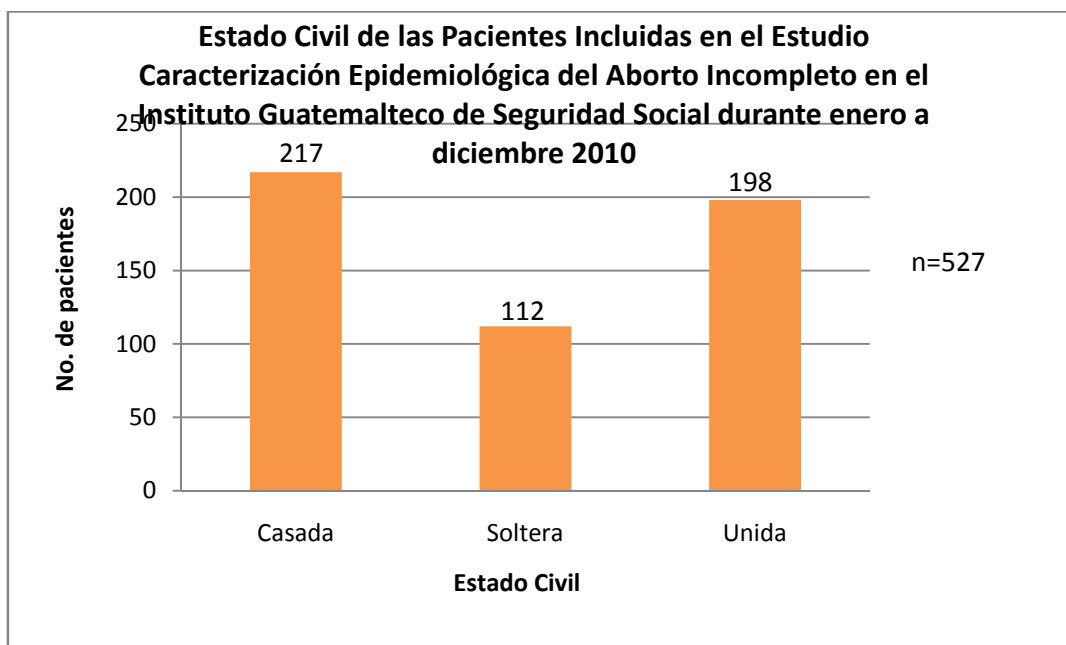
Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.2



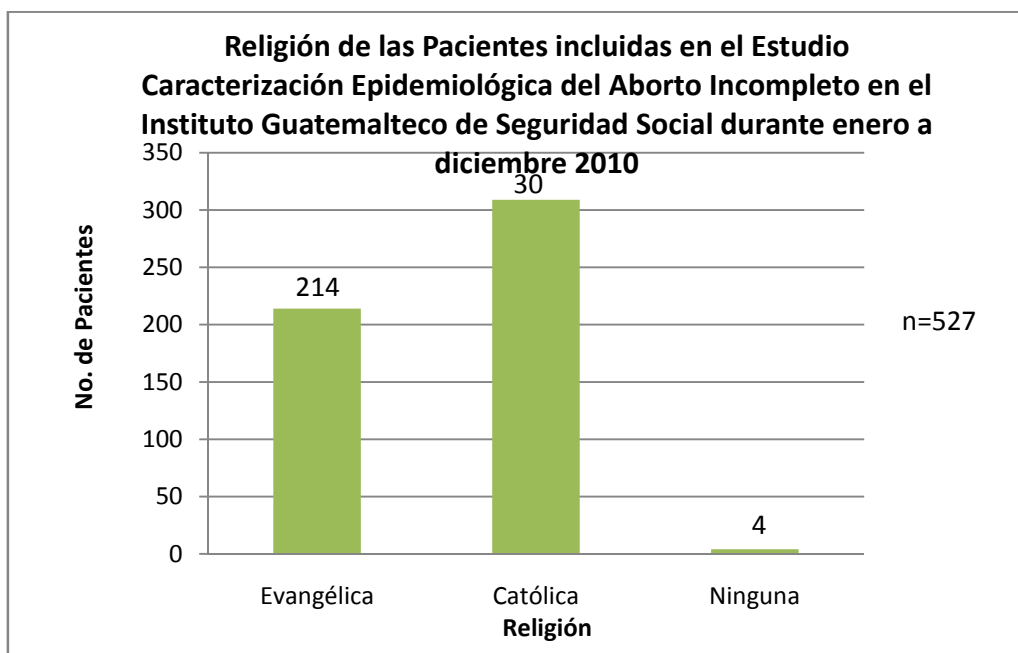
Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.3



Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.4



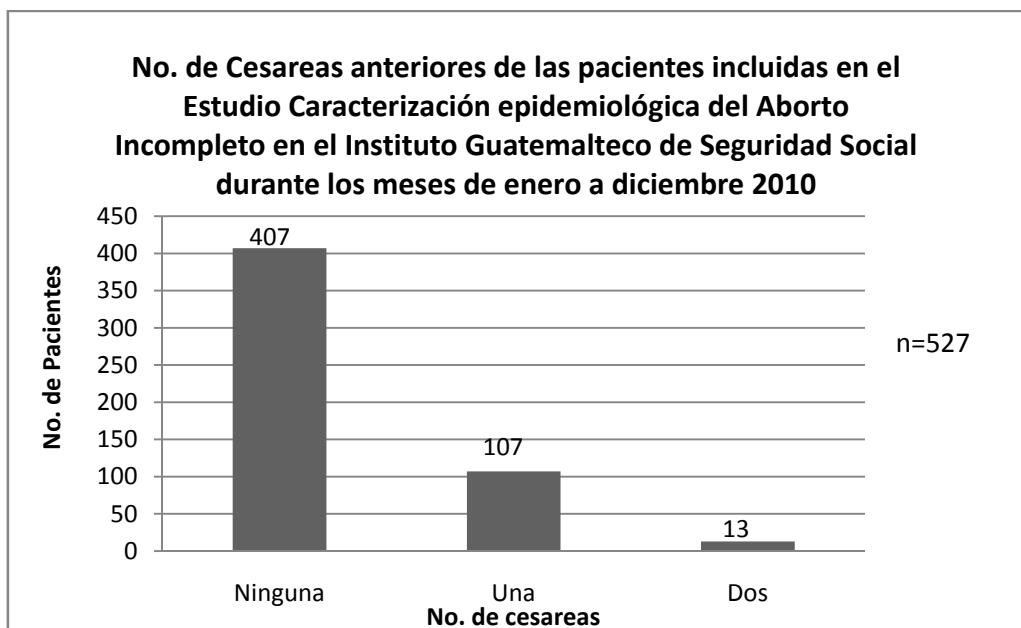
Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.5



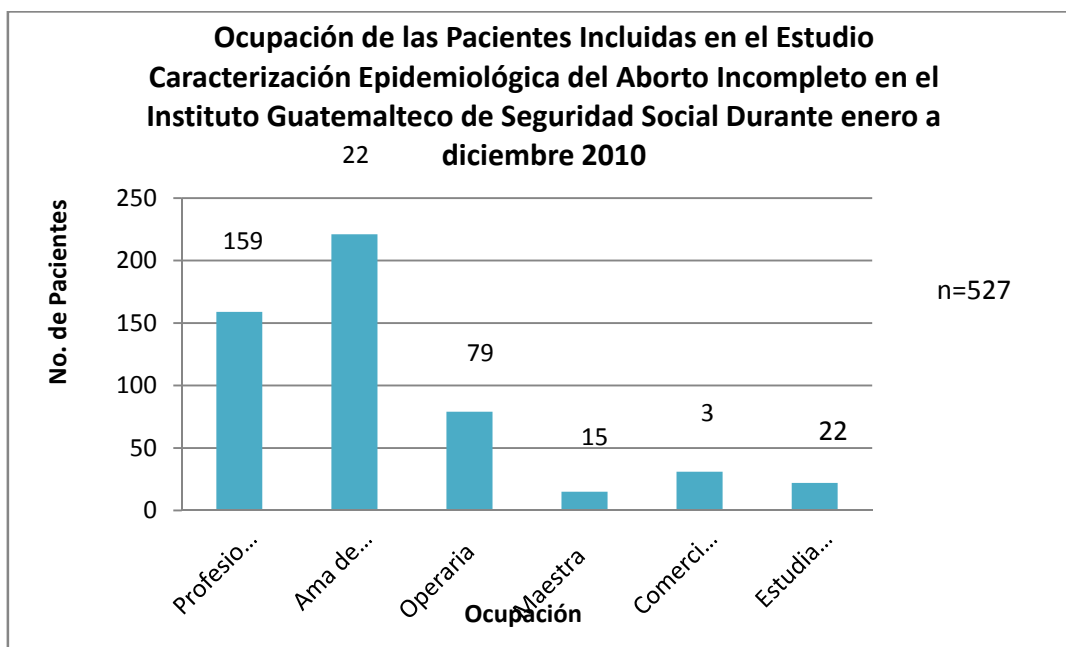
Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica no. 7



Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.6



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla no. 1

Paridad de las pacientes incluidas en el Estudio de Caracterización epidemiológica del Aborto Incompleto en el Instituto de Seguridad Social Durante enero a Diciembre 2010.

Paridad	Cantidad	Porcentaje
Primigesta	121	23.0%
Secundigesta	218	41.4%
Trigesta	104	19.7%
Múltipara	84	15.9%
Total	527	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 2

Tratamiento de las pacientes incluidas en el Estudio de Caracterización epidemiológica del Aborto Incompleto en el Instituto de Seguridad Social Durante los meses de enero a Diciembre 2010.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
LEGRADO	527	100%
AMEU	0	0%
TOTAL	527	100%

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 3

Número de Abortos de las pacientes incluidas en el Estudio de Caracterización epidemiológica del Aborto Incompleto en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Durante los meses de enero a Diciembre 2010.

No. De Aborto	Frecuencia	Porcentaje
1	460	87.3%
2	55	10.4%
3	12	2.30%
Total	527	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSION

La distribución según grupo etareo, revela que la población mayormente afectada, es la comprendida entre las edades de 24 a 28 años con un 36.6%, con tendencia a disminuir conforme aumenta la edad. Los datos obtenidos se relacionan con los reportados en 1995 por la Organización Mundial de la Salud, donde se involucró a los departamentos de Guatemala, Suchitepéquez y Quetzaltenango, y en 1998 en el Hospital General Aurelio Valdivieso de México; en ambos estudios la edad promedio de las pacientes fue de 26 años. (9, 11,12). Con respecto a la etnia de las pacientes del estudio se puede evidenciar que en su mayoría son de etnia ladina en un 91.10% (481 pacientes) en comparación a etnia indígena que solo se reporto un 8.7% (46 pacientes). De las pacientes el 41.20% están casadas, y el 37.60% unidad, lo cual las coloca en una relación estable, solamente el 21.20 % eran solteras. En los países desarrollados que disponen de datos, las tasas de aborto son más elevadas en las solteras jóvenes que en las casadas de más edad. (14) Lo contrario se encontró en este estudio, en que del total de pacientes, el 79.5% son casadas o unidas, dejando un porcentaje muy pequeño para las solteras jóvenes que son las más propensas a embarazos no deseados y por lo tanto a aumentar el índice de abortos provocados.

En el presente estudio la mayoría de las pacientes profesa la religión católica (58.60%) siendo esta la religión oficial en el país. Y en un porcentaje similar (40.60%) profesan religión evangélica, solamente 0.80% (4 pacientes) no tenían alguna religión. Respecto a la religión no hay datos disponibles relacionados con aborto en otros países. Únicamente se encontró un dato de 1996 en el Hospital Nacional de Amatlán donde se reportó que el 69% de las pacientes con diagnóstico de aborto eran católicas, por lo que no se puede concluir en que religión hay más incidencia de aborto. (7,9). En cuanto a la educación podemos observar la distribución de frecuencias en base a escolaridad de las pacientes encontrando que 55.2% (291pacientes) cursan con estudios diversificados, seguido de 26% (137 pacientes) con estudios primarios, 9.7% con estudios universitarios y el resto con básico o ninguna escolaridad. Los resultados revelan que el 93% de las pacientes cursaba con algún grado de escolaridad.

53.9% (284) de las pacientes tenía una ocupación y 42.% (221) eran ama de casa, el resto de pacientes eran estudiantes (4.20%). De las pacientes con alguna ocupación el 15 % (79) eran operarias, y el 2.85% (15) eran maestras, y el 5.90% (31) eran comerciantes.

De las pacientes incluidas en el estudio el 23.% eran primigestas, 15.9 % multíparas, y la mayoría con un 41.4%(218) fueron las pacientes secundigestas.

De las 527 pacientes atendidas en el instituto guatemalteco de seguridad social al 100% se le realizó legrado uterino instrumental como tratamiento para el aborto incompleto.

De las 527 pacientes estudiadas para 460 (87.3%) este era su primer aborto, y solo para 2.30%(12 pacientes) este representaba su tercer aborto.

407 pacientes es decir el 77.20% no tenían antecedente de cesáreas previas, el 20.30% (107 pacientes) tenían una cesárea anterior, y solamente 13 pacientes (2.5%) presentaron 2 cesáreas anteriores.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de aborto incompleto en el instituto guatemalteco de seguridad social d durante el año 2010 fue de 48%.
- 6.1.2 Según la distribución del grupo etario se revela que la población más afectada es la que se encuentra entre los 24 – 28 años de edad seguido del grupo que corresponde a las edades de 18 a 23 años, con lo cual se concluye que las mujeres jóvenes son las mas predispuestas a este evento.
- 6.1.3 Según el estudio las pacientes de etnia ladina son las que más presentaron aborto incompleto, junto con las pacientes casadas, con grado de escolaridad diversificado, pero lo anterior puede verse influido por el tipo de pacientes que consultan al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ubicado en el área urbana.
- 6.1.4 En cuanto a la ocupación de las pacientes el resultado fue muy similar entre las trabajadoras y no trabajadoras; 53.6% de las pacientes tenía una ocupación y 46.4% eran ama de casa o estudiantes. En cuanto al índice obstétrico, la mayoría de las pacientes era secundigesta, con antecedente de parto vaginal, siendo para 260 de ellas su primer aborto.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Establecer servicios de información y/o consejería a toda la población femenina con mayor riesgo y sobre todo a la joven a fin de prolongar el inicio de las relaciones sexuales y evitar embarazos que puedan culminar en abortos.
- 6.2.2 Ya que para la mayoría de las pacientes del estudio el aborto presentado era su primer evento, recomendamos abordar a la paciente en el periodo post aborto, para brindarle plan educacional sobre consejería pre-concepcional y prevenir un segundo evento.
- 6.2.3 Capacitar al personal encargado de anotar la información de cada paciente que ingresa y es atendida en el hospital, sobre la importancia de la calidad de los datos “claros y completos”, para poder ser utilizados en estudios posteriores y que esto no constituya un factor limitante.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Neyra, J. Aborto Aspectos Clínicos y Epidemiológicos, Revista de estudios médicos humanísticos, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol 6 No. 6, septiembre 2009.
2. Rodriguez, G. ¿Como vez? el aborto, UNAM, capitulo III, 164 paginas, Mexico 2004.
3. Sedgh, G. Alan Guttmacher Institute, Women society and abortion worldwide, A Decade of Uneven progress, 1999.
4. Centro Latinoamericano de Perinatología – Aborto sin riesgos, Segunda edición, capitulo III, paginas 63 a 65, 2009 .
5. Código Penal. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. 1995. 83 Pp.
6. Garrido, J. EL ABORTO EN LA HISTORIA, instituto Dominicano de Seguros Sociales, Santo Domingo, Volumen 17, No 1, paginas 30 a 33, 1998.
7. Galvis, N., Ochoa, A., Rojas, A., FRECUENCIA DEL ABORTO INCOMPLETO, pág. 36, 37 y 38. 2004
8. INCAP. Estudio descriptivo sobre morbilidad relacionada con aborto en mujeres ladinas e indígenas del área rural y urbana de Guatemala. Guatemala, Informe anual de 1994. Pág. 22.
9. MSPAS e IGSS. Memoria de labores._Guatemala 1998 y 1999, pág. 48.
10. Moulrier, R., Mesle, B., Interrupción voluntaria del embarazo, Enciclopedia Médico Quirúrgica, Ginecología y Obstetricia, Paris, Elsevier 2007. 20 p.
11. Novak, Edmund. Et. al. Tratado de ginecología. 11^a. Ed. México, D.F. Ed. Interamericana, S.A. 1998. Págs. 487-490 y 963-973.
12. OMS. Abortion: A Tabulation of Available Information, 3^a. Ed. Ginebra 1997.
13. Organización Mundial de la Salud. Memoria. Reunión de trabajo red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Santiago. Chile: 1991 85p.

14. ONU. Report of the International Conference on Population and Development. Nueva York, 54 paginas, 1994.
15. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica del manejo del aborto. Washington D. C., 1998.
16. Organización Panamericana de la Salud, Normas de Atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes, Washington, D.C. 2005.
17. Organización Panamericana de la Salud, PS. Estudio de Mortalidad Materna. Washington, 1989.
18. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Editorial El Ateneo, 6ª edición, Buenos Aires, Argentina 2005.
19. Sandoval Edgar, CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA, GUATEMALA 1999 – 2001, pág. 9 y 10.
20. World Health Organization, Frequently asked clinical questions about medical abortion, conclusions of an international consensus conference on medical abortion in early first trimester, Bellagio, Italy, 2006.

XIII. ANEXOS

Anexo No. 1

Consentimiento informado:

Título del ensayo Caracterización Epidemiológica de la Hemorragia del Primer Trimestre

Yo _:_____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con _____ (Nombre del investigador) _____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

Fecha

Firma del participante

Anexo No. 2

Instrumento de recolección de datos:

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RESPONSABLE _____

“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN IGSS”

Boleta de recolección de información

No. De Registro hospitalario: _____ Fecha de atención: _____

CARACTERISTICAS GENERALES

1. Edad ____ años 2. Grupo étnico: _____

3. Escolaridad _____

4. Estado civil:

Casada

Soltera

Unida

Divorciada

Viuda

5. Ocupación:

Ama de casa

estudiante

agricultora

profesional

Comerciante

6. Religión:

otros: _____

Católica

Evangélica

Testigo de Jehová

Mormona Otro: _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

7. Edad gestacional:

8. No. de Gestas

9. No. de partos

10. No. de abortos

11. No. de cesáreas

12. No. de hijos nacidos vivos

13. No. de hijos

14. Tratamiento: LIU
 AMEU

Permiso del Autor para Copiar el Trabajo:

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO INCOMPLETO. Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial .