

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**FRECUENCIA DE ABORTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIO
DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
“HOMERO CASTANIER CRESPO” EN EL AÑO 2013. CUENCA 2014**

**Tesis previa a la obtención del
título de Médico y Médica.**

AUTORES: FRANCISCO SEBASTIÁN LÓPEZ DELGADO
KARLA GABRIELA MORALES CAMPOVERDE

DIRECTOR: Dr. BERNARDO JOSE VEGA CRESPO

ASESORA: Dra. MARÍA DE LOURDES HUIRACOA TUTIVEN

CUENCA – ECUADOR

2015

RESUMEN

Objetivo General: Establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre Enero – Diciembre de 2013.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues y en su departamento de Emergencia y Gineco Obstetricia; se revisaron todas las historias clínicas de pacientes atendidas por aborto durante el periodo enero de 2013 hasta diciembre de 2013, se recolectaron las siguientes variables edad, residencia, estado civil, instrucción, religión, características obstétricas, tipo de aborto y anticoncepción; la información fue procesada a través de una base de datos elaborada y codificada en el programa SPSS versión 19.

Resultados: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido.

Conclusiones: La prevalencia de aborto es elevada en el Hospital Homero Castanier Crespo y su caracterización no es diferente a la reportada en la bibliografía.

DeCS: ABORTO ESPONTANEO, EPIDEMIOLOGIA, DEMOGRAFÍA, ADULTAS, HOSPITALES PÚBLICOS.

ABSTRACT

General Objective: To determine the frequency of abortion and sociodemographic characteristics associated to patients treated at the Hospital Homero Castanier Crespo from January to December 2013.

Methodology: Descriptive, observational and retrospective study conducted at Homero Hospital Castanier Crespo in the City of Azogues and its Emergency and Obstetrics - Gynecology Department; all medical records of patients seen by abortion during the period January 2013 to December 2013 were reviewed, the following variables were collected: age, residence, marital status, education, religion, obstetric characteristics, type of abortion and contraception; the information was processed through a database developed and codified in SPSS version 19.

Results: The frequency of abortion was 6.91%, representing 201 cases; being more frequent in the population aged 20-29 years with 43.8% with a mean age of 25.65 years; urban residence 59.7%; secondary instruction 43.3%; catholic religion 90% and married civil state 48.8%; the following associated pathologies were presented: UTI 25.9% and Vaginosis 6%. The obstetric characteristics were as follows: 2-4 deeds 63,2%; 2 or fewer births 74,1%; one abortions antecedent 81,6%; no history of previous cesarean 80.1%. The most common type of abortion was the incomplete 52, 2% followed by 34.8% of retained and referred abortion.

Conclusions: The prevalence of abortion is high at Homero Castanier Crespo Hospital and its characterization is not different from that reported in the literature.

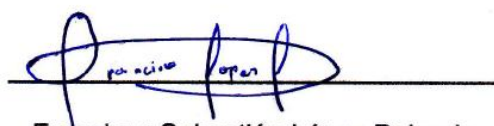
Subject headings: SPONTANEOUS ABORTION, EPIDEMIOLOGY, DEMOGRAPHY, ADULT, PUBLIC HOSPITALS.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
Resumen	II
Abstract	III
Índice de contenidos	IV
Responsabilidad	V
Derechos de Autor	VII
Agradecimientos	IX
Dedicatoria	X
Capítulo I	
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del problema	2
1.3. Justificación	3
Capítulo II	
2. Fundamento teórico	5
Capítulo III	
3. Objetivos	19
Capítulo IV	
4. Diseño Metodológico	20
Capítulo V	
5. Resultados	26
Capítulo VI	
6. Discusión	34
Capítulo VII	
7.1 Conclusiones	38
7.2 Recomendaciones	38
Capítulo VIII	
8. Referencias bibliográficas	40
Capítulo IX	
9. Anexos	46

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Francisco Sebastián López Delgado, autor de la tesis titulada **“FRECUENCIA DE ABORTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2013. CUENCA 2014”**, expreso que el contenido y opiniones expuestas en la presente investigación, incluidos los análisis realizados, conclusiones y recomendaciones son de única y exclusiva responsabilidad de los autores.



Francisco Sebastián López Delgado

C.I. 0105398499

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Karla Gabriela Morales Campoverde, autora de la tesis titulada **“FRECUENCIA DE ABORTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2013. CUENCA 2014”**, expreso que el contenido y opiniones expuestas en la presente investigación, incluidos los análisis realizados, conclusiones y recomendaciones son de única y exclusiva responsabilidad de los autores.



Karla Gabriela Morales Campoverde

C.I. 0103869335

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Francisco Sebastián López Delgado, autor de la tesis titulada **“FRECUENCIA DE ABORTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2013. CUENCA 2014”**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.



Francisco Sebastián López Delgado

C.I. 0105398499

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Karla Gabriela Morales Campoverde, autora de la tesis titulada **“FRECUENCIA DE ABORTO Y CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN EL AÑO 2013. CUENCA 2014”**, expreso que el contenido y opiniones expuestas en la presente investigación, incluidos los análisis realizados, conclusiones y recomendaciones son de única y exclusiva responsabilidad de los autores.



Karla Gabriela Morales Campoverde

C.I. 0103869335

AGRADECIMIENTO

Un profundo y sincero agradecimiento por su contribución para el desarrollo de nuestra tesis a nuestro director Dr. Bernardo Vega, de igual manera a nuestra asesora Dra. María de Lourdes Huiracocha, por la orientación, seguimiento, apoyo y supervisión de nuestro trabajo.

Merece también especial mención todo el personal, doctores y amigos que conforman el Hospital Homero Castanier Crespo por todo su apoyo y colaboración respectiva.

Francisco López

Gabriela Morales

DEDICATORIA

A mi familia, mis padres y hermanos por ser el pilar fundamental en mi vida y
mi apoyo incondicional.

Además una dedicatoria muy especial a Viviana Merchán por su apoyo,
comprensión, paciencia y ánimo recibidos durante todo este tiempo.

Francisco Sebastián López D.

DEDICATORIA

A Dios, por haberme levantado una y otra vez, por darme de la mano en los
momentos más difíciles, porque con su sabiduría me enseñó a ser valiente,
fuerte y que con amor y una sonrisa se puede llegar muy lejos.

A mis Padres, Juan y Teresa por compartir y guiarme durante toda una vida,
por ser mi ejemplo a seguir, por tenerme paciencia, por apoyarme; ellos
conjuntamente con mis hermanas han sido mi fortaleza.

A mis amigas Paola, Mónica y Gabriela por su apoyo incondicional.

Gabriela Morales C.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Según datos proporcionados por Fernández y colaboradores (1) en su estudio llevado a cabo en Cuba alrededor de 2 000 000 de adolescentes son sometidas anualmente a un aborto; en los países en desarrollo, el aborto casi siempre se da en condiciones de riesgos; se ha informado que 1 de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones del aborto son menores de 20 años; lo que conlleva un alto riesgo para las mujeres pues el aborto puede generar patologías o complicaciones asociadas.

El aborto en si se traduce en un problema de salud pública, es así como Tavera (2) cita que la palabra aborto, trae consigo una serie de imágenes y controversias, ante este vocablo una gran parte del público tiende a reaccionar de una manera emocional no tradicional; según datos de este autor en el mundo la frecuencia de abortos es elevada, esto debido a la alta tasa de fecundidad y un aproximado de abortos es de 50 millones (inducidos) aumentando la mortalidad y morbilidad materna siendo ésta más elevada en países como los de Latino América.

En el año 2012, la OMS (3) estimó que se realizaron cada año 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produjo la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto.

El Ministerio de Salud Pública (4) en su componente Materno especifica que “el aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos; siendo la tasa de pérdida clínica del 10% al 15% de las gestaciones. Más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas”; siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población ecuatoriana.

Por la importancia del tema y su relevancia e impacto en nuestra población se investigaron las características socio demográficas de la población afectada por

cualquier tipo de aborto en el año 2013 en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues, para responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia y las características socio demográficas del aborto el HHCC de Azogues durante el año 2013?

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS (5) cada día muere un aproximado de 1500 madres debido a complicaciones del embarazo y parto; y dentro de las causas se encuentra que el 13% se deben a las complicaciones del aborto peligroso; lo que coloca a esta causa dentro de las 5 primeras de mortalidad materna, razón as que suficiente para abordar su estudio y considerarlo un serio riesgo a la salud materna.

La OMS (6) en el año 2014 resalta el aborto como problema de salud pública y cita que para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

En Ecuador, el INEC (7) en su informe del año 2013 estimó que el aborto no especificado se ubicó en la 5ta posición del total de egresos hospitalarios con 17915 x año lo que representa el 1,52 %y una tasa de 11,36 egresos por 10 000 habitantes; lo que representa una importante causa de morbilidad. Ahora bien el INEC (7) también menciona que estratificando la población por sexo el aborto es la segunda causa de morbilidad femenina en el año 2013 (solo detrás de la colelitiasis).

El aborto según la población en estudio presenta obviamente variaciones, el aborto se podría relacionar con características sociales y demográficas o aumentar en algunas situaciones desfavorables, como lo mencionan Quintero y colaboradores (8) una clara relación que existe entre el ambiente y la salud de una comunidad o población ha sido ya explicada desde muchas perspectivas,

la pobreza, el acceso a la salud, la edad temprana entre otras poseen efectos deletéreos en la salud de las poblaciones.

El aborto en sus distintos tipos se presenta en varios grupos sociales, que poseen o no condiciones apropiadas de vivienda, que utilizan o no métodos de control de natalidad. En el Hospital Homero Castanier Crespo existe un significativo número de pacientes con diagnóstico confirmado de aborto, de ahí la importancia, en determinar la frecuencia del aborto en pacientes atendidas en esta unidad de salud entre el período de Enero a Diciembre del 2013.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Dentro del ejercicio profesional del médico, y propiamente de la práctica obstétrica se ha observado un alto índice de abortos alrededor del mundo, siendo un 80% de los abortos precoces, es decir antes de las 12 semanas de gestación, y de las cuales muchas mujeres no son conscientes de tal situación por la corta edad gestacional en la que se encuentran (9). A esto se suma un gran porcentaje de abortos inseguros que en su mayoría (98%) se presentan en países en vías de desarrollo, según datos de la OMS. (3).

Frente a esta problemática social se planteó realizar la presente investigación buscando establecer la frecuencia del aborto en pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico al Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues provincia del Cañar durante los meses de Enero a Diciembre del 2013; en busca de características asociadas, tomando en cuenta la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, la edad gestacional y determinando la paridad, factores ambientales tales como el consumo o uso de anticonceptivos.

La realización de este estudio tuvo como finalidad el presentar datos actualizados sobre esta situación en la población de la Ciudad de Azogues y zonas aledañas a la cuales la institución brinda sus servicios, con la obtención de información sobre la frecuencia de abortos y sus factores asociados, mediante la recolección de datos por medio de formularios de las pacientes atendidas; para de esta manera poder fortalecer los programas de prevención en salud, planificación familiar y educación sexual que se dirige a la población

en general, y de manera especial a las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y que son más vulnerables a presentar esta condición tan controversial.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Concepto

Basados en la Normativa Materna del MSP (4) el aborto se define como *“la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto que pesa menos de 500 gramos”*; la OMS (10) define el aborto peligroso como *“una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”*.

Por último, Neira (11) en su artículo publicado por la Pontificia Universidad Católica de Chile cita que es *“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 de 500 gr (OMS), longitud céfalo nalgas de 25 cm. La viabilidad clínica es un concepto más amplio que involucra la capacidad de la medicina actual de prestar asistencia contra la prematuridad extrema, y está determinada por la madurez anatómico funcional del pulmón, o sea la capacidad de intercambio gaseoso pulmonar, que ocurre aproximadamente entre las 24 a 26 semanas de gestación”*.

Todas las definiciones mencionadas, como se puede observar, poseen puntos en común y algunas de las definiciones aumentan el detalle de sus componentes.

2.2 Clasificación del aborto

El aborto puede dividirse en:

1. Aborto espontáneo: Se produce pérdida del producto de la concepción, sin intervención de situaciones artificiales o inducción; que afecten la evolución del producto antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos. El riesgo de aborto espontáneo clínicamente detectable en la

mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11% y el 15%; en cambio, después de uno a cuatro abortos, es de 16%, 25%, 45% y 54% (12).

Quiroga y colaboradores (13) mencionan que el aborto espontáneo, definido como la interrupción no voluntaria del embarazo, es una situación la que el ginecoobstetra se enfrenta con frecuencia. El aborto se presenta en 10 a 15% de las gestaciones reconocidas clínicamente, y más de 50% de estas pérdidas tiene como causa una anomalía cromosómica. Estas cifras contrastan con la frecuencia de defectos cromosómicos en el recién nacido vivo, que es menor de 1%; añadiendo una valoración de una de las posible causas del aborto.

La OMS (14) cita que otra de las posibles causas para este tipo de aborto es la falta de producción de progesterona; sin embargo tras llevar a cabo un estudio demostraron que el tratamiento con progestágenos entre el primer y el segundo trimestre de embarazo no previene el aborto espontáneo. Los cuatro estudios clínicos pequeños incluidos en esta revisión sugieren que el tratamiento con progestágenos puede ser beneficioso para las mujeres con antecedentes de abortos espontáneos recurrentes.

2. Aborto inducido: Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad (11).

Aproximadamente más de 40 millones de abortos inducidos se realizan anualmente en el mundo, informándose actualmente una tasa mundial de 40 a 70 por cada 1 000 mujeres en edad fértil y de 200 a 460 abortos por cada 1 000 nacidos vivos, y se estima que al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. Solo 49 naciones en el mundo realizan el aborto a petición de la mujer que la solicita (15)

En el año 2010, Quintero y colaboradores (8) realizó un estudio de este tipo de aborto en Bucaramanga, encontrando dentro de sus características socio demográficas que los factores asociados con este hecho fueron: pertenecer a un estrato socio-económico bajo, carecer de adecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, carecer de pareja estable o que esta fuera disfuncional y que la pareja presionara inducir el aborto por motivos

económicos o paternidad satisfecha. Un contraste de estos resultados con la legislación sanitaria vigente desde la perspectiva bioética de equidad en salud, revela que la aplicación de la normatividad es deficiente tanto en cobertura como en acciones educativas en salud sexual y reproductiva.

Otro estudio en el año 2014, llevado a cabo por Fernández y colaboradores (1) encontraron que en una población adolescente que decidió terminar su embarazo: el grupo de edad predominante estuvo entre 18-19 años, 93,5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 años, 64,5 % ya había tenido 3 o más parejas, el 77,4 % de las jóvenes eran solteras. El 45,1 % usaba condón, 41,9 % refirió embarazo por fallo del método y el motivo más frecuente de solicitud de interrupción fue: muy joven para asumir el rol de la maternidad (90,3 %).

En el año 2010, Brito y colaboradores (16) en un estudio en Guayaquil encontraron que en lo que respecta a la entidad del aborto más frecuente presentó mayor porcentaje el espontáneo que el inducido con un 69,8% versus un 30,2% del inducido con una significancia menor a 0,001 siendo el mecanismo más usado para provocar el aborto la violencia y el menos frecuente en algún centro clandestino.

3. Aborto completo: Se llama aborto completo, a aquel en el cual los productos de la gestación han sido eliminados totalmente del útero (4).

4. Aborto incompleto: Se trata de la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable (4).

En este tipo de aborto en el año 2013, Macas (17) encontró que la mayor frecuencia de aborto incompleto estuvo en el grupo etario de 21 a 26 años, para un 33,33%, el 87,18% procedían de zonas urbanas, el 22,34% tenían dos gestaciones, el 49,08% son nulíparas, el 54,94% sin abortos previos, el 63,00% sin cesáreas previas, mientras un 79,85% fueron abortos incompletos espontáneos como causa desencadenante.

Otro estudio en el año 2013 llevado a cabo por Pluàs (18) encontró que

de un total de 44 pacientes presento aborto incompleto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; de Unión libre con 59.1%, proceden de áreas rurales 38.6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primaria completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto de muestran que el mayor porcentaje fue de 13-16 SG con 38.6%, Los porcentajes estuvieron iguales en la presentación del aborto el 50% para inducido y el otro 50% para el espontaneo. Según el cumplimiento protocolo de manejo del aborto en curso o inevitable, incompleto, completo y diferido; el 77.28% si aplico las normas correctamente, mientras que el 22.72% no lo hizo.

5. Aborto inevitable: Es e aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas (4).

6. Aborto séptico: Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38 grados o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañado de otros signos como el dolor uterino, mal olor o pus (4).

7. Aborto diferido: Tipo de aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionario) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable (4).

En el año 2011, Hernández y colaboradores (19) en un estudio en España mencionan que la incidencia del aborto diferido es muy alta en nuestro medio (hasta el 30% de todas gestaciones clínicas) gracias al diagnóstico cada vez más temprano del embarazo, tanto con los test de orina, con detección de niveles muy bajos de β -hCG, como por el diagnóstico por imagen, al que las pacientes acuden con rapidez en cuanto tienen noticia de su estado gestacional.

8. Aborto terapéutico: Es terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en

caso de morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida (4).

2.3 Epidemiología

La epidemiología del aborto es variada, a continuación se detallan algunos estudios para su valoración y análisis: Ferrando (20) en un estudio llevado a cabo en Perú encontró que la estimación del número de abortos en este país, el total de egresos por embarazo terminado en aborto en el sector público y privado fue de 56569 y con exclusión de los abortos espontáneos 53102; siendo el grupo de entre los 14-19 años las que representaron un 24,6% del total de abortos (incompletos).

Fernández y colaboradores (21) en un estudio llevado a cabo en México exponen que el aborto como causa de muerte materna en México es poco notorio dentro de las estadísticas vitales (6% según los datos del INEGI para 2009). Esto representa, de acuerdo con los datos oficiales, que fallecieron 74 de 1207 mujeres por esta causa durante ese año. Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, dicho porcentaje es de 13% de la mortalidad materna global y de 24% en la región de América Latina.

Se estima que en México ocurren aproximadamente 4'200,000 embarazos por año, de los cuales solamente 60% llega a término de la gestación; los demás embarazos terminan con abortos espontáneos o abortos inducidos. Otros datos mencionan que durante el año 2006, en México, se realizaron 874 mil abortos de manera inducida. Hay otras cifras disponibles que también contribuyen a darnos una idea de la magnitud del problema. Para 1997 se calculó que 19% de las mujeres en edad fértil que alguna vez estuvieron embarazadas, habían experimentado un aborto (21).

Un estudio a nivel nacional llevado a cabo por Cadena y colaboradores (22) encontraron que en el año 2008 la prevalencia de abortos fue del 23,5% y donde los factores epidemiológicos como el grupo de etario clasificado entre los 20-30 años marco un alto porcentaje ubicándose en 45,1% sin embargo estadísticamente de logro determinar un grado de confianza del 99% que no

existe diferencia alguna entre los grupos etarios, mientras que en las pacientes múltiparas se observó un 66,5%, además la procedencia del área urbana tiene un 75,1%, el nivel de instrucción secundaria se estableció con el 68,6% y por último el 54,9% lo tiene las pacientes que convive en unión libre, todos estos resultados con un nivel de significancia de 0,01%.

Buenaño (23) en un estudio llevado a cabo en Riobamba, encontró que la prevalencia de abortos en esa Ciudad, encontrando que el 57,20% de mujeres eran casadas; el 75% nivel socioeconómico bajo; el 49,90% con instrucción primaria y el 34,66% entre las edades comprendidas de 19 - 23 años; el 11,48% en factores de riesgo en general, en la variable según edad gestacional por FUM encontramos un 56,37% de 1 – 10 semanas; aborto incompleto con el 66,60%, y obteniéndose que las complicaciones representan el 57,41% del total de la muestra.

Doblado y colaboradores (24) en La Habana analizaron 128 adolescentes que habían abortado encontraron que el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2 % ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6 % tenía abortos, 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 27,3 % vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia.

Enríquez y colaboradores (25) estudiaron el comportamiento del aborto inducido en la adolescencia, encontrando que el grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias con el 52,3 %. La edad de inicio de las relaciones sexuales que prevaleció fue 15 a 17 años para un 62,2 %. El 56,7 % de las adolescentes no usaba métodos anticonceptivos y el motivo por el cual no los utilizaban era por olvido (28,8 %) o por temor (25 %).

Bull y colaboradores (26) en el año 2012, encontraron tras analizar 78 adolescentes que el mayor número de adolescentes que se practicó el aborto pertenecían al grupo de edades entre 14 a 16 años, con un nivel escolar preuniversitario y estado civil soltera, se identificó que el 62.2 % de las féminas pertenecían a familias disfuncionales, evaluándose de regular el proceso de comunicación en el hogar entre hijos y padres. Recomendando intensificar la

labor educativa en los círculos de adolescentes y escuelas de las diferentes áreas de salud.

López (27) en un estudio llevado a cabo en Azogues encontró que el aborto diferido fue una de las principales complicaciones en adolescentes con un 3,64% seguido del aborto incompleto con un 2,73%, aborto completo 2,27% lo que nos da una visión de que tan importante es el aborto en adolescentes en un Hospital cercano al de nuestro estudio.

Narváez P y Neira A (28) en el año 2010 en un estudio llevado a cabo en Cuenca encontraron que del total de abortos el 22.19% se dio en mujeres adolescentes, mientras que las mujeres adultas representan un 77.81% de los mismos. Es decir, el aborto tuvo mayor frecuencia en las mujeres adultas. Del total de abortos presentados tanto en adolescentes (79.31%) como adultas (80.66%), la mayoría fueron incompletos y la segunda mayor frecuencia fue de abortos diferidos: adolescentes (18.39%); adultas (17.05%). En la mayoría de los casos, tanto las pacientes adultas (55.41%) como las adolescentes (78.16%) sus embarazos no fueron planificados.

2.4 Etiología del aborto

Generalmente las causas de aborto pueden clasificarse en causas maternas y causas fetales o genéticas, a continuación se realiza un análisis de estas causas:

2.4.1 Causas fetales

- Factores genéticos: Del total de abortos con alteraciones cromosómicas, el 80% es anembrionado y del 10 al 20% son embrionados. Las alteraciones genéticas comprenden las trisomías autosómicas; estas relacionadas fundamentalmente con la edad materna; las triploidias por doble fecundación de un ovulo, monosomias del cromosoma X, las tetraploidias, las cuales tienen un recuento de 92 cromosomas y se expresan como abortos muy tempranos o huevos anembrionados, además están las inversiones cromosómicas y defectos de la fertilización (29,30).

- Defectos de la implantación: La edad materna es un factor importante en este ámbito, ya que sobre los cuarenta años se puede observar fibrosis de la musculatura uterina asociadas a falla de la irrigación sanguínea del sitio de implantación. La trombofilia y enfermedades autoinmunes del tiroides también se asocian con defectos de implantación (29).

Vargas (31) también cita que las causas más importantes de las pérdidas gestacionales espontáneas reconocidas clínicamente son las anomalías cromosómicas. Al menos el 50% de las pérdidas se deben a esta causa, pudiendo ser la frecuencia incluso mayor. Entre ellas encontramos las trisomías 13, 18 y 21, monosomía X y polisomías de los cromosomas sexuales. Las trisomías autosómicas son la mayor causa de los cariotipos anormales en abortos espontáneos. Se han observado trisomías en todos los cromosomas, excepto en el cromosoma 1. La trisomía más frecuente es la del cromosoma 16. La mayoría de trisomías tienen relación con la edad materna, pero el efecto es variable según el cromosoma afectado

2.4.2 Causa maternas orgánicas

- Infecciones: Provocadas por agentes tales como toxoplasma gondii, micoplasma hominis, listeria monocytogenes, etc. La vaginosis demostrada en la primera consulta prenatal tiene un riesgo relativo del 5,4% de tener un aborto espontaneo (29,32).
- Anomalías anatómicas adquiridas: Dentro de esta parte se asocian los miomas submucosos o los intramurales de gran tamaño. Los legrados uterinos muy enérgicos o realizados en abortos sépticos o provocados pueden producir zonas de isquemia en la cavidad uterina (33).
- Incompetencia cervical: Consiste en la dilatación asintomática del orificio cervical interno, permitiendo así la salida del feto, cerca de la semana 20 de gestación, puede deberse a una dilatación cervical forzada o a un defecto congénito en el tejido cervical; se asocia con abortos con mayor edad gestacional, luego de las 14 semanas (29,32).

2.4.3 Causas funcionales:

Alteración de la función de órganos o sistemas que interfieren en la normal evolución de la gestación

- Anomalías endocrinas: la diabetes insulino dependiente la madre presenta mala regulación metabólica, con la misma que se ha observado el aumento de la frecuencia de abortos en pacientes que la padecen (34,35).

Causas inmunológicas:

- Los que se asocian con el aborto son de tipo: Autoinmune; como el síndrome de anticuerpo antifosfolípidos; Aloinmunes, como incompatibilidad ABO; Trombofilias (34)

Causas de origen tóxico y ambientales

- Daño por sustancias químicas o irradiación: El óxido nítrico usado como anestésico tiene un riesgo relativo de aborto del 2,6%, fenómeno observado en mujeres que trabajan en sitios quirúrgicos (29).
- Tabaco: En el humo del cigarrillo existen hidrocarburos poliaromáticos que inducen en la placenta formación de radicales libres biotóxicos los cuales tienen un efecto dañino en el feto (29).
- Alcohol: Consumir alcohol durante las primeras ocho semanas es causa tanto de abortos espontáneos como de anomalías fetales (35).
- Cafeína: El consumo de más de 5 tazas de café, conlleva una alta concentración de paraxantina, llevando a un riesgo doble de padecer un aborto (35).
- Anticonceptivos: Los anticonceptivos orales no aumentan el índice de abortos, sin embargo los dispositivos intrauterinos, en caso de embarazo, aumentan considerablemente el índice de abortos (35).
- Estrés psicológico: El estrés laboral aumenta el riesgo de aborto en pacientes mayores de 32 años con un riesgo relativo que corresponde al 2,45% (29).

Causas paternas

- Anomalías cromosómicas en los espermatozoides se han asociado con aborto (35).

En el aborto recurrente se han asociado con mayor frecuencia los factores cromosómicos de los padres; factores anatómicos como anomalía uterina congénita u adquirida; factores inmunitarios como en el caso de trombofilias hereditarias; factores endocrinos como deficiencia de progesterona, síndrome de ovarios poliquísticos, Hipotiroidismo (35).

2.5 Diagnóstico y tratamiento de aborto

2.5.1 Signos y síntomas

El diagnóstico clínico empieza con la búsqueda de factores de riesgo, dentro de la anamnesis la amenorrea, el sangrado genital variable y el dolor son signos y síntomas frecuentes, al examen físico se puede encontrar sangrado genital variable y modificaciones o no del cuello de útero (4).

A continuación se presenta un resumen de la clínica del aborto y su orientación diagnóstica:

Tipo	Datos clínicos
Amenaza de aborto	<p>Amenorrea secundaria</p> <p>Prueba de embarazo positiva (β-hCG cuantitativa)</p> <p>Presencia de vitalidad fetal</p> <p>Sangrado uterino de magnitud variable</p> <p>Dolor tipo cólico en hipogástrico</p> <p>No existe dilatación cervical evidente</p>
Aborto inevitable	<p>Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea</p> <p>Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico</p> <p>Puede haber o no dilatación cervical</p>
Aborto incompleto	<p>Expulsión parcial del producto en concepción</p> <p>Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable</p>

	Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea
Aborto en evolución o aborto inminente	Expulsión inminente del tejido ovular Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino persistente de moderada cantidad Dilatación cervical ostensible
Aborto completo	Expulsión completa del producto de la concepción Disminución del sangrado uterino y del dolor Es frecuente el cierre del orificio cervical
Aborto diferido o huevo muerto retenido	Volumen uterino menor que por amenorrea Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal) No hay modificaciones cervicales
Aborto séptico	Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto Existe secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de Infección Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y del útero; alteración del estado general.

De esta manera un aborto puede ser diagnosticado de manera clínica, sin embargo existen auxiliares de diagnóstico como:

- **Ultrasonido:** Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 31% puede ser imposible determinaren la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino. En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos; las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo en el primer contacto, deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales (35).
- **Anticuerpos monoclonales:** Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas crónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal (35).

2.5.2 Tratamiento

“El sangrado y una infección son los dos riesgos fundamentales de la retención de productos de la concepción, por lo tanto en ese sentido debe dirigirse el tratamiento. El manejo de la paciente puede ser de corta estancia dependiendo de las condiciones de la misma, se incluye actividades como: Realizar control de signos vitales, suspender ingesta de alimentos por 6 horas, suministrar líquidos vía venosa, suministrar analgésicos, el grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer. La administración de útero tónico para disminuir el sangrado. Uso de antibióticos de acuerdo a criterio clínico, la realización de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o un legrado quirúrgico dependiendo de la valoración” (28).

2.6 Complicaciones

Según Bombi (36) los abortos espontáneos presentan una tasa de complicaciones muy baja. Las más frecuentes son la hemorragia y el aborto séptico. La hemorragia puede llegar a ser muy intensa y requerir transfusión sanguínea. Suele ceder con un legrado uterino, pero si la pérdida de sangre es muy importante se puede complicar con una coagulación intravascular diseminada (CID). La CID consiste en un cuadro clínico grave producido por el consumo de factores de coagulación, el cuerpo se va quedando sin las sustancias que hacen coagular la sangre por lo que la hemorragia se hace más profusa, además de producirse fenómenos trombóticos. Este cuadro puede llevar a fallo multiorgánico y riesgo de muerte.

El aborto séptico se produce por la infección del material gestacional de dentro de la cavidad uterina. En algunas ocasiones se produce al intentar manipular el útero de forma mecánica o química en un intento de interrumpir la gestación. La fiebre es el síntoma principal y su evolución puede ir desde un cuadro leve que se resuelva con tratamiento antibiótico a un cuadro muy severo que precise tratamiento quirúrgico y unidad de cuidados intensivos (36).

Otras complicaciones son las derivadas de la cirugía para la evacuación del tejido gestacional retenido, es decir de los legrados. La complicación más frecuente es la retención de restos, es decir que no se consiga eliminar todo el tejido y precise después tratamiento médico o un nuevo legrado (36).

La perforación uterina tampoco es infrecuente, precisando generalmente solo de tratamiento médico y la cicatrización del tejido lesionado (36).

En algunos casos puede producirse una reparación anómala del tejido endouterino, formando sinequias o adherencias dentro de la matriz, de forma que no queda una cavidad normal sino que las paredes del útero están "pegadas". Este síndrome es una de las causas de esterilidad y puede también alterar el flujo menstrual al impedir su salida normal hacia el exterior (36).

Dentro de las complicaciones, la mortalidad es una de ellas, al respecto en Ecuador se encontró que la hemorragia post parto y el aborto son las principales causas de mortalidad materna; a nivel mundial cada año mueren aproximadamente 68000 mujeres por complicaciones vinculadas a abortos

realizados en condiciones de riesgo, casi todas de ellas en países en desarrollo (37).

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre Enero – Diciembre de 2013.

3.2 Objetivos específicos

1. Clasificar factores sociodemográficos del grupo de estudio: edad, residencia, estado civil, instrucción, religión.
2. Establecer patologías asociadas en el embarazo
3. Identificar antecedentes obstétricos y planificación familiar
4. Identificar embarazos planificados y no planificados
5. Clasificar diferentes tipos de abortos

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio.

Para la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues desde el mes de Enero de 2013 hasta el mes de diciembre de 2013.

4.2 Área de Estudio.

El estudio se realizó en el departamento de Emergencia y Gineco-Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, en el área de estadística.

4.3 Universo.

El universo de este estudio estuvo compuesto por todas las pacientes que fueron atendidas con diagnóstico de Aborto en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues desde el mes de Enero de 2013 hasta el mes de Diciembre de 2013, quedando constituido el universo por 225 pacientes.

4.4 Muestra.

La muestra de este estudio estuvo compuesto por todas las pacientes que han sido atendidas con diagnóstico de Aborto en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues desde el mes de Enero de 2013 hasta el mes de Diciembre de 2013, es decir se trabajó con la totalidad del universo; sin embargo tras aplicar criterios de inclusión y exclusión la totalidad de pacientes a ser incluidas en el estudio fue de 201 pacientes.

4.5 Variables.

Para el presente estudio las variables a considerar fueron: edad, residencia, estado civil, instrucción, religión, patologías asociadas en el embarazo, antecedentes obstétricos, planificación familiar, condición de embarazo, tipo de aborto.

4.6 Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de existencia de alguna persona desde su nacimiento hasta la actualidad.		Años cumplidos	<20 años 21 – 30 años 31 – 40 años > 41 años
Residencia	.Lugar en que se vive o se reside habitualmente	Urbano Rural	Zona en que reside	Urbano Rural
Estado Civil	Es la situación personal en la que se encuentra un individuo con relación a otro, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sean parientes, constituyendo en ella una institución familiar, y adquiriendo deberes y derechos al respecto.	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre	Situación personal	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre

Instrucción	Hace referencia a la acción de instruir, a los conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo.	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Nivel alcanzado de instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Católica Cristiana Evangélica Otra Ninguna	Tipo de religión	Católica Cristiana Evangélica Otra Ninguna
Patologías Asociadas en el embarazo	En principio cualquier enfermedad infecciosa sistémica aguda o intrauterina puede afectar al producto de la concepción y dar lugar a aborto, parto prematuro, lesión fetal, etc. Por ello se han implicado múltiples agentes	Chagas VIH Toxoplasmosis Sifilis ITU Paludismo Vaginosis	Enfermedades diagnosticadas asociadas al embarazo	Chagas VIH Toxoplasmosis Sifilis ITU Paludismo Vaginosis

	infecciosos como causa de aborto			
Antecedentes obstétricos	Información de embarazos previos: cuántos ocurrieron; si fueron de término o no; si los partos fueron vaginales o mediante cesárea; problemas asociados; antecedente de abortos.	Gestas Partos Abortos Cesáreas	Todos los antecedentes gineco obstétricos	Gestas Partos Abortos Cesáreas
Planificación Familiar	Refiere habitualmente al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción medi	SI NO	Uso de algún método de planificación familiar	SI NO

	ante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales			
Condición de Embarazo	Embarazo planeado es aquel embarazo que ocurre pese al uso de estrategias preventivas, y para el momento en que las mujeres se dan cuenta, ya han pasado una o dos semanas de la primera menstruación ausente	Planificado No Planificado	Tipo de embarazo	Planificado No Planificado
Tipo de Aborto	Se denomina a la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que un feto pueda ser viable	Incompleto Completo En curso Retenido Recurrente Séptico Inducido	Tipo de Aborto Diagnosticado	Incompleto Completo En curso Retenido Recurrente Séptico Inducido

4.7 Métodos, Técnicas e Instrumentos.

El método a utilizar en el estudio fue la observación, con la técnica de recolección de datos de las historias clínicas; para la recolección de datos se usó un formulario previamente elaborado.

4.8 Criterios de Inclusión.

Todas las historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo con diagnóstico de Aborto en el periodo de Enero a Diciembre de 2013.

4.9 Criterios de Exclusión.

Todas las historias clínicas que se encontraron alteradas, o incompletas de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo de Enero a Diciembre de 2013, tras la aplicación de estos criterios la totalidad de la población incluida en el estudio se redujo.

4.10 Procedimientos.

- Supervisión: El siguiente proyecto de investigación fue supervisado por el Dr. Bernardo Vega Crespo.
- Capacitación: para este proyecto, los autores fuimos capacitados mediante una amplia lectura sobre aborto, sus formas clínicas y complicaciones del mismo.

4.11 Consideraciones Éticas.

Todos los datos obtenidos en esta investigación se usaron con confidencialidad, es decir, bajo ningún concepto se utilizó algún tipo de referencia personal, nombres o números de historia clínica, tampoco se emplearon para ponerse en contacto con las pacientes; por lo tanto la información se manejó de forma general y únicamente con el fin de realizar nuestra tesis, facultando el conocimiento de los mismos exclusivamente a los autores, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y personas involucradas con el proyecto.

4.12 Análisis de la información

Los datos recogidos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, además se obtuvieron estadísticos de dispersión y de ubicación según la variable, además de frecuencias relativas y porcentajes

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Se revisaron la totalidad de historias clínicas de las pacientes atendidas en Emergencia y Gineco Obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo (HHCC) de la Ciudad de Azogues; durante el año 2013 se detectaron 225 pacientes con diagnóstico de aborto de las cuales cumplieron con criterios de inclusión y exclusión 201 pacientes; adicionalmente se menciona que el año 2013 la totalidad de pacientes atendidas en los servicios mencionados fue de 2908. Por lo tanto se estudian 201 pacientes (lo que representa una frecuencia del 6,91%) los resultados de este análisis se presentan a continuación.

5.2 Características demográficas

5.2.1 Edad

Tabla 1. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según edad. Cañar, 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<= 19 años	41	20,4
20 - 29 años	88	43,8
30 - 39 años	60	29,9
40 años y mas	12	6,0
Total	201	100,0

\bar{X} = 26,65 años

Desviación estándar= 7,69 años

Mínimo= 14 años

Máximo= 47 años

Mediana= 25 años

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

La tabla 2 indica la distribución de las pacientes diagnosticadas de aborto según su edad, se puede ver que son pacientes jóvenes en la mayoría de los casos, pues el 43,8% de la población presentó edades entre los 20-29 años;

obviamente la media de esta distribución se ubicó entre estas edades es decir 26,65 años. Otro dato es el mínimo de edad que se ubicó en 14 años.

5.2.2 Residencia

Tabla 2. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según residencia. Cañar, 2014.

RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	81	40,3
URBANO	120	59,7
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: López S, Morales G.

La mayoría de la población residía en el área urbana con el 59,7% mientras que el 40,3% de las mujeres lo hacía en el área rural.

5.2.3 Nivel de instrucción

Tabla 3. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según nivel de instrucción. Cañar, 2014.

INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	80	39,8
SECUNDARIA	87	43,3
SIN ESTUDIOS	4	2,0
SUPERIOR	30	14,9
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: López S, Morales

Las mujeres que poseían un nivel de instrucción secundaria fueron las más frecuentes con el 43,3%; mientras que las mujeres sin estudio fueron las menos prevalentes con un 2%.

5.2.4 Religión

Tabla 4. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según religión. Cañar, 2014.

RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje
CATÓLICO	181	90,0
CRISTIANO	10	5,0
EVANGÉLICO	8	4,0
NINGUNA	1	,5
OTRA	1	,5
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales

La religión que profesan las mujeres mayoritariamente fue el Catolicismo con el 90%; también se registraron otras religiones aunque en menor frecuencia, con el 5% el Cristianismo fue la segunda religión más frecuente.

5.2.5 Estado civil

Tabla 5. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según estado civil. Cañar, 2014.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	98	48,8
SEPARADO	4	2,0
SOLTERO	34	16,9
UNIÓN LIBRE	65	32,3
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales

El estado civil casado fue el más frecuente en nuestra población con un valor cercano a la mitad de la población; también se detectaron una frecuencia elevada de pacientes en Unión libre con el 32,3%.

5.3 Patologías asociadas en el embarazo

Tabla 6. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según patologías asociadas. Cañar, 2014.

Patología		Frecuencia	Porcentaje
Chagas	No	201	100
VIH	No	201	100
Toxoplasmosis	No	201	100
Sífilis	No	201	100
ITU	Si	52	25,9
	No	149	74,1
Paludismo	No	201	100
Vaginosis	Si	12	6
	No	189	94

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales

La frecuencia de patologías asociadas fue nula para la mayoría de enfermedades analizadas, no así para la ITU que es la patología más frecuente con el 25,9% de presentación, y la vaginosis con el 6% fueron las únicas patologías encontradas.

5.4 Antecedentes Obstétricos

5.4.1 Gestas

Tabla 7. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según cantidad de gestaciones. Cañar, 2014.

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
1 gesta	58	28,9
2 a 4 gestas	127	63,2
Más de 4 gestas	16	8
Total	201	100,0

\bar{X} = 2,48

Desviación estándar= 1,5

Mínimo= 1

Máximo= 12

Mediana= 2

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

Se observa que el 63,2% de la población presentó entre 2 a 4 gestas, mientras que el 28,9% 1 gestas; la mediana se ubicó en 2 gestas; también se encontró un máximo de 12 gestas.

5.4.2 Partos

Tabla 8. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según cantidad de partos. Cañar, 2014.

Partos	Frecuencia	Porcentaje
< 2 partos	149	74,1
2 y más partos	52	25,9
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

El 74,1% de la población presentó menos de 2 partos; mientras que el 25,9% presentó 2 y más partos.

5.4.3 Abortos

Tabla 9. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según cantidad de abortos. Cañar, 2014.

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
1 aborto	164	81,6
2 abortos	33	16,4
Más de 2 abortos	4	2
Total	201	100,0

\bar{X} = 1,22

Desviación estándar= 0,58

Mínimo= 0

Máximo= 5

Mediana= 1

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

Más de la mitad de la población presento un aborto, el 16,4% 2 abortos y la minoría con el 2% más de 2 abortos.

5.4.4 Cesáreas

Tabla 10. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según cantidad de cesáreas. Cañar, 2014.

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
0	161	80,1
1	26	12,9
2	12	6,0
3	2	1,0
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

En el 12,9% de los casos las pacientes poseían el antecedente de una cesárea anterior; el 6% 2 cesáreas y el 1% 3 cesáreas.

5.5 Planificación familiar

5.5.1 Uso de anticoncepción

Tabla 11. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según uso de método anticonceptivo. Cañar, 2014.

Uso	Frecuencia	Porcentaje
NO	148	73,6
SI	53	26,4
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

El 73,6% de la población no refirió el uso de métodos anticonceptivos.

5.5.2 Tipo de método anticonceptivo

Tabla 12. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según tipo de método anticonceptivo usado en días previos al embarazo. Cañar, 2014.

Método		Frecuencia	Porcentaje
Barrera	Si	21	10,4
	No	180	89,6
DIU	Si	1	0,5
	No	200	99,5
Hormonal	Si	22	10,9
	No	179	89,1
Emergencia	Si	1	0,5
	No	200	99,5
Natural	Si	8	4
	No	193	96

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

Se puede observar que el anticonceptivo más utilizado por las pacientes en días previos al embarazo, fue el hormonal con el 10,9% del total de la población; y el menos utilizado fue el DIU y el de Emergencia con el 0,5% cada uno.

5.6 Condición del embarazo

Tabla 13. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según condición del embarazo. Cañar, 2014.

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NO PLANEADO	134	66,7
PLANEADO	67	33,3
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

En el 66,7% de los casos el embarazo no fue planificado; es decir al menos 2 de cada 3 casos de aborto.

5.7 Tipo de aborto

Tabla 14. Distribución de 201 pacientes diagnosticadas de aborto en el HHCC en el año 2013 según tipo de aborto. Cañar, 2014.

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
COMPLETO	17	8,5
INCOMPLETO	105	52,2
INDUCIDO	1	,5
RECURRENTE	4	2,0
RETENIDO	70	34,8
SÉPTICO	4	2,0
Total	201	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: López S, Morales G.

La tabla 14 nos indica que el tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con más de la mitad de la población es decir el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo retenido; siendo estos los más representativos también se detectan más tipos de abortos que se pueden observar en la tabla.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Como se ha revisado, el aborto es un tema importante en la salud pública además de su impacto en la sociedad es una de las principales causas de morbi mortalidad en la población femenina ecuatoriana, replicando lo que sucede a nivel mundial; por esta razón se llevó a cabo este estudio con la finalidad de conocer la caracterización socio demográfica de la población afectada en el año 2013 en el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues; se registraron 201 casos lo que da una tasa de 89,26 casos por cada 100000 habitantes (tomando como referencia la población provincial); también se calcula la frecuencia en 6,91% (tomando en cuenta la población total atendida en el servicio en el mismo periodo de tiempo); posteriormente se describen las características socio demográficas.

Al respecto de la frecuencia y tasa de aborto, el INEC (38) establece una frecuencia en el año 2013 de 15,6% a nivel nacional; en comparación con la frecuencia observada en nuestra población es al menos 2,5 veces mayor a escala nacional; esta situación es de prever pues el dato del INEC incluye obviamente poblaciones con más factores de riesgo y mayor tasa de aborto, explicándose también por el tamaño poblacional entre los 2 estudios, las diferencias entre estas frecuencias.

Alvarado y Cruz (39) en el año 2011 llevan a cabo un estudio en España, encontrando que el aborto es más frecuente en pacientes entre las edades de 20 a 24 años. Además el 4% de las solteras abortaron, 11%, casadas; y 85% son convivientes. El 13% para las mujeres que cuentan con nivel de estudios superior, 87% tenía secundaria. Respecto a la paridad, los G1 constituyen el 37%, G2 51% y G3 el 12%. Realizando una comparación con nuestro estudio, en lo que respecta a la edad se encontró en nuestra población una media de 26,65 años es decir un poco más elevada que el rango de 10 a 24 años citado por el estudio mencionado; sin embargo se puede observar que las mujeres

más jóvenes presentaron mayor frecuencia de abortos, en nuestra población la frecuencia de aborto en pacientes adolescentes fue el 20,4% (41 casos).

Narváez (28) cita que la frecuencia de aborto es mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas, las cifras son un 14% y un 5% respectivamente. El antecedente de uno o más abortos previos aumenta el riesgo de aborto en embarazos sucesivos en un 24% y 32%. La edad materna influye en la incidencia del aborto puesto que el riesgo de aborto en mujeres de 35 a 40 años es de 21% y en mujeres mayores de 40 años el riesgo es de 42%, esto, debido a que conforme la edad avanza, se magnifica la posibilidad de que se presente cualquiera de las causas de aborto espontáneo, más adelante señaladas; la tendencia de a mayor edad-mayor frecuencia de aborto no se presentó en nuestra población; pues las mujeres de mayor edad presentaron menor frecuencia que las jóvenes, en el caso de 40 años y más el 6% presentó abortos. En lo que respecta a la paridad en nuestra población la gran mayoría de la población es decir el 94,5% de la población que abortó había presentado 3 o menos partos.

Narváez (28) en su estudio llevado a cabo en Cuenca, encontró que la frecuencia de aborto es mayor en pacientes adultas (más de 19 años) corroborándose con lo encontrado en nuestra población a pesar de los problemas socio culturales y de salud que pasan las adolescentes, esto se puede explicar por el tamaño de la distribución, es decir las pacientes adolescente representan una población menor a la adulta; también se encontró que la mayoría de los abortos fueron los incompletos con el 80,66% coincidiendo completamente con lo establecido en nuestra población pues resulta que el aborto incompleto representó el 52,2% del total de abortos registrados; sin embargo si se nota una diferencia porcentual elevada entre los 2 estudios a pesar de ser realizados en poblaciones vecinas; se puede explicar por la propia variabilidad de las poblaciones. Los abortos diferidos fueron la segunda opción con el 17,05% en mujeres adultas en nuestra población el segundo lugar en frecuencia fue el aborto retenido con el 34,8%.

Quintero y colaboradores (8) encontró en Bucaramanga que la frecuencia de abortos en la población sin ocupación fue del 3,2% siendo la más baja en

comparación con las mujeres que realizan actividades; además mencionan que la frecuencia de aborto fue mayor en pacientes: en unión libre (61,2%); con secundaria incompleta (35,9%); sin planificación actual de la fecundidad (89,6%); en nuestra población también las mujeres con un nivel de escolaridad de secundaria presentaron mayor frecuencia de abortos con el 43,3% lo que podría indicar que en esta etapa escolar se generarían mayores condiciones para un embarazo no deseado; al contrario de este estudio en nuestra población la mayor frecuencia de abortos se presentó en pacientes casadas con el 48,8% sin embargo las pacientes en unión libre también presentaron una frecuencia del 32,3%.

Díaz y colaboradores (40) en un estudio llevado a cabo en Cuba encontraron que las características de las mujeres que terminan el embarazo en aborto son: vivir en viviendas de menos de 4 habitaciones, tener menos de 3 abortos previos, convivir con familias numerosas, ser adolescentes con retraso escolar o adulta con menos de 10 grados de escolaridad, ser fumadora y no abandonar el hábito al saber que está embarazada y ser soltera; en nuestra población estos factores presentaron una variación, por ejemplo en el caso del estado civil las casadas fueron las más afectadas a diferencia del estudio mencionado; sin embargo se coincide en el nivel de instrucción siendo la secundaria la más frecuente.

Brito y colaboradores (16) citan que estudios realizados en países sudamericanos, (Perú, Argentina, Colombia) exponen que la mayor incidencia de abortos se encuentra en la población joven (20-29 años), de bajo nivel socioeconómico y educacional, la mayoría refiere tener unión libre, siendo ama de casa la ocupación más común y la entidad encontrada con mayor frecuencia es el aborto incompleto (65%); lo que se evidencia también en nuestra población es la edad temprana como predominante al momento de evaluar el aborto, también la escolaridad media, coincide también en que las pacientes en unión libre presenta mayores frecuencias de abortos, aunque en nuestra población este estado civil es el segundo en frecuencia detrás de las mujeres casadas, por último el aborto incompleto al igual que en estudios citados anteriormente es el más prevalente al igual que en nuestra población.

Un estudio a nivel nacional llevado a cabo por Cadena y colaboradores (22) encontraron que en el año 2008 la prevalencia de abortos fue del 23,5% y donde los factores epidemiológicos como el grupo etario clasificado entre los 20-30 años marco un alto porcentaje ubicándose en 45,1%; mientras que en las pacientes multíparas se observó un 66,5%, además la procedencia del área urbana tiene un 75,1%, el nivel de instrucción secundaria se estableció con el 68,6% y por último el 54,9% lo tiene las pacientes que convive en unión libre, todos estos resultados con un nivel de significancia de 0,01%; en comparación con este estudio se puede observar gran similitud con los datos de nuestra población; en la edad, la paridad, el nivel de instrucción sin embargo no coincide en que la mayor frecuencia de aborto en nuestra población fue en pacientes casadas.

Ante lo encontrado en nuestra población, se considera que la frecuencia de abortos en el HHCC de la Ciudad de Azogues es elevada a pesar de encontrarse por debajo de la media nacional; más aun considerando que el aborto es una de las principales causas de morbilidad en la población materna.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- En el Hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues se diagnosticaron 201 casos de abortos lo que dio como resultado una frecuencia de 6,91%.
- La media de edad fue de 26,65 años, siendo el grupo de edad más frecuente el de 20-29 años con el 43,8%.
- La población que presentó aborto en la mayoría de los casos las siguientes características: residencia urbana 59,7%; nivel de instrucción secundaria 43,3%; religión católica 90%; casadas 48,8%.
- Se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%.
- Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto contando el actual 81,6; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%.
- El 73,6% de la población no usa anticoncepción; en la población que si lo hace el anticonceptivo más usado fue hormonal con el 10,9%.
- El embarazo no fue planeado en el 66,7% de los casos.
- El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con más de la mitad de la población es decir el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo retenido.
- El tipo de aborto no se asoció ($p > 0,05$) con ninguna variable social ni demográfica.

7.2 RECOMENDACIONES

- Se debe considerar al aborto como una situación de riesgo en todos los casos de esta manera se minimizaran errores y se podrá prestar especial interés en su resolución.

- Dar a conocer a la población general los riesgos que trae consigo el aborto , además de sus complicaciones de esta manera tratar de evitarlos y acudir inmediatamente a las instituciones de salud en caso de presentarlos.
- Resaltar el uso adecuado de métodos anticonceptivos en la población, pues como se ha revisado su uso es bajo en la población afectada por aborto.
- El tratamiento de las pacientes afectadas por aborto debe ser integral, e incluir también la esfera psicológica de las pacientes.
- Socializar los resultados de este trabajo de investigación en la comunidad científica, de esta manera los médicos dispondrán de datos actualizados sobre esta temática que le ayudará de mejor manera el abordaje del aborto.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández H, Gerez S, Ramírez N, et al. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin07214.htm
2. Tàvara L. El aborto como problema de Salud en el Perú. Salud Pública. Ginecología y Obstetricia. Vol 47 N 4. Octubre Diciembre 2001. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N4/pdf/A07V47N4.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición. 2012. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
4. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Componente Normativo Materno. 2008. Disponible en:
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conasa.gob.ec%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D87%3Acomponente-normativo-materno-2008%26id%3D13%3Aprestaciones%26Itemid%3D95&ei=TRGgVPyHLcufgwSX-YKYCg&usq=AFQjCNFxm5LuEXLakjtU6luOuYZRy0mCg&bvm=bv.82001339.d.eXY
5. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Mortalidad Materna. 2009. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
6. Organización Mundial de la Salud. OMS. Centro de Prensa. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. 2014. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
7. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2013. Disponible en:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2013..pdf
8. Quintero E, Ortiz R, Ochoa M, et al. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga.

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
Revista de Salud Pública, vol. 12, núm. 4, 2010, pp. 570-579, Universidad
Nacional de Colombia. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217796004>

9. Muñoz M. Ginecología y Obstetricia. Manual CTO. 8va edición. España:
Editorial CTO; 2011.

10. Organización Mundial de la Salud. OMS. Del concepto a la medición: la
aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS.
Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

11. Neira J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. Pontificia Universidad
Católica de Chile. ARS Revista de Estudios Medico Humanísticos. Vol 6 N6.
Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>

12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del
aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica clínica
(GPC). 2013. Disponible en:

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf

13. Quiroga M, Diaz A, Paredes D, et al. Estudio cromosómico en el aborto
espontáneo y su aplicación clínica. Tema Original. Rev Per Ginecol Obstet.
2007;53(2):124-129. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n2/pdf/A10V53N2.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. OMS. Progestágenos para prevenir el
aborto espontáneo. BSR. Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS. 2009.
Disponible en:

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/miscarriage/cd003511_thacht/es/

15. Urgellés C. Sara, Reyes G. Enrique, Figueroa M. Mariela, Batán B. Yoani,
Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de
escuelas de educación superior, Rev. Cubana ObstetGinecol, vol.38, La
Habana 2012oct.-dic.

16. Brito M, Cortes S, Lòpez P, Zea J. Incidencia y factores epidemiológicos del
aborto en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Universidad Catòlica
Santiago de Guayaquil. 2010. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/581/1/T-UCSG-PRE-MED-21.pdf>

17. Macas J. Frecuencia de factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de Septiembre del 2012 a Febrero 2013. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia. 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1806/1/TESIS%20FRECUENCIA%20DE%20FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABORTO%20INCOMPLETO.pdf>
18. Plúas M. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caraquez “Migue Hilario Alcívar” de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia. 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1886/1/INCIDENCIA%20DEL%20ABORTO%20INCOMPLETO.pdf>
19. Hernández E, Hernández B, Conde A, et al. Aborto diferido como origen de una enfermedad trofoblástica persistente. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 54. Núm. 11. Noviembre 2011. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/aborto-diferido-como-origen-una-enfermedad-trofoblastica-90034649-casos-clinicos-2011>
20. Ferrando D. Epidemiología del aborto en el Perú. VIII Congreso Peruano y VI Congreso Latinoamericano “Avances en Salud Sexual y Reproductiva: Metas del Milenio” 2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net/INPPARESinforma/aborto-como-problema-de-salud-pblica-epidemiologa-del-aborto>
21. Fernández S, Gutiérrez G, Viguri R. La mortalidad materna y el aborto en México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2014 Mayo 19] ; 69(1): 77-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100011&lng=es.
22. Cadena H, Ortega G, Touriz M. Prevalencia del aborto y factores epidemiológicos. Hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús” 2004-2008. Documento online, 2009. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/579/1/T-UCSG-PRE-MED-24.pdf>

23. Buenaño N. Prevalencia de abortos en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba (Enero-Diciembre 2009). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina. 2010. Disponible en:

http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CF8QFjAI&url=http%3A%2F%2Fdspace.esPOCH.edu.ec%2Fbitstream%2F123456789%2F1893%2F1%2F94T00072.pdf&ei=Ux56U7eYlCksATPxoEQ&usg=AFQjCNFStUeTyKFakOhejuoW2tV_IDQeMw

24. Doblado N, De la Rosa I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300011&script=sci_arttext

25. Enríquez B, Bermúdez R, Puentes E, et al. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2010. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000200013&script=sci_arttext

26. Bull M, Della I, Periche A. Factores comunicativos desencadenantes del aborto en la adolescencia. Banes. Enero-Julio 2011. 2012. Disponible en:

<http://www.eumed.net/rev/cccss/20/smz.html>

27. López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de Maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo Enero-Diciembre 2008. Tesis de grado. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2010. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>

28. [Narváez P, Neira A. Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador 2008. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2010. Disponible en:](#)

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3447/1/MED11.pdf>

29. Silva S.; Aborto; En: Alfredo Pérez Sánchez Ginecología; Cuarta edición; Santiago de Chile, Chile; Editorial Mediterráneo; 2011. Pág. 530-554.

30. Regueiro P, Bajo M, Grimau M. Analgoanestesia obstétrica. Capítulo 48. Disponible en: <http://issuu.com/rosidelvalen/docs/sego06>
31. Vargas D, Rubio J. Capítulo 1. Aborto. Obstetricia Integral. Siglo XXI. 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>
32. Domínguez L. Sangrados de la primera mitad del embarazo; En: Vigil-De Gracia Paulino, Gallo Manuel, Espinosa Ana, RuotiCosp Miguel. Obstetricia de alto riesgo- Embarazo de alto riesgo y sus complicaciones. Vol. I. España, Editorial Amolca. 2011. p: 207-214.
33. Romero B, Martínez L, Fontes J. Etiología del aborto a repetición. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_reprod_01_etiologiaaborto.dra_romero.pdf
34. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires-Argentina. Editorial El Ateneo. 2005
35. Cunningham G, J. Leveno K, L. Bloom S, et al. Aborto. En: Williams Obstetricia. 23ª ed. México DF: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2011. p.215-234
35. Gobierno Federal Mexicano. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial de abortos recurrentes. México. 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf
36. Bombi I. Complicaciones del embarazo.MAPFRE. España. 2014. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/complicaciones-aborto.shtml>
37. Guartazaca E, Guzmán J. Morbilidad, mortalidad materna y neonatal y Calidad de atención en el Hospital San Sebastián del Sigsig 2010. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3481/1/MED84.pdf>
38. INEC. Los egresos hospitalarios crecieron 62,4% en 10 años. 2014. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=2%3Alos-egresos-hospitalarios-crecieron-624-en-10-anos&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

39. Alvarado C. Frecuencia de Aborto. Revista Electrónica de Portales Médicos. 2011. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3544/1/Frecuencia-de-aborto.html>
40. Díaz E, Alvarez L, Farnot U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662001000100004&script=sci_arttext

CAPITULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1:

“FRECUENCIA DE ABORTOS Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO EN
EL AÑO 2013”

OBJETIVO

Por medio de la presente encuesta, se recolectara los datos requeridos para establecer la prevalencia de abortos y los factores asociados de las pacientes atendidas en el HHCC.

DATOS PERSONALES:					
<u>EDAD:</u>					
<u>RESIDENCIA</u>	<u>Urbano</u>	<u>Rural</u>			
<u>NIVEL DE INSTRUCCIÓN:</u>	<u>Sin estudios:</u>	<u>Primaria:</u>	<u>Secundaria:</u>	<u>Superior:</u>	
<u>RELIGIÓN</u>	<u>Católico</u>	<u>Cristiano</u>	<u>Evangélico</u>	<u>Otra</u>	<u>Ninguna</u>
<u>ESTADO CIVIL:</u>	<u>Casado:</u>	<u>Soltero:</u>	<u>Viudo:</u>	<u>Separado:</u>	<u>Unión libre::</u>

PATOLOGÍA ASOCIADA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
CHAGAS		
VIH		
TOXOPLASMOSIS		
SIFILIS		
ITU		
PALUDISMO		
VAGINOSIS		

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
	NUMERO
GESTAS	
PARTOS	
ABORTOS	
CESÁREAS	

PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
	SI	NO
USO DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO		

METODO ANTICONCEPTIVO				
BARRERA	DIU	HORMONAL	EMERGENCIA	NATURAL

CONDICIÓN DE EMBARAZO		
	PLANEADO	NO PLANEADO
TIPO DE EMBARAZO		

TIPO DE ABORTO						
INCOMPLETO	COMPLETO	EN CURSO	RETENIDO	RECURRENTE	SEPTICO	INDUCIDO

f.).....