



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**MANEJO DEL ABORTO EN CURSO Y DIFERIDO EN
ADOLESCENTES
CLÍNICA SAN JUAN BOSCO 2010**

**Tesis presentada como requisito para optar por el Grado
de Magíster en Emergencias Médicas**

**Maestrante
Dra. Fátima Lorena Álamos Encalada**

**Tutor
Dra. Gabriela Alcívar Zambrano**

Guayaquil -Ecuador

2012



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la Dra. Fátima Lorena Álamos Encalada, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS**.

Dr. Wilson Maitta Mendoza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Carlos Torres Noé
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Abigail Carriel Ubilla
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Wilson Pozo Guerrero
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Carmen Morán Flores
**SECRETARIA
FAC. CIENCIAS MÉDICAS**

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN CIENCIAS, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR EL SRA DOCTORA FÁTIMA LORENA ALAMOS ENCALADA CON C.I. # 0918167214

CUYO TEMA DE TESIS ES “MANEJO DEL ABORTO EN CURSO Y DIFERIDO EN ADOLESCENTES, CLÍNICA SAN JUAN BOSCO 2011”

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

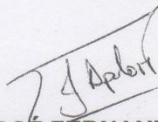
Dra. Gabriela Alcívar Zambrano
TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Yo Ps. Clín José Fernando Apolo Morán Ms.C., con domicilio ubicado en la Urb. Portal al sol km 14 ½ vía a la costa Mz. 1382 villa 12; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR**: Que he revisado la tesis de grado elaborada por la Sra. Dra. **FÁTIMA ÁLAMOS ENCALADA** con C.I.# 0918167214, previo a la Obtención del título de **MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS**.

TEMA DE TESIS: "MANEJO DEL ABORTO EN CURSO Y DIFERIDO EN ADOLESCENTES CLÍNICA SAN JUAN BOSCO 2010."

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.



Ms.C. JOSÉ FERNANDO APOLO MORÁN

C.I.#0918748393

de registro 1006-07-660069

de teléfono celular 099319912

DEDICATORIA

A mis padres, con amor y gratitud
por su apoyo de toda la vida

A mi esposo que con paciencia es parte de este logro

A mis hijas Fiorella, Noelia y Leovanna

Por compartir mi tiempo a la realización de esta meta.

AGRADECIMIENTO :

 Mi agradecimiento total a mi ser supremo, Dios,
 A mi familia, por su apoyo y paciencia
 Y a personas especiales que dejaron huellas
en mi camino por ser incondicionales en la realización
de mis metas... Mónica e Isabel.

ÍNDICE GENERAL.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL AUTOR	
RESUMEN	1
SUMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO II.	
MARCO TEÓRICO.	6
FUNDAMENTACION TEÓRICA.	6-40
CAPÍTULO III.	
MATERIALES Y MÉTODOS.	41-42
POBLACIÓN Y MUESTRA	42
MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	42
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	42
TIPO DE INVESTIGACIÓN.	43
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
CAPÍTULO VI	
BIBLIOGRAFÍA	75
CAPÍTULO VII	
ANEXO	77



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacion
de Ciencia y Tecnologia



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: MANEJO DEL ABORTO EN CURSO Y DIFERIDO EN ADOLESCENTES CLINICA SAN JUAN BOSCO 2010

AUTOR/ES:
DRA. FATIMA LORENA ALAMOS
ENCALADA

REVISORES:
DRA. JOHANNA GABRIELA ALCÍVAR
ZAMBRANO

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA:
MEDICINA

FECHA DE PUBLICACIÓN: 14 DE ENERO

No. DE PÁGS: 87

ÁREAS TEMÁTICAS:
SALUD

PALABRAS CLAVE:
ADOLESCENTE – ABORTO – MANEJO – PROTOCOLO – EMERGENCIA.

RESUMEN: EL ABORTO EN CURSO Y DIFERIDO EN ADOLESCENTES CONSTITUYE UNA PROBLEMÁTICA DE EMERGENCIA, POR LAS COMPLICACIONES QUE GENERA Y POR LA FALTA DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN MÉDICA, POR ELLO HE RELIZADO UN ESTUDIO EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO DE GUAYAQUIL PARA IMPLEMENTAR PROTOCOLOS DE MANEJO DEL ABORTO EN CURSO Y DIFERIDO, TALES COMO LA IDENTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS Y FACTORES DE RIESGO DE ÉSTA MANERA SE EVITARÍAN COMPLICACIONES EN AQUELLAS PACIENTES SOBRE TODO ADOLESCENTES QUE LLEGUEN AL ÁREA DE EMERGENCIA CON ABORTOS EN CURSO Y DIFERIDO.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON
AUTOR/ES: DRA. ALAMOS

Teléfono: 081826232

E-mail: draalamos@hotmail.com

CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:

Nombre:

Teléfono:

RESUMEN

El aborto en curso y diferido en adolescentes, constituye una de las mayores problemáticas de las salas de emergencia, por las complicaciones que se presentan. Se originan en su mayoría por la falta de información acerca de la Planificación Familiar lo cual motivo a realizar el presente estudio cuyo objetivo general fue demostrar que aplicando una normativa y protocolo del manejo del aborto incompleto y diferido disminuirían a cero las complicaciones post procedimiento con Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Intrauterino (LUI). Aplicando este Protocolo se dará una adecuada atención de emergencia y así se disminuirán las complicaciones, dentro de los objetivos específicos eran registrar las condiciones y diagnóstico al ingreso de las pacientes adolescentes con los respectivos datos de filiación, identificar los antecedentes Gineco-obstétricos y factores de riesgo, determinando el manejo hospitalario de las pacientes, evaluando las complicaciones y condiciones de egreso, e implementando el Protocolo de Manejo del Aborto en Curso y Diferido. Fue un estudio prospectivo, descriptivo – analítico, con diseño no experimental cuya muestra fueron las adolescentes con Diagnóstico Confirmado de Aborto en Curso y Diferido atendidas en la Clínica San Juan Bosco, en el período de septiembre del 2010 hasta agosto del 2011; podemos recalcar que la estancia hospitalaria máxima de las pacientes fue de 12 horas que corresponden al 21 %, el procedimiento que más se utilizó fue la Aspiración Manual Endouterina que corresponde al 83% y el 17% al Legrado Uterino Instrumental en abortos mayores de 12 semanas. Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones lo cual demuestra que un manejo adecuado de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad. Los resultados del estudio demuestran que realizando un correcto manejo de la emergencia como lo es el aborto disminuirán las complicaciones, la mortalidad, menor tiempo de estancia hospitalaria y buenas condiciones de egreso y esto es posible aplicando la normativa y protocolo del manejo del aborto en emergencia de la Clínica San Juan Bosco de la Ciudad de Guayaquil.

Palabras Clave: ADOLESCENTE – ABORTO - MANEJO - PROTOCOLO – EMERGENCIA

SUMMARY

The current and deferred abortion in adolescents is a major problem in emergency rooms because of the complications that arise. They originate mostly from the lack of information about Family Planning which reason to conduct this study whose main objective was to demonstrate that applying a standard protocol and management of incomplete abortion and delayed complications would decrease to zero after intervention with MVA and SC. Applying this protocol will be adequate emergency care and thus decrease the complication within the specific objectives were to record the condition and diagnosis at admission of adolescent patients with the respective personal data, identify the antecedents Gynecology and obstetric factors risk, determining the hospital management of patients, assessing complications and discharge conditions, and implementing the Protocol Management and Deferred Ongoing Abortion was a prospective, descriptive - analytic, nonexperimental design which shows the adolescent were Confirmed Diagnosis of Abortion and Deferred Ongoing attending St. John Bosco Clinic, in the period September 2010 through August 2011, we emphasize that the maximum hospital stay of patients was 12 hours corresponding to 21%, the procedure that best use was the manual vacuum corresponding to 83% and 17% by sharp curettage in abortions over 12 weeks. After the hospital management of abortion complications, no patient presented which shows that proper management of this obstetric emergency clinical picture significantly reduces complications and mortality. The results of studies show that making a correct handling of the emergency as is abortion will decrease complications, mortality, shorter hospital stay and good condition of graduation and this is possible by applying the rules and protocol of the emergency management of abortion of San Juan Bosco Clinic of the City of Guayaquil.

Keywords: TEEN - ABORTION - MANAGEMENT - PROTOCOL - EMERGENCY

1. INTRODUCCIÓN

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros. Es relevante y tiene gran trascendencia porque cada día mueren más adolescentes, producto de la práctica del aborto clandestino y realizado muchas veces por personas sin experiencia, provocando no solo aumento de morbilidad sino también de la mortalidad. En la clínica Juan Bosco no existe una Normativa en cuanto al manejo del Aborto y el presente estudio es justamente para Normatizar el manejo y procedimiento cuando la paciente llega a la emergencia. Según algunos estudios realizados en otras instituciones reportan que seguir un protocolo ayuda al profesional a no cometer errores tanto en el diagnóstico como en el manejo clínico y terapéutico del aborto incompleto y diferido. Así mismo otros estudios reportan que las principales complicaciones por no tener un protocolo a seguir en el manejo del aborto es la perforación uterina, laceraciones de cérvix e infecciones. Al respecto la OMS la define como la etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 – 14 años) y la tardía (15 – 19 años).

La adolescencia femenina es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomo -fisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta. El propósito de la investigación es proponer la Normativa y Protocolo para el manejo del aborto, ya que es una herramienta muy importante para disminuir las complicaciones y la tasa de mortalidad en este grupo de pacientes, es difícil de conocer con exactitud la problemática real de los abortos en la

adolescencia en nuestra región, ya que en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones, por lo que se realizan gran cantidad de abortos ilegales que dificultan una recolección fidedigna de estos datos. Sólo Cuba, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos cuentan con estadísticas confiables, ya que el aborto es un proceder no penalizado. Pese a las prohibiciones, en América Latina se estiman en varios millones el número de mujeres que abortan ilegalmente cada año, no hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilegal, y mucho menos conocer qué proporción de estos tienen lugar en adolescentes. En los países de Latinoamérica se estima que la proporción total de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes. En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal es adolescente, en comparación, uno de cada 7 nacimientos se producen en madres adolescentes. Estudios estadísticos, tomando en cuenta datos indirectos, consideran que en Latinoamérica se producen cada año alrededor de un millón de abortos en mujeres menores de 20 años. Podemos afirmar que el fenómeno aborto ha trascendido los marcos de la salud pública para convertirse en polémica social, en la cual participan además de los proveedores de salud, instituciones religiosas, parlamentos, líderes políticos y grupos sociales, que escenifican protestas públicas, promueven foros internacionales, elaboran documentos y diversas publicaciones, tanto a favor como en contra del mismo. Por todo ello, se ha convertido en uno de los temas más delicados de la ética médica actual.

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es la etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar la Normativa y Protocolo del manejo del Aborto incompleto y diferido en la Emergencia de la Clínica San Juan Bosco.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Registrar las condiciones y diagnóstico al ingreso de las pacientes adolescentes con los respectivos datos de filiación.
- 2.- Identificar los antecedentes Gineco-obstétricos y factores de riesgo.
- 3.- Determinar el manejo pre- hospitalario y hospitalario de las pacientes adolescentes.
- 4.- Evaluar las complicaciones y condiciones de egreso.
- 5.- Implementar el Protocolo de Manejo del Aborto en Curso y Diferido

1.3. HIPÓTESIS

Aplicando un Protocolo del manejo del aborto incompleto y diferido en adolescentes se dará una adecuada atención de emergencia y así se disminuirán las complicaciones.

1.4. VARIABLES

Dependiente: Implementación del Protocolo para el Manejo del Aborto.

Independiente: Aborto en Curso y Diferido en adolescentes

2. MARCO TEÓRICO

2.1. GENERALIDADES

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 20 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psicosocial, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad. (1).

Esta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado a sí mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas. (2).

Es en la etapa que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla, y el equilibrio que se produce entre los intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones que señalan un nivel de aceptación positiva o negativa de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.

El adolescente empieza a dirigirse sobre sí mismo en la medida en que toma conciencia de que tiene que ser ante el mismo y ante los demás, una persona diferente e irrepetible.

Es capaz de reflexionar sobre todo lo que ocurre en su entorno, no solo desde una postura de espectador, sino desde un punto de vista crítico.

En esta etapa la joven trata de buscar ámbito de independencia personal, siente necesidad de ser escuchada, valorada y comprendida, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia al círculo de niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto. Para la adolescente es fundamental como lo ven sus coetáneos, surge como necesidad principal ocupar una posición respetada dentro del círculo de estos, y la aspiración de encontrar un compañero próximo, un amigo. Ellos evalúan a los otros de un modo más completo y correcto que a sí mismos, comienzan a formar su imagen a partir de la valoración que hacen de los demás. (5).

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo, tienen su primera experiencia sexual, que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva, antes de cumplir 20 años. (6).

El aborto requiere por su complejidad y sensibilidad un enfoque comprensivo de los servicios y profesionales de la salud. Sus múltiples dimensiones involucran una serie de aspectos, que incluyen los específicamente clínicos, las características personales, psicológicas y el entorno socioeconómico, legal y ético.

Las complicaciones del aborto constituyen unas de las principales causas de muerte materna en la región Latinoamericana. Si bien, algunas muertes son secundarias al conjunto de factores que derivan en una mala calidad asistencial de los servicios de

salud; el mayor componente de mortalidad por aborto se debe al aborto provocado en condiciones de inseguridad.

Una de las principales estrategias sanitarias para la prevención del aborto inseguro consiste en centrar la atención de la mujer basada en cuatro pilares fundamentales:

- Fomentar la atención en la comunidad.
- Promover el acceso a los Servicios de Salud.
- Capacitar profesionales con conocimientos basados en la evidencia científica.
- Proveer alta calidad de asistencia clínica y de servicios de planificación familiar.

DEFINICIONES

Aborto: se define como la expulsión o la extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a quinientos gramos o cuando la interrupción del embarazo se produce antes de las 22 semanas. (8).

Aborto espontáneo: sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. (8).

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

Aborto inseguro: Es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que se realiza por personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (9).

Prevalencia e Incidencia

El aborto espontáneo ocurre en el quince al veinte por ciento de los embarazos conocidos.

A su vez, se estima que a nivel mundial 46 millones de embarazos finalizan en un abortoprovocado cada año y aproximadamente 20 millones son inseguros. El 13% las muertes maternas se atribuyen a las complicaciones de abortos inseguros. El 95% de estos se registran en países en desarrollo. Con respecto a la edad, dos de cada tres ocurren en mujeres entre 15 y 30 años. (9).

La incidencia del aborto inseguro en la región de América Latina y el Caribe al año 2000 se estimó en 29 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años.

Del total de muertes maternas, en Sudamérica 1 de cada 5 se deben al aborto inseguro, mientras que en Centroamérica es 1 de cada 10 y en el Caribe corresponde a 1 de cada 8.

La confirmación de un aborto completo se efectúa por ecografía.

2. Aborto incompleto,

Si la evacuación fue incompleta y no hay signos de infección se debe complementarla evacuación con legrado aspirativo o quirúrgico.

Antes del procedimiento es necesario que el equipo de salud de una explicación clara y tranquilizadora sobre el procedimiento a efectuar.

- En caso de dolor efectuar sedación y/o analgesia como fue descrito en el caso de hemorragia leve.

- Colocar vía venosa para infundir Solución de Lactato Ringer a 20 gotas por minuto.

- Con vistas al procedimiento practicar analgesia paracervical, la anestesia general podrá usarse si se dispone de los recursos humanos y materiales indispensables.

No existen evidencias que avalen el uso sistemático de antibióticos profilácticos en los procedimientos de evacuación uterina.

Métodos de evacuación

La mayoría de los profesionales entrenados pueden efectuar una evacuación hasta las 12 semanas completas del embarazo.

Hasta las 12 semanas completas los métodos preferidos de evacuación son los de aspiración al vacío manual o eléctrica, estos métodos suelen ser más seguros, al provocar menos perforaciones uterinas, entre otras complicaciones. En escenarios en los que no se disponga de métodos aspirativos se utilizará la dilatación y curetaje clásicos.

Cuando sea necesario comenzar el procedimiento de evacuación sin dilatación cervical se recomendará el uso de anestésicos locales (lidocaína) para obtener un bloqueo paracervical. En casos especiales puede ser necesario usar anestesia general lo cual exige recursos humanos y materiales que superan a los disponibles en el primer nivel.

Más allá de las 12 semanas completas y si no hay dilatación ni contracciones se preferirá comenzar el procedimiento de evacuación apelando a métodos médicos para conseguir la dilatación del cuello y la expulsión del feto, debido a que en esta edad gestacional los procedimientos de evacuación exponen a la mujer a mayor riesgo (perforación, hemorragia).

En tal sentido está indicado el uso de:

- Dilatadores osmóticos (tienen el inconveniente de su costo y del tiempo que requieren para ser efectivos).
- Prostaglandinas, el empleo del Misoprostol (un análogo de la prostaglandina E1) por vía vaginal 800 mcg distribuidos en el fondo vaginal y 400 mcg vía oral cada 3 o 4 horas (máximo 4 dosis).

Luego de producida la expulsión del feto se complementará con evacuación por aspiración o por legrado instrumental

Es recomendable enviar siempre los restos ovulares extraídos para estudio anatomopatológico.

Cuidados post procedimiento

Durante las primeras dos horas que siguen al procedimiento deberá evaluarse

- el estado de conciencia,
- si sufre dolor,
- la coloración de piel y mucosas,
- la frecuencia respiratoria,
- la presión arterial,
- la frecuencia cardíaca,
- la temperatura corporal,
- el abdomen y la magnitud; y característica de las pérdidas vaginales

Si todos los parámetros son normales y se confirmó que la mujer:

- Tiene un tamizaje para sífilis negativo,
- Recibió actualización de las vacunas contra el tétano, rubéola y o hepatitis B, etc.
- Recibió orientación sobre planificación familiar o se le proporcionó anticoncepción post evento. La colocación del DIU en el post-aborto inmediato es práctica y segura, con tasas de expulsión similares a las de la colocación después de un intervalo,
- Se administra profilaxis con inmunoglobulina anti D (en caso de tratarse de una mujer Rh negativo no inmunizada)

Si se cumplieron todos los pasos recientemente reseñados la mujer estará en condiciones de recibir el alta hospitalaria para lo cual se deberán indicar:

- Los controles domiciliarios a realizar a fin de despistar precozmente complicaciones (temperatura, color, cantidad y olor de las pérdidas vaginales, persistencia dolor, trastornos del tránsito digestivo).
- Los pasos a seguir en caso de sufrir alteraciones en los controles sugeridos o notar cualquier elemento que la preocupe.
- reinicio de la actividad sexual cuando desaparezcan las pérdidas,
- Y coordinar una visita de seguimiento entre los 7 y 10 días post aborto para evaluar la evolución y completar las acciones que no se hayan podido realizar antes del alta.

Complicaciones post evacuación

- Complicaciones inmediatas y mediatas.
- Hemorragia, suele vincularse a una atonía uterina (más común a medida que mayor sea la edad gestacional), también puede deberse a la retención de restos ovulares o a lesiones (perforaciones) durante el proceso de evacuación.
- Infección, suele caracterizarse por fiebre, escalofríos, secreciones vaginales fétidas, dolor abdominal o pélvico o a la movilización del útero, una metrorragia prolongada o elevación del recuento leucocitario.
- Perforación uterina, es una complicación relativamente frecuente en los procesos de evacuación uterina, especialmente cuando la misma se efectúa mediante curetaje. El espectro de manifestaciones de esta complicación va desde la perforación asintomática que sólo requerirá oxitócicos como tratamiento a la claramente visible con síndrome de irritación peritoneal o shock hemodinámico.

- Complicaciones tardías

- Infertilidad, es una complicación poco frecuente y que se suele ver más frecuentemente relacionada con la evacuación por curetaje.

Situaciones especiales.

- Aborto infectado, del punto de vista clínico se caracteriza por reaparición del dolor, fiebre generalmente en picos. Puede asociarse genitorragia y/o flujo fétido.

El útero está agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión.

En estos casos está indicado comenzar el tratamiento antibiótico intenso y de amplio espectro horas antes de proceder a la evacuación de los restos ovulares. Dependiendo de la gravedad del cuadro se deberá valorar en qué nivel de complejidad se deberá efectuar el mismo.

- Aborto retenido, es una entidad en la cual se ha diagnosticado la muerte del embrión o del feto pero aún no han comenzado las contracciones uterinas ni la dilatación cervical. En estos casos la expulsión espontánea del contenido endouterino es menos riesgosa que acelerar la expulsión, ya que las maniobras de evacuación con cuello cerrado y rígido favorecen las lesiones del cuello, del útero y la evacuación incompleta.

Es necesario advertir a la mujer y su familia sobre estos riesgos. En caso de no contar con posibilidades de un seguimiento clínico de la mujer será recomendable la evacuación para lo cual se procederá en todas las edades gestacionales dilatando el cuello y posteriormente evacuando el útero como ya se ha explicado en métodos de evacuación. (11)

Definición del embarazo en la adolescencia

Se define como embarazo en la adolescencia, aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.(13)

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos;

produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.(15).

Esto se plantea con el argumento de que con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe.

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc.

De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo. Aunque no es lo ideal, se debe educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia. A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado, lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: toxemia, eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida, imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.(17)

Para evitar las consecuencias nefastas de una vida sexual "libre y plena" nos dedicamos tradicionalmente a matizarla de todo tipo de violencia y connotaciones negativas, de mitos y prejuicios, y estereotipos que la van rodeando de un halo de perniciosidad, culpabilidad, represión y rechazo. Si estos criterios han sido profusamente aplicados a adultos de las más diversas edades. ¿Cómo será su práctica en los niños, niñas y adolescentes?

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.¹³ La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. (15).

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. En una reciente publicación se señala que entre el 20% y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años ya del 30% al 67% ha tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en hijos de madres adultas.(4).

Estudios realizados recientemente nos muestran que más de 2 millones de adolescentes son sometidas anualmente a un aborto en países en desarrollo, casi siempre en condiciones de riesgo, reportándose que una de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años.(12)

En nuestro país el aborto se realiza en condiciones generalmente inadecuadas y por un personal no siempre calificado, esto incrementa las complicaciones.

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo en sus brazos, es algo que nos caracteriza como humanos y nuestro compromiso es trabajar en pos de lograrlo en el momento más oportuno.

Síntomas del Embarazo

- Falta del periodo menstrual.
- Agotamiento.
- Aumento del tamaño de los senos y del peso corporal.
- Distensión abdominal.
- Náuseas y vómitos.
- Mareos y desmayos.
- Aumento del apetito.
- Posible irritabilidad.

A menudo no se sospecha del embarazo de la joven hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de sus riesgos, ya que se ha comprobado una relación directa entre las complicaciones del embarazo con el número de semanas de gestación sin atención médica. Esto es especialmente importante ya que las muertes a raíz del aborto inducido en las adolescentes de 15 a 19 años es una de las principales causas de muerte en la población

Por lo anterior, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico temprano. Dado que pocas jóvenes consultan a ginecólogos es de primordial importancia que los médicos generales, los médicos de familia, los pediatras y otros profesionales que atienden a adolescentes estén todo el tiempo alerta a los síntomas vagos que pueden manifestarse durante el embarazo.

Pruebas y test:

Las pruebas de embarazo en orina y/o sangre.

Estudios con ultrasonidos (ecografías) para confirmar o verificar el embarazo y así también las fechas precisas.

El adolescente puede admitir o no el haber tenido relaciones sexuales por lo tanto es importante hacer una prueba de embarazo.

Normalmente hay cambios de peso pero también puede existir una pérdida en caso de que las náuseas y vómitos sean de gran cantidad.

El examen puede mostrar aumento de volumen estomacal.

Se puede palpar el cuello del útero y éste estar aumentado. En el examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas, o de color azulado o morado, el cervix reblandecido, y hay un ablandamiento y ampliación del útero. Todo esto lo puede ver un especialista al hacer el primer examen.

2.2. CAUSAS

Las causas del embarazo adolescente pueden ser muchas, y al mismo tiempo discutibles, pero trataremos de enumerar algunas. Al mismo tiempo los factores de riesgo de las jóvenes de quedar embarazadas y practicarse un legado .Este problema existe en todas las clases sociales, pero tiene más probabilidades de ser madre una niña de bajo estrato social que una con mejor situación económica y padres profesionales.

- Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.
- La inestabilidad familiar.
- La necesidad de probar su fecundidad.

- La pérdida de la religiosidad.
- Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.
- La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual.

2.3. FACTORES DE RIESGOS:

Dentro de los factores de riesgo descritos del embarazo en la adolescencia se encuentran los factores biológicos:

- Aumento de la morbimortalidad materno-perinatal.

Factores médicos del embarazo:

- Trastornos digestivos,
- Metrorragias,
- Abortos espontáneos,
- Anemia,
- Infecciones urinarias,
- Amenaza de parto pretérmino,
- Hipertensión arterial gravídica,
- Parto pretérmino y bajo peso al nacer,
- Presentaciones fetales distócicas,
- Desproporciones céfalo-pélvicas,
- Trabajo de parto prolongado.

Psicosociales:

- Cuando sus madres a su vez les han dado a luz a edad temprana.
- Falta de educación por parte de los padres.
- Crecer en condiciones pobres o precarias.
- Vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes
- El uso temprano de alcohol y/o drogas.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.
- Ambivalencia afectiva por el neonato,
- Atención prenatal deficiente,
- Abandono escolar,
- Situación económica desfavorable,
- Estado de soledad,
- Sobrecarga familiar,
- Limitación de la oportunidad educacional,
- Se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica,
- Desarrollo cultural frustrado de la pareja,
- Comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural,
- Interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional,
- Ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso,
- Vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento,
- Sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad.

Para la familia:

- Se altera la dinámica familiar,
- Búsqueda indirecta de soluciones,
- Falta de preparación para asumir la nueva situación,
- Situaciones económicas desfavorables,
- Actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo.

2.4. DEFINICIÓN DE ABORTO

Es la interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación, pudiendo ser espontáneo, natural, o provocado.

El aborto en el sentido médico se corresponde con los dos trimestres iniciales, no obstante para efectos legales y en casos de malformaciones graves el tiempo puede sobrepasar dichas fechas. La interrupción del embarazo, ya sea natural o inducido, va seguida de la expulsión del producto gestacional por el canal vaginal, y puede estar precedida por pérdidas de sangre por la vagina.

El Aborto: riesgo de muerte o solución.

Frente a un embarazo no deseado en la adolescencia, es común que se piense en la posibilidad de un aborto, las razones pueden ser variadas y van desde la inmadurez de la madre para criar un hijo hasta la presión de los padres “por el que dirán”.

En la mayoría de los casos el padre-adolescente se desentiende totalmente de su responsabilidad, lo que motiva a la joven a tomar esta drástica decisión.

En Ecuador, el 56% de los embarazos no serían deseados. Esto es la principal causa de abortos ilegales.

Se calcula que el 35% de los embarazos termina en aborto inducido, éstos son practicados por “parteras clandestinas”, poniendo en gran riesgo la vida de la madre. En Ecuador se penaliza el aborto igual que a un asesinato.

3.5. TIPOS DE ABORTO:

Aborto inducido o provocado: se llama así al resultado de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. La técnica más empleada sigue siendo la dilatación cervical con bujías de Hegar y la evacuación mediante legrado instrumental o vacuo-extracción con aspiración por vacío, manual o mecánica.

Aborto espontáneo: expulsión de feto de menos de 500 gramos de peso, en ausencia de maniobras facilitadoras.

- a- **Aborto habitual o recidivante:** se denomina así al trastorno consistente en la pérdida de tres embarazos sucesivos en el período correspondiente al de aborto (hasta las 20-22 semanas).
- b- **Amenaza de aborto:** existe amenaza de aborto, cuando hay un incremento de la contractilidad uterina inusual para esa edad gestacional y modificaciones cervicales que incluyen, centralización, ablandamiento, borramiento y dilatación del orificio cervical externo.
- c- **Aborto en curso,** es el cuadro anterior más dilatación del orificio cervical interno.
- d- **Aborto inminente,** es cuando mediante el tacto se puede tocar membranas o partes fetales, a través del orificio cervical interno dilatado.
- e- **Aborto completo e incompleto:** está relacionado con la evacuación total (en block) o parcial de restos ovulares y membranas. Cuando ocurre la segunda opción, aborto incompleto, debe completarse la evacuación total, mediante técnicas instrumentales similares a las del aborto provocado.
- f- **Aborto diferido** se denomina así a la retención del producto de la gestación sin vida, por un período prolongado, que se fija en dos meses o más.

Etiología: se ignoran las causas del aborto espontáneo y sus mecanismos patogénicos. Se señalan como principales factores determinantes a los siguientes:

Factores genéticos: surge de la exploración genética de material de abortos tempranos espontáneos, en los que se ha detectado que del 50 al 60% , presentan anormalidades cromosómicas , siendo las trisomías , las poliploideas y las monosomías , en ese orden, las principales causas.

Factores infecciosos: distintas infecciones pueden infectar al feto y provocarle la muerte, como así mismo provocar contracciones uterinas. Las infecciones que mayormente intervienen en la fisiopatogenia del aborto espontáneo, fisiopatogenia del aborto espontáneo, están: la rubéola, las inclusiones citomegálicas, y las virosis en general.

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

El aborto habitual, tampoco reconoce una o varias entidades causales. Se menciona al azar, como uno de los hechos a tomar en cuenta. Pero también, se han reportado investigaciones genéticas, que muestran que un 5% de ellos, tienen una cromosomopatía con una traslocación organizada.

La teoría más aceptada en la actualidad es la de niveles elevados de anticuerpos antifosfolípidos en la embarazada, incluyendo el anticuerpo anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiopina. Esto se acompaña de anticardiopina, se acompaña de disminución de las prostaciclina, aumento del tromboxano, con la consecuencia de trombosis en la vasculatura placentaria lo que conduce al aborto recidivante o muerte fetal. (17).

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

2.6. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICOS EN EL ABORTO ESPONTÁNEO

Corresponde aclarar en primer lugar que la amenaza de aborto, el aborto en curso y el aborto inminente, son categorías diagnósticas que corresponden a distintas fases de un mismo proceso, por lo que solo tienen un sentido cronológico.

La amenaza de aborto es una entidad nosológica caracterizada por cólicos uterina y sangrada vaginal. El sangrado está representado por sangre roja, rutilante, escasa. Se considera que ocurre en el 25% de todos los embarazos y casi la mitad de ellos terminan con expulsión fetal. El diagnóstico incluye la valoración de HCG, la cual tiene valores más bajos que los esperados para la edad gestacional, se complementa con el estudio ecográfico. Lo primero a determinar en una amenaza de aborto es la confirmación del embarazo, a través de la vesícula gestacional, embrión o feto según la edad gestacional y seguidamente la detección de los latidos cardíacos fetales (LCF). La demostración ecográfica de un embrión que carece de LCF es la evidencia más específica de muerte embrio-fetal.(19).

Tratamiento: la terapéutica principal es el reposo absoluto, físico y psíquico. Mientras se mantengan presentes los calambres uterinos y el sangrado, la mujer deberá hacer reposo en cama y en ambiente confortable. Se pueden agregar sedante y antiespasmódicos según la necesidad demostrada por la respuesta de la enferma a la acción del descanso, pero al igual que los progestágenos, muy usados tradicionalmente en la amenaza de aborto, no hay evidencias a partir de investigaciones serias de su efectividad en la patología.(20)

Aborto en curso: es el cuadro anterior más la comprobación de la dilatación del orificio cervical interno. Las pautas de diagnóstico y tratamiento son idénticas a las de la amenaza de aborto, solo que el reposo deberá hacerse en ambientes hospitalarios y la mujer estará canalizada para mantener vía.

Aborto inminente: La metrorragia es más abundante, los cólicos uterinos se incrementan y se pueden tactar las partes fetales y membranas. Es un cuadro muy parecido al parto y las acciones médicas en ambiente hospitalario se limitarán a

mantener canalizada a la gestante, controlar los signos vitales y estar prevenidos para ayudarla en la expulsión fetal y comprobar si ésta es completa o incompleta.(20)

Aborto incompleto: aquí corresponde de inmediato realizar bajo anestesia un legrado evacuador o una aspiración endouterina y reponer sangre en caso que la pérdida sanguínea haya provocado una anemia aguda.

Aborto completo: también se le llama en block. Se debe valorar la necesidad o no de practicar una limpieza con cureta o aspiración, sobre todo cuando el aborto se ha producido antes de las 12 semanas de gestación.

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo. El 85% ocurre antes de las 12 semanas de gestación.

Etiología

Se estima que 50% del total de óvulos fecundados se pierden en los primeros catorce días del embarazo, no dan sintomatología, se presentan después de un breve retraso coinciden con la fecha menstrual.

Causas conocidas: se clasifican en ovulares y extraovulares.

Las causas ovulares son las más frecuentes y más de la mitad de los abortos tempranos se producen por un desarrollo embriológico anormal secundario a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos.

Las anomalías cromosómicas superan el 10% de los casos. Los principales factores predisponentes de las anomalías cromosómicas son: edad de la mujer mayor a 35 años; enfermedades virales contraídas en el período previo inmediato o durante la gestación y progenitores con antecedentes de anomalías cromosómicas.

Las causas extraovulares se deben a factores maternos y paternos. Dentro de los factores maternos se destacan las causas orgánicas:

Enfermedades infecciosas generales y locales (3%-5%). En las infecciones crónicas los gérmenes pueden atravesar la placenta y afectar al feto como eventualmente sucede en la sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis, listeriosis, enfermedad de Chagas, paludismo y brucelosis. Entre las infecciones locales, se encuentran las infecciones genitales producidas por *Mycoplasma hominis*, *Ureoplasma urealyticum*, *Chlamydia Trachomatis* y en menor proporción por *Neisseria gonorrhoeae*.

Enfermedades pélvicas locales: malformaciones, tumores y las alteraciones uterinas y cervicales (hipoplasia, sinequias, miomatosis, incompetencia cervical, desgarros, etc.).

Causas traumáticas: el traumatismo accidental o intencional (violencia) puede ser causa de aborto.

Causas paternas: espermáticas primarias o secundarias a alteraciones cromosómicas, infecciosas, metabólicas endocrinas, tóxicas, entre otras.

Causas funcionales: Abarcan entre 10% al 15%. La alteración predomina en la función de los órganos y afecta el desarrollo normal del embarazo. Se incluyen enfermedades metabólicas como la diabetes; endocrinas tales como el hipotiroidismo e hipertiroidismo, el hiperandrogenismo y los trastornos endocrinos del ovario, trofoblasto y de la placenta.

En el último caso, no está comprobado que el bajo nivel de progesterona sea la causa, probablemente constituya la consecuencia del aborto endocrino corial o gonadal.

Causas inmunológicas: Las más frecuentes son de tipo autoinmune (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos y trombofilias).

Intoxicaciones: Secundarias a plomo, mercurio, arsénico, fosfatos, bencenos, gases anestésicos y al consumo de alcohol y drogas.

Otras causas: Intervenciones quirúrgicas (mayor riesgo en las ginecológicas y en las abdominales con peritonitis), radiaciones, desnutrición severa, hipovitaminosis, enfermedades maternas crónicas y alteraciones psicosomáticas.

El Aborto espontáneo en relación a la edad gestacional, desarrollo del producto concepcional y su modalidad

Huevo

Embrión

Feto

Viabilidad

Edad Gestacional (semanas)

Precoz

Modalidad

Evolución del producto

Concepcional

Tadio

2.7. ETAPAS EVOLUTIVAS DEL ABORTO

• AMENAZA DE ABORTO

En esta entidad el producto concepcional se encuentra dentro de la cavidad uterina.

El diagnóstico se realiza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y/o metrorragia y al examen genital el canal cervical está cerrado.

• ABORTO INMINENTE, INEVITABLE O EN CURSO.

La metrorragia es abundante y continua; la mayor intensidad de las contracciones uterinas provocan la abertura y dilatación del cuello; el canal cervical está permeable.

Existe pérdida de líquido amniótico en forma de hidrorrea clara o mezclado con la emisión de sangre y/o de componentes ovulares. En ocasiones, el huevo se desprende y protruye a través del cervix uterino.

• ABORTO CONSUMADO

Consiste en la expulsión del huevo fuera de la cavidad uterina. Existen dos modalidades: total o completo y parcial o incompleto.

Aborto completo: El huevo se expulsa en un tiempo, completo y entero. Cesan las contracciones uterinas, desaparece el dolor, disminuyen el tamaño del útero y la metrorragia, e involucionan las modificaciones cervicales.

Aborto incompleto: La expulsión es parcial, se expulsa el huevo y quedan retenidas la placenta y las membranas ovulares. Persisten las contracciones uterinas dolorosas y la metrorragia; el útero está blando y el cuello dilatado.

• **ABORTO COMPLICADO**

Las dos complicaciones más importantes del aborto incompleto son: la hemorragia con anemia aguda y la infección. En el aborto espontáneo las infecciones más frecuentes se producen por el ascenso de los gérmenes que habitan en el tracto genital inferior.

Asimismo, el útero también puede infectarse debido al uso de material contaminado o por la realización de maniobras en malas condiciones de asepsia. La gravedad del cuadro abarca un amplio rango que va desde la endometriitis hasta la sepsis.

La complicación más grave es producida por el *Clostridium perfringens* y constituye el síndrome icteroazotémico de Mondor.

• **ABORTO DIFERIDO**

Se produce la muerte del producto concepcional sin su expulsión. A esta modalidad también se lo denomina “huevo muerto o retenido”. La dinámica uterina es insuficiente para expulsar el huevo (missed abortion). Después de 24 horas, comienzan las modificaciones estructurales del embrión y del saco gestacional (lisis, deformación, achatamiento del embrión y del saco y en etapas más avanzadas puede producirse maceración o momificación). La infección ovular es más frecuente cuando el huevo tiene contacto con el exterior.

• **ABORTO HABITUAL**

La repetición de tres o más abortos espontáneos consecutivos o de cinco o más no sucesivos configura el cuadro de aborto habitual.

Diagnóstico clínico

Aproximadamente el 25% de los abortos espontáneos tienen signos y síntomas evidenciables.

- Anamnesis, se sospechará un aborto o amenaza de aborto ante una mujer en edad fértil con retraso menstrual o un embarazo confirmado que presenta metrorragia de la primera mitad del embarazo, dolor abdominal tipo cólico y eventualmente pérdida de restos ovulares.
- Examen abdominal y genital, tienen como objetivo determinar el tamaño uterino(para decidir vía de evacuación de ser necesario), descartar irritación peritoneal(presente en casos de perforación uterina, vinculada a maniobras o en embarazos ectópicos complicados); tumoraciones abdomino-pélvicas (debidas a complicaciones infecciosas anexiales, ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional o patologías tumorales coexistentes).

Diagnóstico paraclínico

El diagnóstico de aborto es predominantemente clínico. La realización de los estudios paraclínicos no constituye un impedimento para iniciar la terapéutica y solo se reserva para aquellas situaciones con elevada complejidad diagnóstica o cuando la preocupación de la mujer y su familia obliguen a acelerar los pasos diagnósticos.

- Ecografía, cuando se disponga de ultrasonografía se podrá determinar si el embarazo es intrauterino, si existe vitalidad embrionaria y/o si hay decolamientos (hematomas

retrocoriales), o si el huevo ha sido expulsado totalmente (aborto completo) o parcialmente (aborto incompleto). También podrá evaluarse la presencia o ausencia de tumoraciones anexiales y colecciones líquidas en fondo de saco de Douglas.

- Subunidad beta de la hormona coriónica gonadotrófica (Beta-HCG) cuantitativa seriada, cuando existan dudas acerca de la vitalidad embrionaria, en embarazos muy precoces (menores a 6 semanas), el ascenso de los títulos de Beta-HCG en determinaciones seriadas separadas por 48 a 72 horas confirmará la vitalidad.(17)

Diagnóstico diferencial

Las hemorragias de la primera mitad del embarazo que siguen en frecuencia al aborto son:

- Embarazo ectópico,
- Enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme),
- Ginecopatías coexistentes (pólipos, lesiones cervicales malignas o premalignas),
- Trastornos de la coagulación.

Hallazgos clínicos y ecográficos de los principales diagnósticos diferenciales del aborto espontáneo.

CLÍNICA -ECOGRAFÍA

EMBARAZO ECTÓPICO

Dolor.

Sangrado negruzco y escaso.

Tamaño del útero < a la amenorrea.

Tumoración parauterina.

Tumoración parauterina inespecífica.

Ausencia de saco gestacional.

Pseudo saco gestacional.

MOLA HIDATIFORME

Sangrado rojo, a veces con vesículas.

Tamaño uterino > a la amenorrea.

Quistes ováricos.

Útero: imagen típica con vesículas.

Ovarios: quistes luteínicos uni o bilaterales.

ABORTO

Dolor.

Sangrado inicialmente escaso y oscuro, posteriormente abundante y rojo rutilante.

No hay tumoraciones anexiales

Útero ocupado por el saco o por restos ovulares y/o coágulos. Solo estará vacío en el aborto incompleto

Diagnóstico clínico-evolutivo del aborto espontáneo

El aborto puede pasar por diferentes etapas evolutivas, puede comenzar como una amenaza de aborto y retroceder espontáneamente o con tratamiento o puede evolucionar a la etapa de aborto inminente, para llegar finalmente a ser un aborto consumado.

Diagnóstico clínico-evolutivo del aborto espontáneo

Amenazade aborto

Aborto

Inminente

Incompleto

Aborto consumado

Completo

Metrorragia

- **Amenaza de aborto**

Diagnóstico, en esta entidad el saco gestacional y/o el embrión se encuentran dentro del útero. El diagnóstico se realiza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y/o metrorragia. En el examen genital el canal cervical permanece cerrado.

Conducta, se recomendará reposo físico, psíquico y sexual hasta la desaparición de la sintomatología. Se espera primero que disminuyan las contracciones, luego el dolor y por último el sangrado. En este período se intentará definir la causa y tratarla (por ejemplo, en la insuficiencia del cuerpo lúteo se podrá indicar gestágenos).

- **Aborto en curso**

Diagnóstico, la metrorragia suele ser abundante y continua; la mayor intensidad de las contracciones uterinas provoca la dilatación del cuello y el canal se permeabiliza.

Puede identificarse pérdida de líquido amniótico y en ocasiones el saco protruye por el orificio externo del cuello.

Conducta:

Variará en función de si existe o no repercusión hemodinámica:

1. Hemorragia leve a moderada sin repercusión hemodinámica,

- se recomienda calmar el dolor con analgésicos y/o tranquilizantes:

- Diclofenac 100 mg V/O o
- Ketoprofeno 100 mg V/O o
- Acetaminofeno 500 a 1000 mg V/O o
- Ibuprofeno 400 a 800 mg V/O.

En caso de dolor intenso será recomendable combinar analgésicos narcóticos con no narcóticos:

Acetaminifeno/Codeína (300/30) mg V/O.

El ansiolítico más usado es el Diazepam 10 mg V/O.

- esperar que se complete la evacuación espontánea,
- en caso de restos complementar con evacuación por aspiración.

2. Hemorragia profusa y/o repercusión hemodinámica,

- vía venosa periférica en vena de gran calibre, infundir Solución de Lactato Ringer a 40 gotas por minuto,
- oxígeno con máscara de flujo libre,
- analgesia de ser necesaria de acuerdo a lo resumido en caso de hemorragia leve.

En caso de evacuación es necesario contar con anestesia local o general.

- si no se dispone de posibilidad de evacuación uterina, ni sangre segura, derivar a nivel de mayor complejidad, en el traslado la mujer deberá estar acompañada por profesional entrenado en maniobras de reanimación.

• **Aborto consumado**

Como ya se definió consiste en la expulsión del huevo fuera de la cavidad uterina y se reconocen dos modalidades evolutivas (aborto completo e incompleto).

Diagnóstico, cuando el huevo se expulsa completamente, cesan las contracciones, desaparece el dolor, el útero disminuye de tamaño, disminuye la metrorragia e involucionan las modificaciones cervicales; se dice que el aborto es completo.

Si en cambio, la expulsión es parcial y quedan retenidos restos ovulares, las contracciones persistirán al igual que el dolor, continuará la metrorragia, el útero estará subinvolucionado y el cuello estará permeable o parcialmente permeable; en este caso estamos frente a un aborto incompleto.

Conducta, variará en función de si el aborto es completo o incompleto:

1. Aborto completo,

Cuando se sospeche que el aborto ha sido completo puede no requerirse más tratamiento, en ese caso podrá otorgarse el alta hospitalaria

2.8. COMPLICACIONES

Las complicaciones inmediatas de este proceder son: perforaciones uterinas, laceraciones del cuello, hemorragias e infecciones, no así las secuelas a mediano o largo plazo entre las que se destacan mayor riesgo de embarazo ectópico, infertilidad e inflamación pélvica crónica; incrementándose lo anterior señalado en embarazos tempranos donde el útero no tiene la capacidad fisiológica para albergar un embarazo.(20).

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas

manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, las adolescentes embarazadas, casadas o no, tienden a abandonar la escuela. Para las casadas, esto suele ser el comienzo de un patrón de embarazos muy seguidos. Para las que no están casadas, la vuelta a la escuela en muchos casos será imposible porque se considera que han dado un mal ejemplo a los demás alumnos. Al verse así perjudicada la educación de las mujeres, se contribuye a perpetuar la baja condición de la mujer de una generación a la siguiente. Sus oportunidades de empleo serán menores y lo más probable es que continuarán dependiendo de otros para su sustento. El ciclo también se repite de otra manera: las hijas de madres adolescentes con toda probabilidad se convertirán en madres adolescentes ellas mismas, y así la privación continúa. Por otra parte, es probable que los hijos de madres muy jóvenes se críen peor nutridos y con menos cuidados que los de las mujeres más maduras. Esto es particularmente cierto si la familia de una niña escolar embarazada se niega a prestarle su apoyo económico o emocional.(23).

Por estas razones se considera que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

2.9. PREVENCIÓN

La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos.

Por tal motivo debe aplicarse el protocolo de manejo del aborto.

2.10. PROTOCOLO DE ABORTO DE LA NORMATIVA MATERNO NEONATAL DEL MSP ECUADOR.(26)

Aborto

Amenaza de Aborto

Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.

Aborto en Curso(inevitable)

Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas

Aborto Incompleto

Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.

Aborto Completo

Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.

Aborto Diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.

Aborto Séptico

Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.

Aborto Terapéutico

Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en caso morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.

DIAGNÓSTICO DE ABORTO

DIAGNÓSTICO DE ABORTO POR CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Diagnóstico HALLAZGOS

Anamnesis

- Amenorrea.
- Sangrado genital variable.
- Dolor.

Examen Físico

- Sangrado genital variable.
- Modificaciones o no de cuello de útero.

Exámenes de Laboratorio

- Prueba de embarazo en orina o sangre positiva.
- Ecografía abdominal o transvaginal.

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE ABORTO

- AMENAZA DEABORTO
- ABORTO EN CURSO O INEVITABLE
- ABORTO INCOMPLETO
- ABORTO COMPLETO
- ABORTO DIFERIDO
- ABORTO SÉPTICO

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1. MATERIALES.

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El Estudio se realizará en el Área de Emergencias de la Clínica San Juan Bosco de la ciudad de Guayaquil.

3.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El período de la investigación será desde Agosto del 2010 a Septiembre del 2011.

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1. Recursos Humanos

- La investigadora
- Tutora

3.1.3.2. Recursos Físicos

- Computador HP. Windows Vista
- Impresora Canon MP 250
- Hojas papel bond
- Tinta de impresora
- Bolígrafos
- Material Quirúrgico para LUI:
- Jeringuilla de Aspiración intrauterina

3.1.4. UNIVERSO

Todas las pacientes embarazadas que acudieron con aborto incompleto y diferido atendidas en la emergencia.

- 140 pacientes embarazadas con aborto incompleto y diferido

Muestra: Adolescentes con Diagnóstico Confirmado de Aborto en Curso y Diferido.

- 70 pacientes adolescentes atendidas en la emergencia de la Clínica San Juan Bosco
- Se basa en los datos obtenidos a través de encuestas, durante la atención de las pacientes en la consulta externa.

Para la selección de dicha muestra se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

Adolescentes en edades comprendidas entre 10 – 19 años

Adolescentes con diagnóstico de aborto incompleto y diferido

Adolescentes que aceptaron mediante consentimiento informado participar del estudio.

Criterios de Exclusión

Menores de 10 años

Mayores de 19 años

Adolescentes con Amenaza de Aborto

Adolescentes con Embarazo Ectópico

3.2. MÉTODOS

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Sera un trabajo Descriptivo - Analítico.

3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El Diseño de la Investigación es No experimental

Pacientes de 10 hasta 19 años atendidas en la Emergencia con el Diagnóstico de Aborto en Curso o Diferido, que tengan los criterios de inclusión se les explicará previamente los objetivos de la investigación y se les realizará la encuesta en base al formulario creado.

Los datos serán registrados en el formulario e ingresados a una hoja de Excel para posterior análisis con el paquete estadístico de EPINFO-2000.

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES

4.1.1. TABLA 1. TIPO DE ABORTO

Tipo de Aborto	N°	%
En curso	16	23
Incompleto	41	58
Diferido	13	19
Total	70	100%

Fuente : Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

De las pacientes adolescentes ingresadas el 58% ingresaban con diagnostico de Aborto Incompleto, el 23% con diagnostico de aborto en curso y el 19% con diagnostico de aborto diferido. Determinando que el mayor porcentaje acudieron con Diagnostico de Aborto Incompleto.

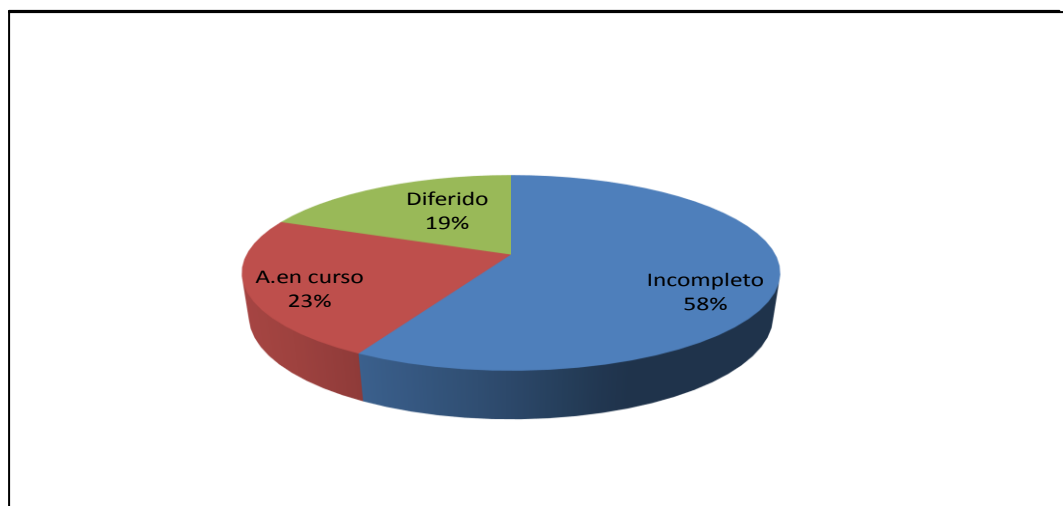


Gráfico 1: TIPO DE ABORTO

4.2. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE INGRESO

4.1.2. TABLA 2 : EDAD GESTACIONAL DE INGRESO

Edad Gestacional de Ingreso	N°	%
12 o <	52	74
13 a 20	18	26
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

En la tabla 2 observamos que en un 74 % de todas las adolescentes que ingresaron al area de emergencia tenían entre 12 o menos de 12 semanas de gestación y el 26 % entre 13 y 20 semanas de gestación. Determinando la detección del embarazo en su primer trimestre.

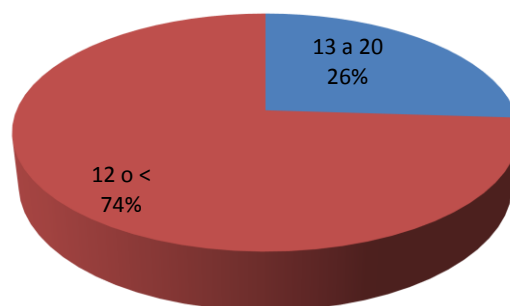


Gráfico 2 : Edad gestacional de ingreso

4.1.3. EDAD DE LA PACIENTE

4.1.3. Tabla 3: EDAD DE LA PACIENTE

Edad	N°	%
10 a 14	19	27
15 – 19	51	73
Total	70	100 %

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

La edad de las pacientes adolescentes de 10 a 19 años se analizaron los datos en dos grupos, de 10 a 14 años que corresponde al 27% y de 15 a 19 años que corresponde al 73%, es la muestra evidente que la mayoría de las adolescentes son colegiales.

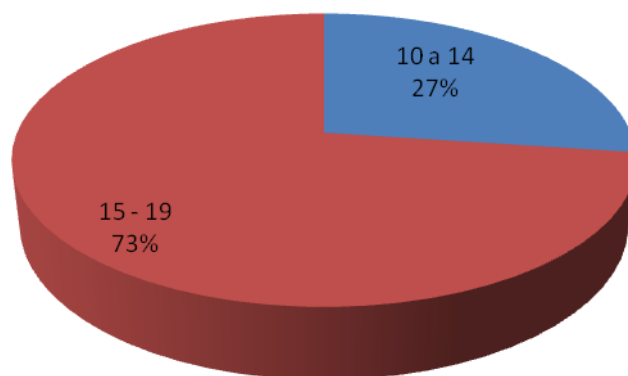


Gráfico 3: Edad

4.4. ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES

4.1.4 Tabla 4: Estado civil de las adolescentes

Estado civil	N°	%
UL	15	21
Soltera	47	67
Casada	8	12
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 67% de las adolescentes que ingresaron con el diagnóstico de Aborto son adolescentes solteras que llevan relaciones en su mayoría sin el consentimiento de sus padres, los mismos que desconocen la vida sexual de sus hijos adolescentes, el 21% tienen como estado civil Unión libre y solo el 12% son casadas, cuyos embarazos son productos en su mayoría de relaciones extramatrimoniales.

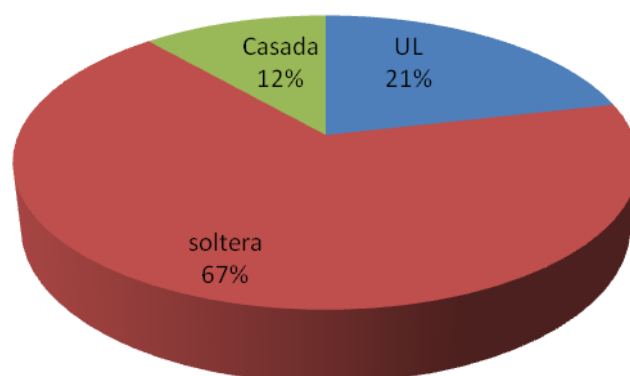


Gráfico 4: Estado civil

4.5. ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

4.1.5. Tabla 5: Instrucción escolar de las adolescentes

Escolaridad	N°	%
Primaria	0	0
Secundaria	65	93
Superior	5	7
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 93% de las pacientes cursaban la secundaria y el 7 % ya estaban en la universidad. Poniendo de manifiesto la precocidad de las relaciones sexuales en un alto índice, siendo las parejas de las adolescentes en su mayoría compañeros de estudio, que no poseen la suficiente madurez para asumir la responsabilidad de un embarazo.

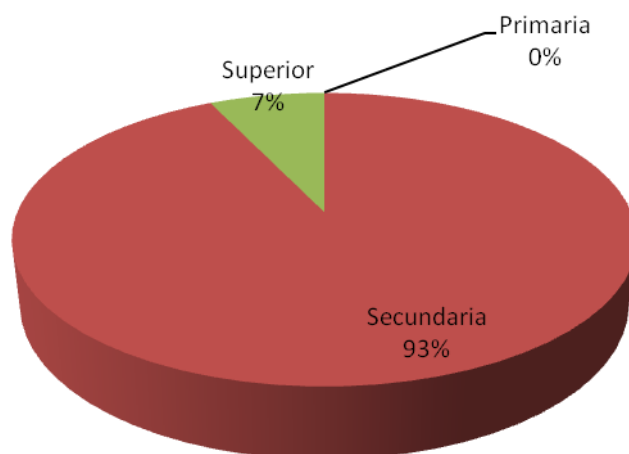


Gráfico 5: Escolaridad

4.2.3. Tabla 6 : Conocimiento sobre métodos de planificación familiar.

Conocimiento sobre métodos de planificación familiar	N°	%
Preservativo	66	29 %
T de Cu	43	19 %
A.O	68	30 %
Inyectable	33	15 %
Otros	15	7 %

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

Del total de 70 pacientes, el 30% conoce sobre los Anticonceptivos orales pero no aplica la forma correcta de administración, ya que generalmente son automedicados y no reciben la información necesaria y correcta sobre ellos; el 29% conoce y utilizan los preservativos, ya que indican que es el método más fácil y económico de uso; el 19% tienen conocimiento sobre T de Cu, pero a pesar que en nuestro medio el sistema de Salud lo otorga gratuitamente, no es utilizado por las adolescentes y el 7% tienen conocimiento sobre otros métodos como el implante subdérmico.

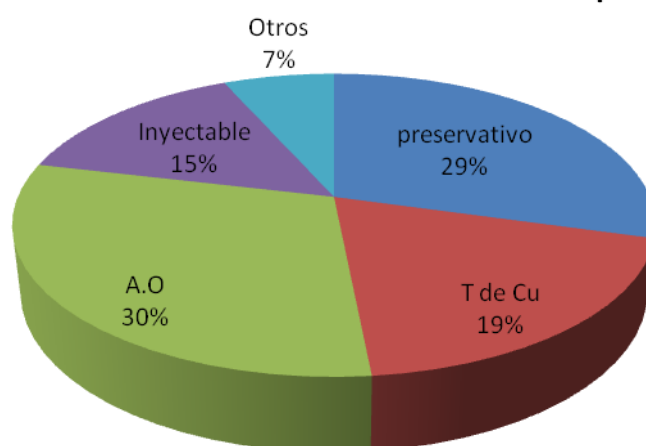


Gráfico 6 : Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos

4.3. MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO

4.2.4. Tabla 7 : Método utilizado :

Método Utilizado	N°	%
A.O.	7	10
Inyectable	3	4
Condón	10	14
DIU	2	3
Ninguno	48	69
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 69% de las adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto no utilizó método anticonceptivo, el 14% utilizó de forma inadecuada el preservativo, el 4% utilizó anticoncepción inyectable en fechas inexactas y el 3% tenían el Dispositivo intrauterino de Cobre ecográficamente a 3 cm. del fondo uterino. Por tal motivo cabe destacar el escaso conocimiento de las adolescentes sobre el uso correcto de cualquier método anticonceptivo, teniendo como consecuencias embarazos no deseados que terminan en abortos.

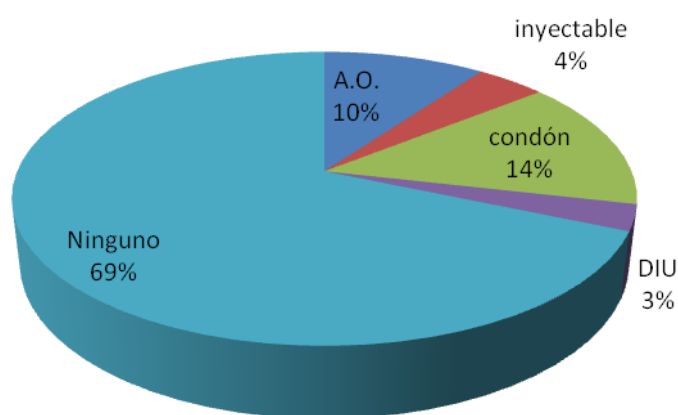


Gráfico 7 : Método Utilizado

NIVEL SOCIOECONÓMICO

4.1.6. Tabla 8: Nivel socioeconómico

Nivel Socioeconomico	N°	%
Alto	2	3
Medio	60	86
Bajo	8	11
Total	70	100%

Fuente : Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 86% de las pacientes correspondían a un nivel socioeconómico medio, el 11% nivel bajo y el 3% nivel alto. Determinando que dicha problemática no tiene niveles sociales, simplemente la clase alta acude de forma discreta a entidades privadas no pudiendo formar parte de las estadísticas.

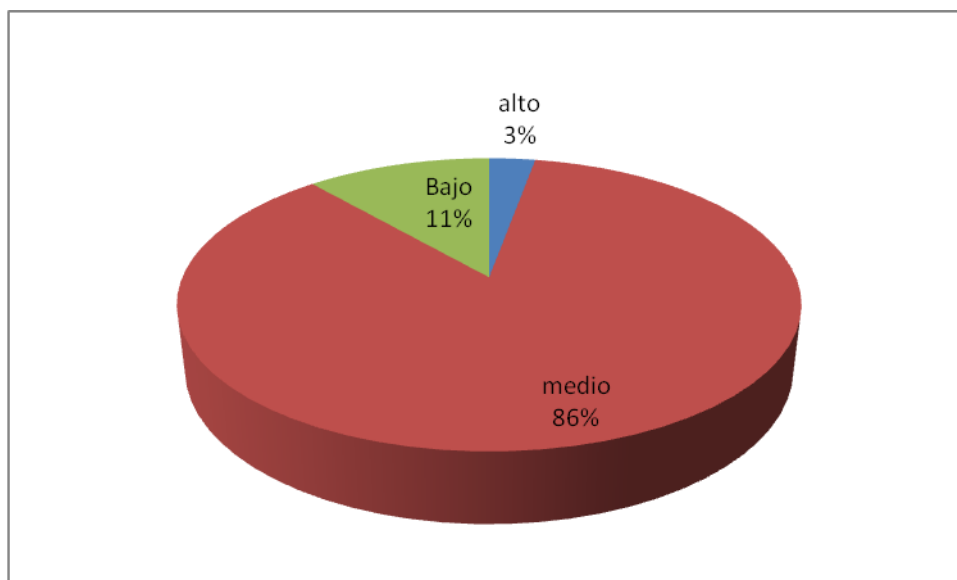


Gráfico 8: Nivel socioeconómico

4.2.. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

4.2.1. Tabla 9 : Antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes G-O	N°	%
Gestas Anteriores	25	36
Primigesta	45	64
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

Del grupo de pacientes en estudio el 64 % de adolescentes fueron primigestas y el 36% con antecedentes de embarazos anteriores que se detallan en la tabla 8. Determinando como conclusión que en su mayoría las adolescentes antes de formalizar una unión conyugal, ya han sido partícipes de las estadísticas de abortos.

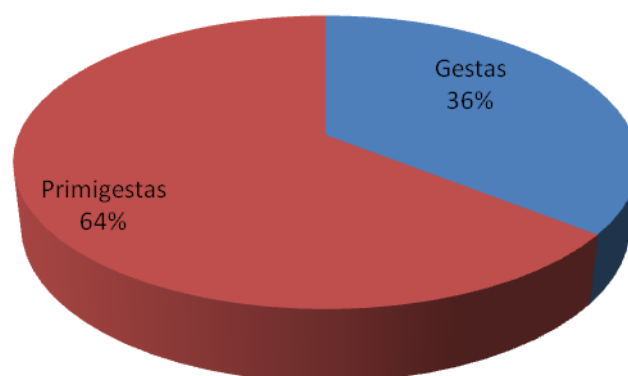


Gráfico 9: Antecedentes Gineco-obstétricos

PERÍODO INTERGENÉSICO

4.2.2. Tabla 10: Período Intergésico

Periodo Intergenésico	N°	%
Menos de 2 años	21	6
2 años o mas	4	30
Primera gesta	45	64
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco

Del total de la muestra el 64 % de adolescentes fueron primigestas, el 30% tenían un periodo intergenésico de menor a 2 años. Motivo por el cual se suelen dar las complicaciones, demostrando nuevamente el pobre conocimiento de los métodos anticonceptivos y el no seguimiento de las pacientes para su capacitación sobre el método adecuado para la adolescente; y solo el 6 % de las adolescentes tienen como período intergenésico de 2 años o más.

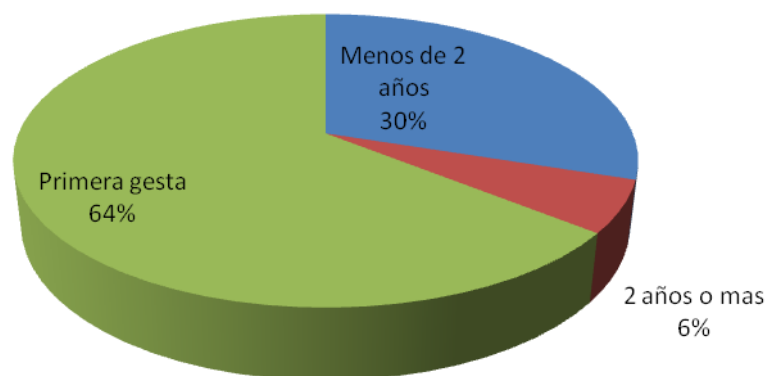


Gráfico 10: Período Intergenésico

TIPO DE GESTAS ANTERIORES

4.2.3. Tabla 11: Tipo de gestas anteriores

A-G-O	N°	%
Partos	8	32
Cesáreas	2	8
Abortos	15	60
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 60% de las pacientes tenían entre sus antecedentes G-O abortos anteriores, determinando la desorientación de la adolescente en relación al cuidado de su vida sexual, llevándola a equivocarse una y otra vez o teniendo de forma equivocado el aborto como método de planificación; el 32 % de adolescentes tienen como antecedentes gineco-obstétricos partos vaginales y el 8% partos por cesárea.

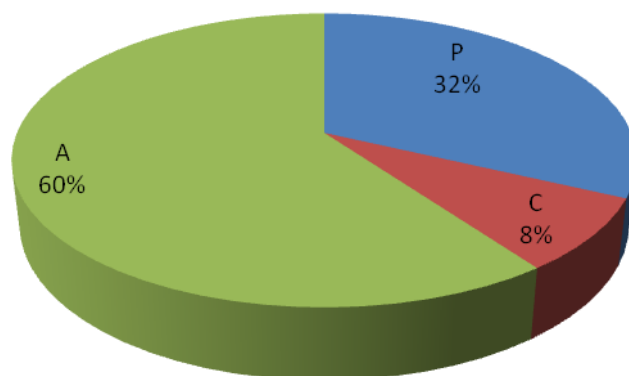


Gráfico 11 : Antecedentes Gineco-obstétricos

MÉTODOS POST-PARTO

4.2.4. Tabla 12 : Método Post-parto

Método Post-parto	N°	%
SÍ	12	28
NO	58	72
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 72% de las pacientes no utilizó método post-parto, por ello reinciden en embarazos no deseados que culminan en abortos de alto riesgo que inician en su lugar de vivienda y ante el hecho de su desesperación al no saber qué hacer acuden con abortos en curso o diferidos a los diferentes centro de salud; y el 28% si utilizó un método anticonceptivo post-parto.

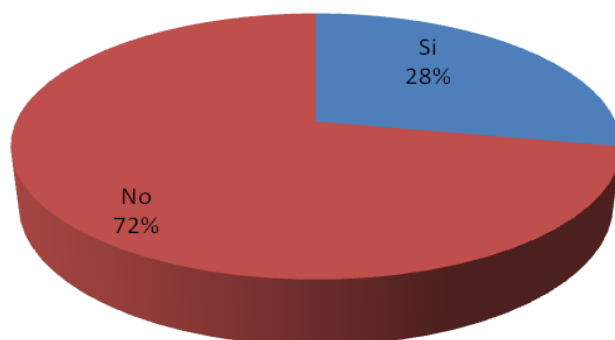


Gráfico 12 : Método post-parto

PACIENTE DECIDIÓ ABORTAR

4.2.5. Tabla 13: Paciente decidió o no abortar

Paciente Decidió Abortar	N°	%
SÍ	27	39
NO	43	61
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 39% de las pacientes decidieron abortar con medicamentos aplicados en su hogar y adquiridos en las farmacias, sin la prescripción médica o sin ninguna valoración previa, llegando con diagnósticos de aborto en curso o incompleto que afirmaron haberse provocado el aborto y el 43% no decidieron sino que fue de forma espontánea que incluyen a los abortos diferidos.

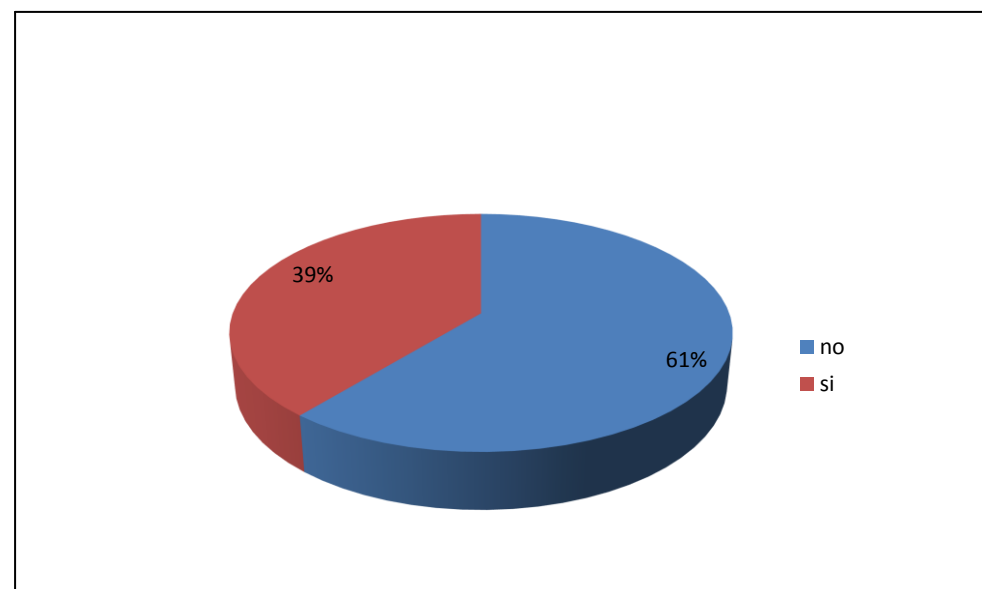


Gráfico 13 : Paciente decidió abortar

4.3. ESTANCIA HOSPITALARIA

4.3.1. Tabla 16: Estancia hospitalaria

Estancia Hospitalaria	N°	%
4H	30	43
6H	25	36
12H	15	21
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

La estancia hospitalaria máxima de las pacientes fue de 12 horas que corresponden al 21 %, de 6 horas el 36% y de 4 horas al 43%. Concluyendo según las estadísticas que los procedimientos realizados y en buenas condiciones son ambulatorios no necesitando el ingreso de la paciente. Siguiendo los protocolos adecuados se evitan las complicaciones.

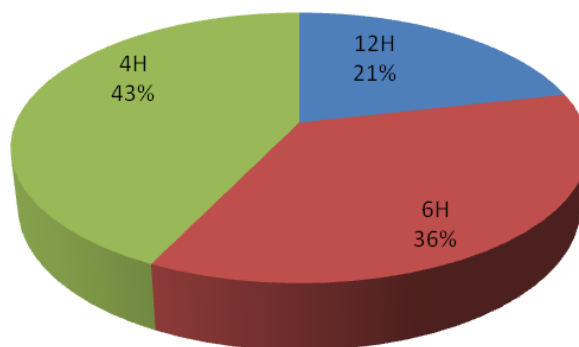


Gráfico 16: Estancia hospitalaria

COMPLICACIONES

4.4.1. Tabla 17: Complicaciones

Complicaciones	N°	%
SÍ	0	0
NO	70	100
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones de ningún tipo, lo cual demuestra que un manejo adecuado y oportuno de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad de adolescentes durante y posterior al procedimiento.

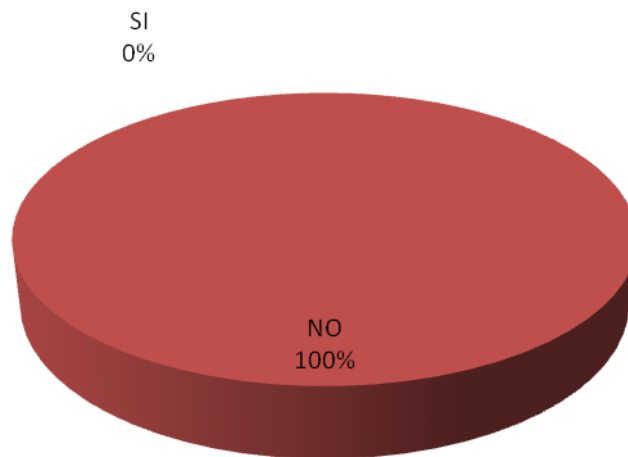


Gráfico 17: Complicaciones

PROCEDIMIENTO

4.4.2. Tabla 18 : Procedimiento

Manejo Realizado	N°	%
Legrado intrauterino	12	17
Aspiración manual endouterina.	58	83
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El procedimiento que más se utilizó en las adolescentes fue la Aspiración Manual Endouterina que corresponde al 83% y el 17% al Legrado Uterino Instrumental en abortos mayores de 12 semanas. No existiendo complicaciones en ninguno de los dos métodos mencionados. Esto nos da a notar que no solo depende del método utilizado sino de el correcto uso de las medidas de asepsia y antisepsia.

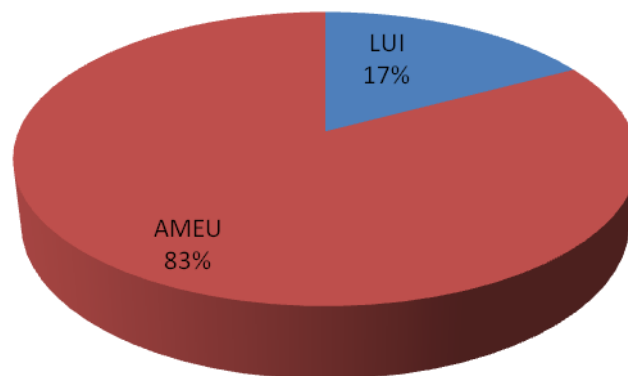


Gráfico 18: Procedimiento

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ABORTIVOS

4.3.4. Tabla 19: Consumo de Medicamento Abortivo

Consumo de Medicamentos Abortivos	N°	%
Medicamentos Abortivos	27	39
Espontáneo	43	61
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

El 61% de las pacientes utilizaron medicamentos abortivos que adquirieron de forma indiscriminada ya sea en las farmacias o con adolescentes cercanas a ellas, que en alguna ocasión ya habían hecho uso de ellos lamentablemente; el 39 % de adolescentes no utilizó ningún tipo de medicamentos ni brebajes abortivos, ya que tuvieron abortos espontáneos.

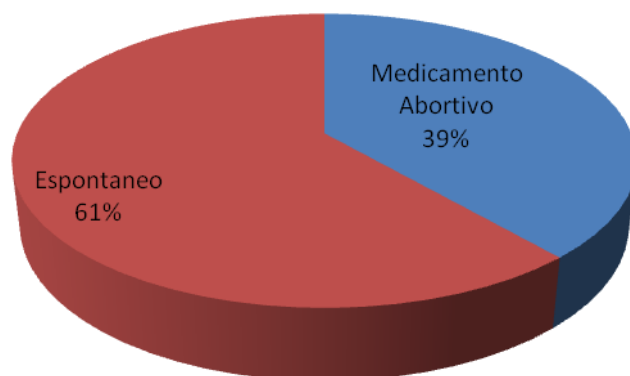


Gráfico 19: Medicamento Abortivo

CONDICIONES DE EGRESO DE LAS PACIENTES

4.4.3. Tabla 17: Condiciones de egreso de las pacientes

Con alguna complicación	N°	%
Mal estado de salud (SI)	0	0
Buen estado de salud (NO)	70	100
Total	70	100%

Fuente: Departamento de estadística de la Clínica San Juan Bosco.

Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones de ningún tipo, lo cual demuestra que un manejo adecuado y oportuno de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad de adolescentes durante y posterior al procedimiento.

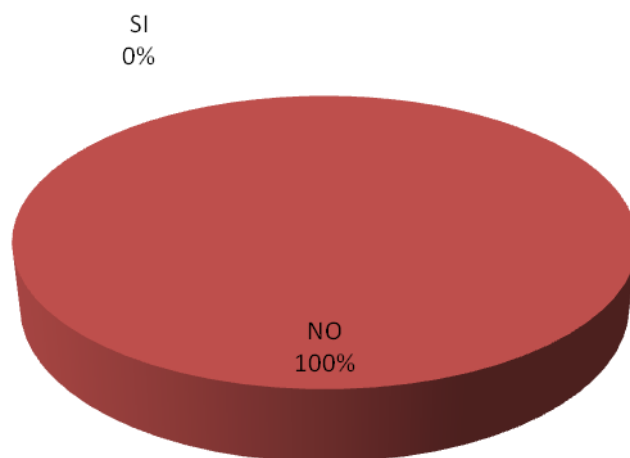


Gráfico 17: Condiciones de Egreso de las pacientes.

4.5. TRATAMIENTO DEL ABORTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA AMENAZA DE ABORTO

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método (si aplica) y examen vaginal especular.
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
8. Brinde apoyo emocional continuo.
9. No administre DE RUTINA tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico (indometacina), pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.
10. Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo.

11. INDICACIONES DE ALTA:

Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares).

No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo.

Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica).

Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual.

12. si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evaluación de incompetencia cervical o abortadora habitual.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL ABORTO EN CURSO O INEVITABLE, INCOMPLETO, COMPLETO Y DIFERIDO

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.
2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
3. Evaluación obstétrica que incluya sangrado genital y examen con espéculo y tacto vaginal bimanual.
4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.

7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
8. Brinde apoyo emocional continuo.
9. Canalice una vía endovenosa con catlón 16 – 18 y soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lactato Ringer).
10. Manejo de shock hipovolémico (si aplica).
11. Analgesia farmacológica (si amerita) tipo Paracetamol 500 mg VO con sorbo de líquido.
12. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.
13. Si dispone de ecografía abdominal o vaginal verifique la condición de ocupación de la cavidad uterina para diagnóstico por clasificación clínica.
14. Brinde consejería sobre anticoncepción posaborto inmediata con DIU.
15. EVACUACIÓN UTERINA si actividad cardiaca es negativa por: Aspiración manual endouterina (AMEU) en embarazo menor a 12 semanas (Ver protocolo más adelante). Puede ser necesaria la maduración cervical con misoprostol 800 ugpor vía vaginal cada 6 horas por 3 dosis o 600 ug sublingual previo a AMEU.

PROTOCOLO DE MANEJO DE ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

PREPARATIVOS DE AMEU

1. Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
2. Brinde apoyo emocional continuo.
3. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.
4. Administre a la mujer paracetamol 500 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.
5. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y a los anestésicos.
6. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.
7. Asegure la disponibilidad de cánulas y adaptadores de los tamaños apropiados.
8. Inspeccione la jeringa para AMEU y prepárela (confirme que funciona el vacío).
9. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga recientemente.
10. Verifique que la paciente se haya lavado y enjuagado a conciencia el área perineal.
11. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.
12. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.
13. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel.

TAREAS PREVIAS AL PROCEDIMIENTO DE AMEU NIVEL

1. Administre oxitocina 10 unidades IM o metilergonovina 0,2 mg IM.
2. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y posición del útero y el grado de dilatación del cuello uterino.
3. Introduzca suavemente el espéculo en la vagina y extraiga la sangre o tejido presentes utilizando una pinza de aro y gasa.
4. Aplique solución antiséptica dos veces a la vagina y al cuello uterino, utilizando gasa o una esponja de algodón.
5. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.

BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA)

1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las identificar el área del fondo de saco vaginal entre el epitelio cervical liso y el tejido vaginal).
2. Inyecte unos 2 ml de solución de lidocaína al 1% inmediatamente por debajo del epitelio, a no más de 3 mm de profundidad, en las posiciones de las 5 y 7 de las manecillas del reloj. aspire halando el émbolo de la jeringa ligeramente hacia atrás para asegurarse de que la aguja no haya penetrado en un vaso sanguíneo.

3. Espere 2 minutos y luego pellizque el cuello uterino con una pinza. (Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar hasta que la paciente no sienta dolor).

PROCEDIMIENTO DE AMEU

1. Explique a la mujer cada paso del procedimiento antes de realizarlo.
2. Con delicadeza, ejerza tracción sobre el cuello uterino para alinear el canal cervical y la cavidad uterina.
3. Si es necesario, dilate el cuello uterino utilizando cánulas o bujías dilatadoras en forma progresiva de menor a mayor tamaño.
4. Mientras mantiene fijo cuello uterino con la pinza, empuje la cánula, elegida con delicadeza y lentamente dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo (no más de 10 cm). Luego retire un poco la cánula alejándola del fondo.
5. Conecte la jeringa al vacío para AMEU a la cánula sosteniéndola en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.
6. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.
7. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.
8. Extraiga cualquier producto de la concepción del orificio del cuello uterino y verifique la presencia de desgarros en el cuello uterino.

BLOQUEO PARACERVICAL (SI NO CUENTA CON ANESTESIA GENERAL CORTA)

1. Cargue 10 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina en una jeringuilla e inyecte 2 ml en el labio anterior o en el posterior del cuello uterino (generalmente se utilizan las posiciones de las 10 a 12 de las manecillas del reloj).
2. Sujete con delicadeza el labio anterior o posterior del cuello uterino con una pinza de un solo diente (en el aborto incompleto, es preferible utilizar una pinza de aro).
3. Ejercer tracción y movimiento ligeros con la pinza para ayudar a cánula en una mano y el tenáculo y jeringa en la otra. Asegúrese de que la cánula no se desplace hacia adelante al conectar la jeringa.
4. Libere la válvula/s de paso de la jeringa para transferir el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula.
5. Evacúe el contenido restante de la cavidad uterina haciendo girar la cánula y la jeringa de la posición de las 10 a la de las 12 de las manecillas del reloj, y luego moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás dentro de la cavidad uterina.
6. Si la jeringa se ha llenado hasta la mitad antes de haber completado el procedimiento, desconecte la jeringa de la cánula. Retire solamente la jeringa y deje la cánula en su lugar.
7. Empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en un recipiente con tapa hermética o gasa.
8. Prepare nuevamente la jeringa, conecte la cánula y libere la/s válvula/s de paso.

9. Verifique si hay signos de finalización del procedimiento (espuma roja o rosada, no se observa más tejido en la cánula, sensación de aspereza y el útero se contrae alrededor de la cánula). Retire con delicadeza la cánula y la jeringa para AMEU.
10. Separe la cánula de la jeringa para AMEU y empuje el émbolo para vaciar los productos de la concepción en una gasa.
11. Retire la pinza del cuello uterino antes de retirar el espéculo y verifique sangrado en el sitio de pinzamiento.
12. Realice un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la firmeza del útero.
13. Inspeccione rápidamente el tejido extraído del útero para asegurarse de que la evacuación del útero ha sido total. Enjuague el tejido con agua o solución salina, si fuera necesario.
14. Si no se ven productos de la concepción, reevalúe la situación para asegurarse de que no se trata de un embarazo ectópico.
15. Si el útero todavía está blando o si persiste el sangrado, repita el procedimiento de AMEU.
16. Coloque el DIU en la cavidad uterina si la paciente acordó el uso de ese tipo de anticoncepción.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU

1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.

3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones.
4. Verifique si hay sangrado o dolor antes de dar de alta.
5. Llene de manera correcta y completa la solicitud de estudio histopatológico. Asegúrese de que la muestra esté correctamente conservada para su envío.
6. Dé instrucciones a la paciente sobre la atención postaborto y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y sangrado.
7. Dígale cuándo debe regresar para la cita de seguimiento y evaluación del resultado histopatológico.
8. Discuta con ella sus metas en lo que respecta a la reproducción, según sea apropiado, y proporcione un método de planificación familiar.

TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE AMEU

1. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
2. Coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.
3. Descontamine o elimine la aguja o la jeringa: enjuagando su interior aspirando y expulsando tres veces consecutivas la solución de cloro al 0,5%, y luego colóquelas en un recipiente a prueba de perforaciones.

4. Conecte la cánula usada a la jeringa para AMEU y enjuague ambas a la vez aspirando y expulsando la solución de cloro al 0,5%
5. Desconecte la cánula de la jeringa y ponga en remojo ambas piezas, en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlas.
6. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
7. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.
8. Permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 30 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

1. Luego de realizar este estudio cuyo objetivo era demostrar que aplicando una normativa y protocolo del manejo del aborto incompleto y diferido, disminuirían las complicaciones y teniendo en cuenta que la muestra fue de 70 pacientes que ingresaron con diagnóstico confirmado por ecografía de aborto excluyendo a las amenazas de aborto. El aborto también es un problema social que no solo afecta a la clase socioeconomica baja sino a la media con un 86%, por situaciones especiales como la inmadurez en esta etapa de la vida ya que el 27% tenían entre 10 y 14 años, el 73% correspondía de 15 a 19 años de edad con una media de 16 años donde aún no se ha realizado un plan de vida definido, también se observó irresponsabilidad de la pareja y apoyo para que las adolescentes se realicen el aborto.

2. El 60% de las pacientes tenían entre sus antecedentes G-O abortos anteriores, el 32% partos vaginales y el 8% partos por cesárea. De las 70 pacientes del estudio, 25 tenían gestas anteriores de las cuales 72% de las pacientes no utilizó método post-parto y el 28% si utilizó un método anticonceptivo post-parto. Del total de 70 pacientes, el 30% conoce sobre los Anticonceptivos orales, el 29% también conocen sobre el uso de preservativos, el 19% sobre T de Cu y el 7% tienen conocimiento sobre los anteriores y otros como el implante subdérmico. El 70% desconocían sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos donde también se incluyó pacientes que conocían erróneamente el uso de los mismos.

3. La estancia hospitalaria máxima de las pacientes fue de 12 horas que corresponden al 21%, de 6 horas el 36% y de 4 horas al 43%. Esto se debe al adecuado manejo de la paciente ingresada por aborto.

El 56% de las parejas de las pacientes estuvieron de acuerdo con el aborto y el 44% deseaban el embarazo. El procedimiento que más se utilizó fue la Aspiración Manual Endouterina que corresponde al 83% y el 17% al Legrado Uterino Instrumental en abortos mayores de 12 semanas.

El 61% de las pacientes utilizaron medicamentos abortivos, el 39% no utilizó ningún tipo de medicamentos ni brebajes abortivos. Los medicamentos abortivos son conseguidos fácilmente en las farmacias dando a notar la falta de control del expendio de esta medicina (Misoprostol). Las pacientes referían que se las recomendaban las amigas que ya se habían realizado un aborto y a dos de las pacientes se las recomendaron en la misma farmacia.

4. Luego del Manejo hospitalario del aborto ninguna paciente presentó complicaciones lo cual demuestra que un manejo adecuado de este cuadro clínico obstétrico de emergencia disminuye notablemente las complicaciones y la mortalidad.

El aborto es una emergencia muy frecuente en el área de emergencias gineco-obstétricas, lo cual motivo a realizar el estudio, demostrando que se aplicó el protocolo propuesto dando como resultado cero complicaciones en las pacientes ingresadas.

De las pacientes ingresadas el 58% correspondían a Aborto Incompleto, el 23% aborto en curso y el 19% aborto diferido.

5. Los resultados del estudio demuestran que realizando un correcto manejo de la emergencia como lo es el aborto disminuirán las complicaciones, la mortalidad, menor tiempo de estancia hospitalaria y condiciones de egreso buena; esto es posible aplicando la normativa y protocolo del manejo del aborto en emergencia de la Clínica San Juan Bosco de la Ciudad de Guayaquil.

4.3. RECOMENDACIONES

- 1.- Aplicar la Normativa y Protocolo del Manejo del Aborto.
- 2.- Implementar un área de charlas sobre anticonceptivos post- procedimiento antes del alta hospitalaria.
- 3.- Entregar folletos con información sobre las complicaciones del aborto y las opciones de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
- 4.- Aplicar un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria.

5. Bibliografía

1. Aimee D. Eyvazzadeh, MDa, Deborah Levine, MDb,* Imaging of Pelvic Pain in the First Trimester of Pregnancy *Ultrasound Clin* 1 (2006) 257–271.
2. Abernathy, Mariana. Planificación de un suministro sostenible del instrumental de aspiración manual endouterina: Una guía para administradores de programas. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2005.
3. Cabezas Cruz, Evelio. Mortalidad Materna y Perinatal en adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2002; 28 (1):5-10
4. Colectivo de Autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2000.
5. Carrera, JM. Mallafre, J. Serra, B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ta. edición. 2006.
6. Cabezas E. Salud reproductiva; aborto provocado. En Rodríguez Armas O. SantisoGálvez R. Calventi V. *Ginecología Fertilidad Salud Reproductiva (Flasog)* Caracas:Ateproca 2002 (1):691–724.8.
- 7.Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *FertilSteril* 1999 Jun;71(6):1054-9.
- 8.Forna F, GülmezogluAM . Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del abortoincompleto (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007.
9. González Labrador, Ignacio; MiyarPieiga, Emilia; González Salvat, Rosa Maria. Algunas consideraciones sobre el aborto. La educación sexual como una alternativa en su prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001; 17 (3): 281-
10. Harris LH, Dalton VK, Johnson TRB. Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *Am J ObstetGynecol* 2007;196:445.e1- 445.e5.
11. Indicadores seleccionados sobre abortos inducidos. Anuario estadístico de salud en Cuba. 2003.
12. Indicadores seleccionados sobre natalidad. 1970-2003. Anuario estadístico de salud en Cuba. 2003.
13. Lucas Lucas, Ramón. Bioética para todos. México: Trillas, 2004.

14. Mayo Abad, Digna. Algunos aspectos histórico sociales del Aborto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2002; 28 (2)
15. Mortalidad materna. Anuario estadístico de salud en Cuba 2003.
16. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.2.
17. Rigol Ricardo, Orlando y otros. Obstetricia y Ginecología. Cap. 14 Sangramientos en Obstetricia.
18. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam Salud Reproductiva* (Flasog) Caracas: Ateproca 2002; (1):691–724.8. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam*
19. Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:575.e1-575.e6.
20. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (2):CD002855.
21. Soto Martínez, Oscar; Franco Bonal, Anelys; Franco Bonal, Arlene; Silva Valido, Jorge; Velásquez Zúñiga, George A. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2004; 20 (1).
22. Sharonn J. Reeder RN, PhD, Faan; Leonide L. Martin RN, Ms, DrPh; Deborah Koniak Rn, EdD. *Enfermería Materno Infantil*. Decimoséptima edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
23. Seuret Rojas, Rene Antonio. El Aborto, una mirada desde las mujeres. Tesis presentada en la opción al título académico de master en desarrollo social en El Caribe. FLASCO 2002.
24. Steinauer J, Landy U, Filippone H, et al. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: A national survey. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:39. e1-39.e6.
25. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
26. Normativa Materna. Neonatal, MSP, Capitulo Aborto, 2008.

6. ANEXOS

N° HC:.....

Edad	10 - 17	18 – 19		
Estado civil	UL	Soltera	Casada	
Escolaridad	Años de estudio	< de 8 años	8 o > años	
Conocimiento de métodos de planificación familiar	preservativo	T de Cu	A.O.	Inyectable otros
Periodo Inter genésico	Menos de 2 años	2 años o mas		
Método que ha utilizado	A.O.	Inyectable	condón	DIU
Nivel socioeconómico	alto	Medio	Bajo	I.Promedio \$
A.G.O.	G	P	C	A
La pac. utilizó método post-parto en caso de emb. Ant.	si	No	Cual:	
Ingreso económico de la adolescente	si	No	Cantidad	
Ingreso económico de la familia	si	No	Cuantos	Cantidad +
Ingreso económico de la pareja de la adolescente	si	No	Cantidad	Total
Decidió abortar	si	No		
Pareja le apoyo para el aborto	si	No		
Se practicó abortos anteriores	si	No	cuantos	
Costo hospitalario de pacientes atendidas por aborto	costo	Estancia hospitalaria en horas		
Procedimiento realizado	LUI	AMEU	Consumo medicamentosos	
Tipo de Aborto	En curso	Diferido	provocado	Espontaneo
Diagnóstico de ingreso				

Variables de estudio y su operacionalización:

Variable	Tipo de Variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Diagnóstico clínico	Cualitativa nominal	Tipo de Aborto.	Según diagnóstico clínico patognomónico	Porcentaje de los Diagnósticos Clínicos encontrados en las pacientes
Diagnóstico eco gráfico	Cualitativa nominal	Tipo de Aborto.	Según patrón sindrómico eco gráfico	Porcentaje de los Diagnósticos de las pacientes según criterios clínicos
Manejo Pre hospitalario Consumo de medic. como abortivos	Cualitativa ordinal	Incremento Mantenimiento Disminución Eliminación	Según medicamentos consumidos y número de tabletas	Medicamentos y número de tabletas
Consumo de brebajes u otros métodos mecánicos como abortivos	Cualitativa ordinal	Incremento Mantenimiento Disminución Eliminación	Según el brebaje o instrumento utilizado	Porcentaje de los Diagnósticos de las pacientes según criterios tradicionales
Manejo Hospitalario	Cualitativa Nominal	Según el tipo de Aborto	Según el método utilizado	
Complicaciones	Cuantitativa Nominal	Leve Moderada Grave	Leve Moderada Grave	Numero de Complicaciones registradas en el historial clínico.
Condiciones De Ingreso	Cuantitativa Nominal	Estable Inestable	Estable Inestable	Porcentaje de los Diagnósticos ingresados
Condiciones De Egreso	Cuantitativa Nominal	Bueno Regular Malo	Bueno Regular Malo	Número de altas y referencias realizadas