

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

INCIDENCIA DE ABORTOS EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL
TAIWÁN 19 DE MARZO EN EL PERIODO ENERO 2015 A ENERO 2016.



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Yudelka Martínez Jiménez

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Dra. Rosa Magalis Piña (Clínica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2017

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción...	1
I.1. Antecedentes.	2
I.2. Justificación.	3
II. Planteamiento del Problema.	4
III. Objetivos.	6
III.1. General.	6
III.2. Específicos.	6
IV. Marco Teórico.	7
IV.1. Historia del aborto.	7
IV.2. Aborto.	8
IV.2.2. Clasificación.	9
IV.2.2.1. Aborto espontáneo	9
IV.2.2.2. Inducido o provocado.	9
IV.2.2.3. Aborto inseguro.	10
IV.3. El aborto en adolescentes.	10
IV.3.1. Características socioeconómica de las adolescentes.	11
IV.3.2. Causas de aborto.	12
IV.4. técnicas para la realización del aborto.	13
IV.4.1. Médicas.	13
IV.4.2. Quirúrgicas.	14
IV.5. Morbilidad del aborto.	17
IV.6. Fisiología.	18
IV.7. Epidemiología.	19
IV.8. Etiología.	19
IV.9. Factores de riesgo.	20
IV.9.1. Físicos.	20

IV.9.2. Psicológicos.	21
IV.9.3. Sociales.	22
IV.10. Diagnóstico.	22
IV.10.1. Amenaza de aborto.	22
IV.10.2. Aborto en curso.	23
IV.10.3. Aborto incompleto.	23
IV.10.4. Aborto retenido.	24
IV.10.5. Huevo huero.	24
IV.10.6. Abortos repetición.	24
IV.10.7. Aborto legal.	24
IV.10.8. Ultrasonido.	24
IV.11. Tratamiento.	25
IV.11.1. Farmacológico.	25
IV.11.2. Quirúrgico.	26
IV.11.2.1. El legrado o curetaje.	27
IV.11.2.2. Dilatación.	27
IV.12. Complicaciones.	27
IV.13. Prevención.	29
IV.14. La adolescencia.	29
IV.14.1. Embarazo en la adolescencia.	31
IV.14.2. Factores de riesgo.	32
IV.14.3. Decisión de abortar y respeto a la autonomía en adolescentes.	33
IV.14.4. Aborto en la adolescencia y consentimiento informado.	34
IV.14.5. Problemática del adolescente.	35
IV.14.6. Aborto en la adolescencia y el consentimiento de los padres.	36
V. Hipótesis.	37
VI. Operacionalización de las variables.	38
VII. Material y métodos.	39
VII.1. Tipo de estudio.	39
VII.2. Demarcación geográfica.	39
VII.3. Población y muestra.	39

VII.4. Muestra.	39
VII.5. Criterio de inclusión.	40
VII.6. Criterios de exclusión.	40
VII.7. Técnica utilizadas.	40
VII.8. Instrumento de recolección de datos.	40
VII.9. Procedimientos.	40
VII.10. Tabulación y análisis.	41
VII.11. Criterios éticos y bioéticos.	41
VIII. Resultados.	42
IX. Discusión...	50
X. Conclusiones...	51
XI. Recomendaciones...	52
XII. Referencia.	53
XIII Anexos.	57
XIII.1. Cronograma.	57
XIII.2. Instrumento de recolección de datos.	58
XIII.3. Costos y recursos.	59
XIII.4. Evaluación...	60

Kati De León, excelente médico familiar. Buena profesora y excelente persona.

Mis compañeros y colegas.

Mildred Flores, Maris Hernández, Rossana Portoreal Luna, Dra. De La Cruz, Dr. Geraldo De León Agrispino, Dra. Yeny Beltré, Emiliana Sención, Alexandra Encarnación, Rossana Farias, Mercedes De León Mora, Erisbelis Ramírez, Elsa Canario, Bladimira Medina, Héctor Cedeño, Luís Méndez, Scarle Agramonte, Miguel Tavera, Clara Fernández, Keila Corporán, y todos mis amigos gracia por soportarme

Mis asesoras.

Dra. Rosa Magalis Piña, asesora clínica de esta tesis
Claridania Rodríguez, metodológica

A las autoridades del Hospital Taiwán 19 DE Marzo de Azua.

Por permitirme realizar esta investigación colaborar con esta causa

A los pacientes.

Que acudieron a esta consulta. Que a pesar de ser adolescentes fueron las colaboradoras más importante de esta investigación.

La sustentante.

DEDICATORIAS

A Jehová Jireh.

A mi madre: Maritza Mesa.

A mi Marido: Rodolfo Geraldo.

A mis hijos: Enmanuel Espinal, Mariela Espinal y Moisés Geraldo.

A mi tía y amigas: Alba Francisca Mesa, Darlenys Díaz, Julia Barreiro, Carmen de la Rosa.

Dra. Yudelka Martínez Jiménez

RESUMEN.

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo diseñado con la finalidad de determinar incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwan 19 de enero 2015 a enero 2016. El universo estuvo constituido por 606 de todas las adolescentes. La muestra estuvo constituida por 157 pacientes adolescentes. Resultados de un total de 606 adolescentes, la incidencia de aborto fue de 157 para un 25.9 por ciento. El 53.5 por ciento de los pacientes son adolescentes de 18-19 años. El 52.2 por ciento de las adolescentes son de secundaria. El 57.9 por ciento de las adolescente su procedencia es rural. El 68.8 por ciento de los pacientes su estado civil es de unión libre. El 59.9 por ciento de las adolescentes obtuvieron un antecedente obstétrico de G₁. El 52.9 por ciento de las adolescentes tenían de 9-15 semanas de gestación.

Palabras claves: prevalencia, aborto, adolescentes.

ABSTRACT.

Is conducted a study retrospective and descriptive designed with the purpose of determine incidence of abortion in adolescents in the Hospital Taiwan 19 of January 2015 to January 2016. The universe was constituted by 606 of all those teenagers. The sample was constituted by 157 patients teenagers. Results from a total of 606 adolescents, the incidence of abortion was of 157 for a 25.9 percent. The 53. 5 percent of those patients are adolescents of 18-19 years. The 52.2 percent of the adolescents are of secondary. The 57.9 percent of them teenage its origin is rural. The 68.8 percent of those patients their State civil is of union free. The 59.9 percent of the teen obtained an antecedent obstetric of G1. The 52.9 percent of the adolescents had of 9-15 weeks of gestation.

Key words: prevalence, abortion, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN.

Por lo general, el embarazo constituye un acontecimiento feliz para la familia y en especial para la mujer, sobre todo cuando ha sido planificado. Sin embargo, cuando el embarazo no fue deseado conlleva a enfrentar decisiones difíciles que pueden ser un riesgo para la salud. Cuando se presenta este tipo de situación se tiene dos opciones: por un lado, intentar su interrupción a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento implica y por otro, continuar con el embarazo.¹⁻³ La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las épocas, siendo visto en algunos casos como un acto legal y aceptado, y otras veces, ilegal y rechazado.

Las condiciones inseguras que caracterizan la interrupción de un embarazo en países en donde el aborto es penalizado se acompaña de complicaciones derivadas del procedimiento empleado como la perforación del útero, la hemorragia y la infertilidad a mediano plazo.⁴ Esto se agrava cuando la mujer no cuenta con información suficiente que le permita identificar los signos de las complicaciones, situación que trae consigo a una búsqueda tardía de atención por temor, vergüenza o desconocimiento.²

El intento de interrumpir el embarazo ocurre bajo distintas modalidades; en algunos casos se recurre a procedimientos modernos y seguros como la dilatación y legrado y la aspiración por vacío, y en otros, se emplean técnicas populares como la introducción vaginal de medicamentos, sustancias u objetos (sondas o catéter, alambres, palitos de tejer), caídas provocadas por las escaleras, golpes propiciadas por las mismas gestantes o por sus parejas, la ingesta de brebajes, hierbas o la toma de drogas abortivas.⁵

El embarazo no deseado es uno de los principales problemas a los que se enfrentan nuestros jóvenes y del que cabe destacar la situación especial que constituye el aborto inducido o provocado.¹

El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública en todas las edades, pero particularmente en mujeres jóvenes debido a que carecen de recursos y contactos para asistirse en un medio idóneo desde el punto de vista de la calidad de atención profesional. Además el acceso a servicios de planificación familiar es

escaso. Suelen demorar más tiempo en buscar ayuda para la interrupción, y ésta se da con gestaciones más avanzadas. En los países desarrollados un alto porcentaje de adolescentes opta por abortar.

La práctica del aborto es tan antigua como la misma humanidad, se reconoce en nuestros días que los pueblos primitivos permitían el aborto, el cual era reconocido como un derecho absoluto del padre sobre los hijos. Las culturas griegas y romanas, también toleraban el aborto en ciertas circunstancias, a pesar de las penalidades severas que establecían las leyes de la época.²

I.1. Antecedentes.

Doblado Donisl Norma Isaura; De la Rosa Batistall Idania; Junco Manrique Ana, Correlacionar y evaluar las características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de las adolescentes que se interrumpen el embarazo en el servicio de aborto del hospital "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas. El grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2 % ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6 % tenía abortos, 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2 % continuaba sin protección, el 27,3 % vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia.³

Ciaravino H., *et al.*, Se asistieron en el año 2004 en el Instituto de Maternidad 12.811 embarazadas, el 18% (2.368) terminó en aborto. En el grupo de 10 a 16 años se asistieron 647 embarazadas y finalizaron en aborto el 11% (n= 69). La edad de mayor frecuencia correspondió a 16 años (55%), La mayor proporción completó el primario (78%), pero solo el 20% cursa el secundario, se observó que el 58% son solteras. El 15% presentó embarazos previos. El 9% manifestó que el aborto fue provocado. La mayor proporción de los abortos fue entre las 9 y 12 semanas (41%). En el 7% se presentaron complicaciones. El 28% de los casos consultaron al año siguiente por estar embarazadas.⁴

Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP, Oliveira DM, Comprender la experiencia de mujeres que provocaron el aborto en la adolescencia por imposición

de la madre. Es una investigación cualitativa, con abordaje de la fenomenología social, realizada en 2010, con tres mujeres, por medio de entrevista con preguntas abiertas. Las participantes trataron de esconder de la madre el embarazo, quien al descubrirlo, decidió que ellas deberían interrumpirlo, imponiendo el aborto, el cual fue realizado de modo inseguro, independientemente de la voluntad de las hijas. Después del acontecimiento, lo que restó fue sufrimiento, culpa y arrepentimiento por no haber luchado contra la decisión materna. Esas mujeres tienen como expectativas tener autonomía para tomar sus propias decisiones, cuidar de la salud y quedar embarazadas nuevamente.⁵

Narvaez Patricio, Neira Andrés, realizaron un estudio con el objetivo describir las principales diferencias respecto a las características señaladas, que se presentaban entre las mujeres adultas y adolescentes. Según nuestra investigación el aborto se presentó en el 22.19% en mujeres adolescentes, mientras que las mujeres adultas representan un 77.81% de los mismos. Es decir, el aborto tuvo mayor frecuencia en las mujeres adultas. Del total de abortos presentados tanto en adolescentes (79.31%) como adultas (80.66%), la mayoría fueron incompletos y la segunda mayor frecuencia fue de abortos diferidos: adolescentes (18.39%); adultas (17.05%). En la mayoría de los casos, tanto las pacientes adultas (55.41%) como las adolescentes (78.16%) sus embarazos no fueron planificados.⁶

1.2. Justificación.

Son muchas las polémicas acerca del aborto; se han sostenido desde posiciones sublimes hasta arbitrarias e irracionales. El aborto se convierte en un problema social sólo cuando la sociedad alcanza determinado grado de desarrollo y coincide con el crecimiento acelerado de la población de las ciudades, la incorporación de la mujer al trabajo, disminución en la tasa de mortalidad infantil y cambios demográficos que inician el envejecimiento de la población, esta es precisamente la problemática actual que enfrentamos en República Dominicana. Junto a esto actúan también la fragilidad de la autoridad familiar, disminución de presiones morales por debilitamiento de la religiosidad y las tradiciones, flexibilidad de los frenos morales ante la conducta sexual liberal y una modificación del sistema de valores.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La problemática del embarazo precoz y sus consecuencias, entre las cuales el aborto tiene un sitio especial, se ha tornado mucho más compleja y evidente en los últimos años, las razones son obvias, e incluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de los biológicos se encuentra la creciente tendencia en ambos sexos a la aparición del desarrollo puberal a edades cada vez más tempranas, lo cual incrementa el período en el cual las y los adolescentes son biológicamente fértiles, pero no poseen ni el desarrollo psicológico ni social adecuado para enfrentar estas responsabilidades, de esta forma se hace más amplio el período de vulnerabilidad para la ocurrencia de embarazos no deseados ni previstos, pues como es conocido, en el mundo actual competitivo y globalizado los adolescentes y jóvenes precisan de prolongar cada vez más el período de instrucción, y por tanto de dependencia económica de sus padres, para poder aspirar a insertarse con éxito en un mercado laboral cada vez más demandante.³

En el mundo, entre 2,2 a 4 millones de adolescentes hacen, por año, un aborto, siendo que de ese total 14% son procedimientos inseguros. En Brasil, esa ocurrencia es de 7% a 9% del total de abortos realizados por mujeres en edad reproductiva, siendo que la mayor parte de los casos ocurre en adolescentes con más edad (17 a 19 años).

Es por todos aceptado que las y los adolescentes llegan a ser fértiles unos 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros. Ahora bien, no resulta fácil definir en qué momento los y las adolescentes están en capacidad biológica para fecundar, primero que todo, porque no todas las adolescentes menstrúan a la misma edad, se considera que una adolescente tiene la capacidad potencial de embarazarse a partir de que tenga su primera menstruación (menarquía), aunque se han dado casos raros, en que adolescentes se han embarazado sin haber tenido nunca menstruaciones previas.

En el caso de los varones esto es algo aún más complejo, pues está comprobado que las primeras eyaculaciones casi nunca contienen espermatozoides con capacidad real de fecundar, no existe un evento o parámetro capaz de definir con certeza esta potencialidad. Por lo que nos hacemos el siguiente planteamiento:

¿Cuál la incidencia de de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwan 19 de marzo, en el periodo enero 2015 a enero 2016?

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

1. Determinar la incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwan 19 de marzo, en el periodo enero 2015 a enero 2016.

III.2. Específicos.

1. Identificar la edad de las adolescentes.
2. Determinar la escolaridad de las adolescentes.
3. Establecer procedencia de las adolescentes.
4. Identificar el estado civil de las adolescentes.
5. Valorar los antecedentes obstétricos de las adolescentes.
6. Determinar la edad gestacional de las adolescentes.

IV. MARCO TEÓRICO.

IV.1. Historia del aborto

El aborto es una práctica milenaria.

Se sabe que entre los asirios las mujeres que abortaban y eran descubiertas eran empaladas.

En el mundo antiguo griego y latino, ambas culturas patriarcales, el aborto era comúnmente practicado por los médicos, sobre todo en caso de embarazos extraconyugales.

En Grecia era empleado para regular el tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas. Platón recomendaba el aborto a las mujeres embarazadas mayores de 40 años o cuya pareja era mayor de 50 años. Aristóteles sostenía que el feto se convierte en 'humano' a los 40 días de su concepción si es masculino y a los 90 si es femenino y recomendaba el aborto para limitar el tamaño de la familia. La decisión era dejada a la madre, salvo de que se tratara de cuestiones de Estado.

En la antigua Roma el aborto estaba permitido, pues el derecho romano no consideraba al *nasciturus* como persona, aunque le reconocía derechos tales como el derecho a nacer (posponiendo, por ejemplo, las ejecuciones de mujeres embarazadas condenadas a muerte).

En las culturas matriarcales y en la céltica, donde la descendencia más importante era la materna, el aborto era dejado a discreción de la mujer. Generalmente no era practicado porque era considerado un insulto a las divinidades femeninas del renacimiento y de la fertilidad. Se suponía que rechazar una vida donada por la Diosa llevara mala suerte al clan, en cambio estaba permitido dejar morir a sus propios hijos, sobre todo si nacían con alguna menomación física. Los vikingos los aventaban a un hoyo con belvas feroces.

Con la afirmación del Cristianismo se restringieron las prácticas abortivas: al siglo II d.C. se remontan las primeras leyes estatales contra el aborto, con el exilio de las mujeres que abortaban y la condena o el destierro de las personas que lo practicaban.

Santo Tomás y San Agustín afirmaban que el embrión no tenía alma hasta que asumía forma humana. Sin embargo, más allá del problema de la animación del feto, la Iglesia Católica ha afirmado desde sus inicios (y hasta la fecha) que debe ser considerado como persona.

En la Edad Media, el derecho canónico establecía la distinción entre el *corpus formatum* (que podía recibir el alma, convirtiéndose en feto animado) y el *corpus informatum* (que no había llegado a ese estado). Retomando la definición de Aristóteles, el feto se volvía humano después de 40 días de la concepción, en los varones, y de 80 días, en las mujeres. Sin embargo, el aborto y el infanticidio eran medios comunes para limitar la población.

A partir del siglo XVII muchos países del mundo promulgaron leyes que convertían el aborto en ilegal.

A principios del siglo XX se empezó a despenalizar el aborto en caso de peligro de la vida de la madre y para proteger su salud. Islandia fue el primer país occidental en legalizar el aborto terapéutico en ciertas circunstancias (1935). En los Cincuenta la mayoría de los países del ex bloque soviético legalizaron el aborto voluntario en el primer semestre de embarazo. Entre finales de los años sesenta y principios de los setenta, casi todos los países industrializados de Europa y Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) lograron despenalizarlo en el primer trimestre de embarazo y ampliar las circunstancias en que se permite practicarlo, gracias sobre todo a la revolución sexual y a las luchas feministas de esos años. Los países europeos más católicos (Italia, España, Portugal e Irlanda) fueron más recalcitrantes al legalizarlo, mientras que los países escandinavos y anglosajones fueron más sensibles hacia el derecho a decidir de las mujeres.

IV.2. El Aborto.

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y

se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

IV.2.2. Clasificación.

IV.2.2.1. Aborto espontáneo.

Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro. A su vez el aborto se puede subdividir en temprano (antes de semana 12) y tardío (después de la semana 12 y hasta las 20 semanas de gestación) El aborto espontáneo puede ser retenido, cuando no se elimina nada, incompleto, cuando no se eliminan todos los productos de la gestación, o completo cuando todo es eliminado por completo.

Muchas mujeres nunca llegan a saber que han tenido un aborto y lo interpretan como una menstruación especialmente copiosa. Algunas mujeres tienen espasmos abdominales, pequeñas pérdidas de sangre, sangrados importantes, dolor abdominal y/o pélvico, debilidad o dolor de espalda. Las pequeñas pérdidas de sangre no siempre son un signo de aborto; muchas mujeres las tienen al principio del embarazo.¹³

IV.2.2.2. Inducido o provocado.

El aborto inducido o provocado es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo de gestación en el que se realiza, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas siguientes: la succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la duodécima semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino.¹⁴

IV.2.2.3. Aborto Inseguro.

Procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea por una persona que carece de las destrezas necesarias o en un ambiente que carece de las normas mínimas utilizadas en la práctica de la medicina, o ambas. Esta organización estima que anualmente ocurren aproximadamente 20 millones de abortos inseguros (19 millones en países en desarrollo, de los cuales 4.6 millones se llevan a cabo en América Latina y el Caribe y el resto principalmente en Europa Oriental.¹⁵

IV.3. El aborto en adolescentes.

Existen diferencias significativas en la revisión realizada respecto a la toma de la decisión de abortar en las gestantes adolescentes, para colmo, resulta todavía más difícil llegar a conclusiones al respecto, si tomamos en consideración que el aborto es penalizado en gran parte de las naciones en desarrollo, por lo tanto resulta difícil estudiar y conocer los factores relacionados con esta decisión.

Lo cierto es que hemos encontrado que en las naciones desarrolladas prima el criterio personal no consultado de la adolescente en la toma de la decisión de abortar, así como que este se basa fundamentalmente en la aspiración a un mejor proyecto de vida y por tanto a la necesidad de continuar estudios. Otra razón esgrimida son las limitaciones económicas para enfrentar la maternidad. En tanto las escasas publicaciones sobre el tema en las naciones en desarrollo reflejan una mayor presencia de factores externos como son la presión de la familia, los estigmas sociales que existen para las madres solteras, las presiones de la pareja, en muchos casos hombres adultos y con familia, así como muchas otras, todo lo cual pone en evidencia las abismales diferencias encontradas para explicar un mismo fenómeno ante condiciones socioeconómicas diferentes.¹⁶

El aborto en adolescentes es una decisión que impactará su vida dramáticamente, tanto si decide abortar o si decide dar a luz. Una vez que el aborto ha sido efectuado no se puede deshacer. El bebé está muerto. Si decide quedarse con el bebé y traerlo al mundo, tendrá que soportar ciertas críticas e inconvenientes. Poco después de la concepción, el ADN comienza el proceso, formando un humano único casi de inmediato. A las 8 semanas, a lo mejor todavía no sabe que está

embarazada, pero el corazón del bebé está latiendo continuamente y todos los órganos están presentes. A las 8 semanas y media, la individualidad es ya visible en la formación de las huellas dactilares del bebé.¹⁷

IV.3.1. Características socioeconómica de las adolescentes.

La actividad económica y las formas de propiedad vigentes en cada sociedad van conformando la actividad cultural a largo plazo, al igual que las diferentes manifestaciones de la conciencia social, entre ellas la moral, la ideología, la psicología social, la religión y el sistema de valores que actúan como reguladores de la conducta de las personas y de las decisiones sociales. Al aplicar esta concepción a los problemas creados por la actividad humana, se puede llegar a conocer el grado de complejidad multifactorial y el nivel de análisis de determinados problemas. Analizar la reproducción de las especies, cuando se trata de seres humanos, se hace más difícil porque se integran al conjunto de variables biológicas, todas aquellas que el hombre y la sociedad van creando y conservando en la cultura a lo largo de su desarrollo, que pueden ser tanto favorables como desfavorables.¹⁸

Ejemplo de lo antes expuesto pudiera ser la decisión de una mujer de utilizar el aborto como medio para regular su fecundidad, esta decisión está principalmente determinada por factores individuales, pero un aumento de la tasa nacional de abortos demandados en un país específico constituye un problema social, lo que a su vez, actúa como indicador de que los componentes de la conciencia social han cambiado, y estos varían mucho después que la actividad económica y social se ha transformado. Por tanto, por la magnitud del problema, este no puede ser enfrentado como si fuera individual, médico o clínico asistencial.

El aumento de la tasa de abortos en un país no se puede explicar mediante un análisis exclusivamente ético, ni se resuelve con campañas de información para tratar de modificar las conductas sexuales, estimular el uso de anticonceptivos y/o reforzar la moral de la población. No sería suficiente divulgar un proyecto de control de la fecundidad sin hacer la más mínima referencia al papel del Estado, las condiciones de vida, la situación económica, las formas de distribución, la educación de la población, el sentido de la vida y el grado de satisfacción existencial alcanzado

en una comunidad y tiempo concretos. Se requiere investigar la actividad económica, las relaciones jurídicas, el papel de la familia, el sistema de valores, la utilidad del trabajo para resolver las necesidades y aspiraciones, la necesidad de cuidar la imagen pública para tener aceptación social, el papel de la religión, la moral relativa al sexo, la influencia de los medios de información y la eficiencia de los programas de educación para la salud, entre otros factores contribuyentes. Pero sobre todos los factores hay que estudiar la situación real de la mujer en cada país.¹⁸

Son muchas las polémicas acerca del aborto; se han sostenido desde posiciones sublimes hasta arbitrarias e irracionales. El aborto se convierte en un problema social sólo cuando la sociedad alcanza determinado grado de desarrollo y coincide con el crecimiento acelerado de la población de las ciudades, la incorporación de la mujer al trabajo, disminución en la tasa de mortalidad infantil y cambios demográficos que inician el envejecimiento de la población, esta es precisamente la problemática actual que enfrentamos en Cuba. Junto a esto actúan también la fragilidad de la autoridad familiar, disminución de presiones morales por debilitamiento de la religiosidad y las tradiciones, flexibilidad de los frenos morales ante la conducta sexual liberal y una modificación del sistema de valores.¹⁸

IV.3.2. Causas de aborto.

- Bajas condiciones socioeconómicas.
- Presión de la familia y de la pareja.
- Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento).
- Problemas de salud.
- Violación o incesto.
- Falta de educación sexual afectiva.
- Mal uso de métodos anticonceptivos (uso de prácticas tradicionales).
- Cuando la relación con su pareja no es estable.¹⁹

IV.4. Técnicas para la realización del aborto.

IV.4.1. Médicas.

- Oxitocina intravenosa: Su uso es durante el segundo trimestre, rara vez resulta eficaz en la interrupción del embarazo de una mujer sana. Sin embargo, en circunstancias de enfermedad materna grave, es mucho más probable, que la oxitocina intravenosa produzca contracciones eficaces que consigan la evacuación del útero. Un régimen eficaz consiste en aplicar 10 ampollas de 1ml de oxitocina (10 UI/ml) a 1000 ml de solución de Ringer lactato. Se inicia solución intravenosa de 0,5 mU/min (50 mU/min). La velocidad de infusión se eleva a intervalos de 30 a 40 minutos hasta un máximo de 2mU/min. Luego de cada incremento en la velocidad de infusión se debe vigilar la frecuencia y la intensidad de las contracciones. Si la inducción inicial resulta infructuosa, las inducciones seriadas diarias durante 2-3 días resultan exitosas.²⁰
- Líquidos hiperosmóticos intraamnióticos: Para practicar el aborto durante el segundo trimestre. Puede inyectarse una solución de dextrosa al 50 por ciento, una solución salina de 20 o 25 por ciento o urea al 30 o 40 por ciento en el saco amniótico para estimular contracciones uterinas y dilatación cervical. El mecanismo de acción de los productos hiperosmóticos cuando son colocados en el saco amniótico no han sido determinados con precisión. Ejemplos: 1.Suero salino hipertónico al 20 por ciento se inyecta intramnióticamente por vía transparietoabdominal. Tiene graves complicaciones e incluso puede provocar la muerte. 2.Urea hiperosmolar: se inyecta urea al 30 o 40 por ciento disuelta en una solución de dextrosa al 5 por ciento dentro del saco amniótico, seguida de oxitocina intravenosa.²¹
- Método de Boero: Consiste en provocar la muerte del huevo por inyección de formol en la cavidad ovular y la posterior eliminación del mismo se realiza algún tiempo después (días y hasta meses). Esta técnica no es aplicable en embarazos menores de 2.5 meses. Consiste en una punción transabdominal en la línea media a mitad de la distancia entre el pubis y el fondo del útero con aguja de punción lumbar, en 45°, hasta que rebase por su cono líquido

amniótico goteando; seguidamente inyección de una solución fresca de formol puro al 40 por ciento en una cantidad equivalente de 0.5 a 1 cc menor que los meses de gestación.²¹

- Prostaglandinas E. F y derivados: Las sustancias de uso más habitual son las prostaglandinas E2, F2 alfa y otras análogas y, sobre todo el éster de metilo de la 15-metil- prostaglandina- F2 alfa. Las prostaglandinas pueden actuar con eficacia sobre el cuello y el útero cuando: Se colocan en la vagina en forma de óvulos en inmediatamente adyacentes al orificio cervical externo. Se administran en forma de gel a través de una sonda que se introduce en el canal cervical y en la parte inferior y extra ovular del útero Inyectadas en el saco amniótico durante una amniocentesis. Por estas tres vías de administración se produce al mismo tiempo, ablandamiento cervical, contracciones uterinas, dilatación cervical y expulsión del contenido uterino, en la inmensa mayoría de los casos, aunque a veces son necesarias dosis repetidas del fármaco.²²
- Mifepristone: (RU 486) la antiprogesterona oral se usa para efectuar abortos al principio del embarazo. Puede usarse sola. o combinada con prostaglandinas orales. Este fármaco tiene una alta afinidad por los receptores de progesterona. Con dosis de 600 mg administrada antes de las 6 semanas produce una tasa de 85 por ciento de abortos. Entre los efectos colaterales se encuentran náuseas, vómitos y cólicos gastrointestinales. La hemorragia por expulsión parcial del embarazo constituye el mayor riesgo asociado.²³

IV.4.2. Quirúrgicas

- Dilatación cervical y evacuación del contenido uterino: Legrado instrumental o curetaie: Se debe realizar bajo anestesia general o local regional. Se coloca un espéculo o valvas y se prende al labio anterior del cuello con una pinza de garfio. A veces la dilatación cervical es suficiente para la introducción de la cureta. En caso contrario, se procederá a la dilatación artificial preferentemente con bujías de Regar. Previamente se explora con un histerómetro el útero, esto orienta respecto a la dirección y longitud del canal

cervical y de la cavidad uterina, después se introduce suavemente el número de la bujía cuyo tamaño corresponde al calibre del canal cervical, pasando siempre el orificio interno, donde se percibirá un ligero resalto. Sucesivamente se utilizarán calibres superiores hasta corregir la dilatación suficiente para el libre pasaje de la cureta apropiada. Una pinza de curaciones común o pinza de falsos gérmenes, puede ser utilizada cuando por el cuello, ampliamente dilatado asoman elementos ovulares. La cureta se lleva hasta el fondo del útero y se retira, raspando hacia el cuello. De esta manera se recorre la cara anterior; después, la posterior, los bordes y los ángulos uterinos. El estallido de las membranas produce salida de líquido amniótico claro y el desprendimiento de la placenta hace salir sangre. Una vez eliminado el huevo, la cureta dará la sensación particular del contacto con la pared del útero. Más allá no se debe raspar. Después de un correcto curetaje cesa toda hemorragia.²⁰

- Legrado por aspiración: es el método más eficaz para interrumpir embarazos menores de 12 semanas. Previa anestesia, se dilata el cuello con bujías de Regar, pero sin sobrepasar los números IOa 12 o con una sonda de laminaria. Se introduce en el útero una cánula especial de plástico o metal (número 8 a 12) de punta roma o cerrada, ligeramente angulada y con un amplio orificio lateral a través del cual se lleva a cabo la aspiración. Una bomba aspirante eléctrica conectada a la cánula provee un vacío regulable. Introducida en la cánula hasta el fondo uterino, se inicia la aspiración las presiones negativas estándar que se usan están en el rango de 30 y 50 mmRg. El contenido uterino, es evacuado por movimientos de introducción y retroceso y de rotación sobre el eje de la cánula, que ponen su extremo en contacto con la pared uterina, desprendiéndose el huevo y la decidua en su totalidad. Muchos médicos practican raspado instrumental superficial después de la aspiración. Sus ventajas son mayor rapidez de vaciamiento, pérdida sanguínea mínima y menor posibilidad de perforación.²⁴
- Aspiración menstrual: se realiza aspiración de la cavidad endometrial utilizando una cánula de Karman flexible de 5 o 6 mm fija a una fuente de

aspiración de baja presión como una jeringa, en el intervalo comprendido entre la primera y la tercera semana después de la primera falta. Es un procedimiento seguro y simple que se puede realizar en un consultorio, y sin anestésico. Esto ha recibido diferentes denominaciones: extracción menstrual, inducción menstrual, período instantáneo, aborto atraumático o miniaborto.²⁴

- Tapones de laminaria: Se utilizan para ayudar a dilatar el cuello en casos de abortos. Están fabricados con tallos de laminaria digitada o de laminaria japónica, un alga marina parda del hemisferio norte. Los tallos pelados y cortados, a los que se da la forma adecuada, se desecan, esterilizan y se empaquetan según su tamaño (pequeño de 3 a 5 mm de diámetro; medio, de 6 a 8 mm de diámetro; grande, de 8 a 10 mm). Se cree que la laminaria muy hidróscopica, actúa extrayendo el agua de los complejos de proteoglicanos que se disocian, lo que permite que el cuello se ablande y se dilate. Se inserta un tallo de laminaria del tamaño adecuado, de forma que su extremo quede introducido en el orificio cervical interno, utilizando para ello una pinza de compresión uterina o una pinza con cápsula de radio. Al lapso de un período que oscila entre 8 y 24 horas, la laminaria se habrá hinchado dilatando el cuello a la medida suficiente para permitir una más fácil dilatación mecánica y un legrado. Más recientemente se ha introducido un dilatador hidróscópico sintético fabricado con un polímero de hidrogel. Parece que este producto dilata el cuello con mayor rapidez de lo que lo hace el alga tradicional.²⁵ También se ha utilizado en los últimos años lamichel, una esponja fabricada con un polímero de polivinilo alcohol e impregnado con sulfato de magnesio anhidro.²⁶
- Ruptura artificial o prematura de las membranas ovulares: La amniotomía se puede practicar con dilatación cervical mínima, lo suficiente para permitir el pasaje de la rama de una pinza. Las contracciones uterinas comienzan a las pocas horas de realizada la amniotomía.²⁰
- Laparotomía: Histerotomía e Histerectomía: Las técnicas empleadas para la histerotomía son semejantes a las empleadas para la cesárea. Después del

aborto por histerotomía abdominal es notable el potencial de rotura durante los embarazos subsiguientes como en especial durante el parto.²⁰

IV.5. Mobimortalidad del aborto.

La mobimortalidad relacionada con el aborto, impacta mayormente en la salud materna. Las opciones más efectivas para la disminución de esta morbilidad están dadas por la prevención de los embarazos no deseados, que se logra a través del desarrollo del acceso a la información y servicios de planificación familiar, así como por la disponibilidad de servicios en los que se practique el aborto en las mejores condiciones y con poco tiempo de embarazo.

En los países en que el acceso al aborto se halla restringido, este proceder es efectuado mayoritariamente por personal no entrenado y en condiciones antihigiénicas que explican los motivos de sus complicaciones, que constituyen la causa de al menos 20 por ciento de las muertes maternas. Se estima que un tercio de todas las muertes maternas ocurridas en Bolivia entre 1971 y 1988 se relacionaron con el aborto; en Bangladesh, un cuarto de todas las muertes maternas se asociaron también a este proceder. En el mundo se realizan entre cincuenta a sesenta millones de abortos cada año; de éstos, más de la mitad tienen lugar en los países en desarrollo y se realizan en su gran mayoría en condiciones inseguras. De aquí se desprende que de los veinticinco a cuarenta millones de abortos que se realizan en los países en desarrollo, alrededor de las dos terceras partes son ilegales o por lo menos tienen lugar fuera de las unidades de los sistemas de salud. Las complicaciones asociadas con el aborto son más frecuentes cuando éste se realiza en condiciones de riesgo (ilegales). Estas complicaciones pueden clasificarse en tres categorías.

- Heridas causadas por el procedimiento: incluyen la perforación uterina, así como las heridas a otros órganos internos, laceraciones cervicales y hemorragia.
- Infecciones y pérdida de sangre: asociadas al aborto incompleto, así como a la introducción de bacterias dentro de la cavidad uterina durante el proceder

del aborto, lo que se reporta con más frecuencia cuando el aborto no se realiza por personal entrenado.

- Complicaciones asociadas al proceder anestésico: En no pocas ocasiones el útero lesionado debe ser extirpado; para quienes sobreviven las complicaciones de un aborto, se presenta entonces toda una serie de afecciones a mediano y largo plazo, entre las que se destacan una mayor incidencia de embarazo ectópico, infección pélvica crónica e infertilidad.²⁷

IV.6. Fisiología.

Durante la pubertad temprana (10-13 años), los genitales externos toman aspecto adulto. Las glándulas vestibulares principales (glándulas de Bartolino), que al parecer no tienen función secretoria durante el periodo neonatal y la niñez temprana comienzan a producir moco inmediatamente antes de la menarca. La vagina alcanza su longitud adulta (10-12 cm); es más distensible, la mucosa se vuelve más gruesa y húmeda, las secreciones vaginales son ácidas y reaparecen los lactobacilos. Con el desarrollo de los fondos de saco vaginales, el cuello uterino se separa de la bóveda vaginal y se pronuncia el crecimiento diferencial del cuerpo uterino y el cuello. El cuerpo uterino alcanza un tamaño doble al cervical, aunque no hay flexión del eje. Los ovarios descienden a la cavidad pélvica verdadera. Las características sexuales secundarias se desarrollan, a menudo rápidamente, durante el período premenárquico tardío. El hábito corporal, que durante la niñez temprana difiere poco del de un niño, se redondea, en particular en hombros y caderas. Se produce una aceleración de la velocidad del crecimiento somático (el llamado estiramiento del adolescente) y aparecen al mismo tiempo brotes mamarios que crecen de manera paulatina para formar un montículo pequeño. Se observa leucorrea fisiológica.

El crecimiento del vello púbico parece obedecer a un control hormonal de andrógenos suprarrenales. En un inicio el vello es escaso, largo, ligeramente rizado, y pigmentado sobre el área púbica. Con el transcurso del tiempo es mayor la cantidad de vello rizado, pigmentado y áspero. El patrón del vello púbico toma la forma característica de triángulo, con la base sobre el monte de Venus. El crecimiento del

vello axilar aparece después, en consecuencia de la estimulación de las hormonas adrenocorticosteroides.²⁴

IV.7. Epidemiología.

De los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos. De los embarazos no planeados, 46 millones (58 por ciento) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal. En América Latina se practican 3'700.000 abortos inseguros. El riesgo de muerte a causa del aborto inseguro en los países en desarrollo es de 370 por cada 100.000 casos. El número de mujeres que mueren a causa del aborto anualmente es 68.000, lo que equivale al 13 por ciento de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es responsable del 17 por ciento de las muertes maternas. Dos tercios de los abortos practicados al año corresponden a mujeres de 15 a 30 años. En América Latina más del 50 por ciento de los abortos se practican a mujeres de 20 a 29 años y casi el 70 por ciento a mujeres menores de 30 años. El riesgo de morir durante el parto de las jóvenes de edades entre 15 y 19 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 20 a 30 años. Este riesgo es cinco veces mayor en las menores de 15 años. En el mundo, la principal causa de muerte de adolescentes de 15 a 19 años son los embarazos tempranos, sus riesgos y complicaciones. En los países en desarrollo 14 por ciento de los abortos se han practicado a menores de 20 años.²⁸

IV.8. Etiología.

- Factores fetales: Anomalías del desarrollo cigoto, embrión o feto Anomalías del desarrollo de la placenta.
- Factores Maternos: Infecciones Alteraciones endocrinológicas e inmunológicas Anomalías uterinas Enfermedades crónicas debilitantes.
- Factores Ambientales: Abuso de drogas, pesticidas y fertilizantes Radiaciones ionizantes "No los traumatismos físicos".²⁹

IV.9. Factores de Riesgo.

IV.9.1. Físicos.

Cáncer de mama: el riesgo de cáncer de mama aumenta después de un aborto e incluso se incrementa aún más con dos o más abortos.

Cáncer de ovarios, hígado y cervical (cuello uterino): las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. Riesgos igualmente elevados de cáncer de ovario e hígado se ligan con el aborto único o múltiple estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

Perforación de útero: entre un 2 y un 3 por ciento de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. Esta clase de examen puede resultar útil cuando se inicia un proceso judicial por negligencia en la práctica del aborto. El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. el daño en el útero puede complicarse en posteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.

Desgarros cervicales (cuello del útero): en al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o el micro-fractura, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva. La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical, parto prematuro y complicaciones durante el parto. el riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes.

Placenta previa: el aborto incrementa el riesgo de placenta previa en posteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su

embarazo deseado), en una escala de entre siete y quince. el desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte peri natal y efusión excesiva de sangre durante el parto.

Embarazo ectópico: el aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad.

Afección inflamatoria pélvica se trata de una enfermedad que puede poner en peligro la vida y conllevar un riesgo añadido de embarazo ectópico y reducción de fertilidad es por tanto razonable suponer que cuantos practican abortos previenen y tratan tales infecciones antes del aborto.

Endometritis: la endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.³⁰

IV.9.2. Psicológicos.

- Llanto/ Suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Comer constantemente.
- Nerviosismo.
- Frigidez.
- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Inferior autoestima.
- Preocupación por la muerte.

- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Desvalimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.
- Instintos maternales frustrados.
- Odio a todos los relacionados con el aborto. .
- Incapacidad de perdonarse a si misma. .
- Pesadillas.
- Ataques / Temblores.
- Frustración.³⁰

IV.9.3. Sociales.

- Disminución de la capacidad de trabajo
- Pérdida de interés en el sexo
- Abuso de los niños
- Sentimientos de ser explotada
- Sentimiento de deshumanización
- Deseo de acabar la relación con su pareja
- Aislamiento
- Intenso interés en los bebés
- Sentimientos de ser explotada.³⁰

IV.10. Diagnostico

IV.10.1. Amenaza de aborto

Situación caracterizada por ausencia de menstruación, sangrado procedente de cavidad uterina, que generalmente es escaso, dolor abdominal y/o lumbar y cuello uterino cerrado. Se diagnostica mediante la exploración clínica y la ecografía.

Su tratamiento consiste en reposo y abstinencia sexual hasta que desaparezca el sangrado. La hospitalización de la gestante se hará en función de la cuantía de la hemorragia y su seguimiento dependerá de la sintomatología clínica. En cualquier caso, es aconsejable repetir la ecografía a la semana de haber realizado el primer control ecográfico.³¹

IV.10.2. Aborto en curso

Aquella situación caracterizada por ausencia de menstruación, sangrado procedente del útero, dolor abdominal y/o lumbar y dilatación cervical. Generalmente, en estas condiciones la pérdida del embrión o feto es lo más frecuente. Se diagnostica mediante la exploración ginecológica y la ecografía. El tratamiento de un aborto en curso consiste en la evacuación uterina mediante legrado o aspiración.³¹

IV.10.3. Aborto incompleto

Es la situación que cursa con hemorragia vaginal, dolor en el abdomen, dilatación cervical y expulsión de productos embrionarios y/o placentarios. Se diagnostica por la observación de restos abortivos expulsados y visualización ecográfica de restos intrauterinos. El tratamiento consiste en el vaciamiento uterino por aspiración o legrado.³¹

IV.10.4. Aborto completo

Es aquel en el que existiendo muerte del embrión o del feto, no se ha producido su expulsión del útero. Se considera aborto diferido si hay ausencia de expulsión del embrión 3 semanas o más después de su muerte. Se diagnostica mediante la exploración ginecológica y la ecografía. El tratamiento consiste en la evacuación del útero mediante legrado.

IV.10.5. Huevo muerto retenido

Es aquel embarazo que ha evolucionado sin desarrollo del embrión o que inicialmente tenía embrión, pero que en su evolución ocurre su muerte y posterior

reabsorción. El diagnóstico es siempre ecográfico: ausencia de embrión en una edad gestacional en la que debería ser visible. El tratamiento consiste en la evacuación uterina por legrado previa dilatación cervical con prostaglandinas.³¹

IV.10.6. Abortos de repetición

Situación caracterizada por la existencia de tres o más abortos consecutivos.

IV.10.7. Aborto legal

La Interrupción Voluntaria del Embarazo se considera legal si cumple alguno de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 9/1985:

- a) Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- b) Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
- c) Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto.³¹

IV.10.8. Ultrasonido.

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios. El término "indeterminado" es inexacto por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones:

- A. Embarazo de localización no conocida o indeterminada: cuando en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva no se identifican productos de la concepción retenidos o signos de embarazo intra ni extrauterino.
- B. Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien, cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menor de 6 mm sin actividad cardiaca. Para confirmar o refutar la viabilidad, el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana.

Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 31 por ciento puede ser imposible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino.

En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10 por ciento de los casos; las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo en el primer contacto, deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales.

Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas crónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal.

Un primer reporte de bajos niveles de progesterona no son suficientes para indicar un LUI. Embarazos viables han sido reportados con niveles iniciales tan bajos como 15.9 nmol/L. En presencia de embarazo de localización desconocida, una progesterona sérica al menos de 20 nmol/l predice una resolución espontánea del embarazo con una sensibilidad de 93 por ciento y especificidad de 94 por ciento. El ultrasonido trasvaginal, determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico definitivo.

IV.11. Tratamiento.

IV.11.1. Farmacológico.

El tratamiento médico tiene mayor éxito (70 a 96 por ciento) cuando se prescribe en aborto incompleto y con dosis altas de misoprostol 1 200 a 1400 µgr. Al parecer la vía de administración no modifica el éxito.

No se ha probado diferencias entre el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con aborto incompleto, muerte fetal temprana, en gestaciones menores de 71 días o diámetro de saco menor de 24 mm. El tratamiento médico para el manejo

del aborto es considerado como una alternativa aceptable en casos seleccionados previo al tratamiento quirúrgico.

En embarazos menores de 7 semanas el régimen de Mefepristona 600 mg y 48 horas posteriores 800 mgr Misoprostol oral es efectivo para el aborto médico.

En mujeres con embarazos mayores de 9 semanas el régimen de Mefepristona 200 mg oral y Misoprostol 800 mgr vaginal está asociado a decremento en la tasa de continuación del embarazo, tiempo de expulsión, efectos secundarios, legrado complementario y disminución del costo. El régimen de metotrexate y misoprostol es apropiado para manejo del aborto sólo en embarazos mayores de 9 semanas. Debiendo esperar en promedio 4 semanas para lograr aborto completo. Existe evidencia que la administración de misoprostol es seguro y efectivo vía oral o vaginal y puede ser administrado domiciliariamente por la misma paciente.

Es necesario informar a las pacientes que de continuar el embarazo es necesario la realización de tratamiento quirúrgico. Cuando no se cuente con Mefepristona para utilizar regímenes combinados, se debe utilizar misoprostol como alternativa para el tratamiento médico de aborto. A las pacientes que se les proporcione el tratamiento médico del aborto espontáneo se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 3 o 4 días, y continuar con un manchado por 2 semanas más. En presencia de aborto retenido se deben utilizar altas dosis de prostaglandinas por tiempo prolongado. El aborto incompleto, diferido, inevitable y en evolución pueden ser manejados únicamente con prostaglandinas.

IV.11.2. Quirúrgico.

El tratamiento para una situación de riesgo de aborto consiste en llevar reposo en cama. En mujeres con varios abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con vitaminas y hormonas también puede ser eficaz. En ocasiones deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de abortos de repetición.³²

IV.11.2.1. El Legrado o curetaje.

En cirugía, consiste en el uso de una legrado cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado o cucharillado. Puede ser utilizado para obtener una biopsia de una masa para determinar si es un granuloma, neoplasia, u otra clase de tumor. Puede ser también utilizado paliativamente para reducir masas en muchos lugares también se usa para realizar un aborto quirúrgico dentro de los primeros 3 meses o como tratamiento tras un aborto espontáneo. Suele formar parte de la operación denominada como Dilatación y Curetaje, y a menudo se usa como término equivalente de dicha operación.

En ginecología la Dilatación y Legrado (D y L) es un procedimiento que se realiza a ciegas en que tras la dilatación del canal cervical con un especulo se procede a la limpieza de la cavidad uterina. Luego se extrae el tejido endometrial para su examen. Este procedimiento debe realizarse en hospitales o clínicas y requiere de anestesia local o general (dependiendo de las condiciones particulares de cada caso).³³

IV.11.2.2. Dilatación.

En este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé es ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y curetaje. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual.³⁴

IV.12. Complicaciones.

- Mortalidad materna: Riesgo de muerte realizado mediante dilatación y evacuación los dos primeros meses es de alrededor de 0.6 por cada cien mil. El riesgo relativo de muerte aumenta aproximadamente al doble por cada dos semanas que el embarazo sobrepase la octava semana.²⁰
- Infección: Cuando permanece mucho tiempo abierto el orificio cervical interno son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto

genital. (Exocervix, vulva, vagina) hacia la cavidad uterina, hasta donde también puede arrastrarse patógenos por realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a la evacuación del huevo. Se puede producir: Endocervicitis, endometritis, miometritis aguda; que a su vez por vía hematógena puede originar cuadros sépticos generales y por vía linfática para metritis agudas bilaterales que pueden llevar a supuración y participación del peritoneo en el cuadro reactivo agudo (pelviperitonitis posparto, supurado o no que puede llegar a constituir un absceso del fondo de saco de Douglas). Menos frecuente la endometritis puede extenderse vía canalicular y generar salpingitis aguda o piosalpinx.²⁰

- Hemorragia: Puede aparecer horas o días después.
- Anestesia: En los casos que se utiliza anestesia general se pueden producir los siguientes: complicaciones respiratorias, obstrucción de vías respiratorias con laringoespasma, cefalea por punción subaracnoidea, atelectasia, disfunción renal o hepática y secuelas neurológicas.²¹
- Shock Neurogénico: Rara complicación derivada de manipulación inadecuada en cerviz.
- Adquisición de Virus por transfusión de sangre: Se dice que por cada 1000 unidades (0.560 L por unidad) de sangre transfundida una lleva un virus lo suficientemente patógeno como para causar una fatal hepatitis al receptor. Si una mujer tiene una hemorragia durante un aborto rara vez necesitará una sola transfusión, generalmente le harán falta litro y medio, 2 litro o más. Entonces si se toma como promedio 2 L es evidente que de cada 250 pacientes una morirá en los meses siguientes por hepatitis infecciosa. La causa de muerte se registrará entonces por esta enfermedad y no debida al aborto.
- Embolismo: El aborto realizado por instrumentalización es un proceso anormal que desgarrar la placenta que no está madura, de las paredes del útero, donde se ha implantado la misma. Esto a su vez, predispone la transferencia de líquido amniótico, restos placentarios e inclusive algún coágulo a la circulación materna, pudiendo llegar a pulmón causando daño y a veces muerte.²¹

IV.13. Prevención.

Una sexualidad responsable es lo indicado para prevenir un aborto. Existen muchos métodos anticonceptivos, que si se usan de manera correcta, evitan un problema como este porque previenen de modo considerable los riesgos de un embarazo. Hay anticonceptivos que no requieren prescripción médica, como los profilácticos o los espermaticidas. Entre los que si necesitan prescripción médica están:

- Implantes de progesterona.
- Dispositivos intrauterinos (DIU).
- Diafragmas.
- Píldoras anticonceptivas.
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (interrumpen el ciclo reproductivo de la mujer y deben ser tomadas dentro de las 72 horas después del acto sexual y repetir otra dosis 12 horas después para que sea efectivas).

Cuando se usa uno de estos métodos es importante consultar al ginecólogo. Estos métodos no tienen una efectividad del 100 por ciento, pero si se combinan se pueden disminuir más las posibilidades de un embarazo no deseado.³⁵

IV.14. La adolescencia.

La O.M.S. define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Se considera adolescencia temprana o período peripuberal a la edad entre los 10 a 13 años y se caracteriza por grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. En la adolescencia media (entre 14 a 16 años) los jóvenes han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es la edad promedio de inicio de actividad sexual; es cuando se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

El adolescente tiene con mucha frecuencia relaciones sexuales sin protección, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables con respecto a éstos y a su vez, los convierte en habituales conductas de riesgo.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de embarazos en menores de 20 años.

Se define embarazo en la adolescencia al que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

El embarazo no deseado es uno de los principales problemas a los que se enfrentan nuestros jóvenes y del que cabe destacar la situación especial que constituye el aborto inducido o provocado.

El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública en todas las edades, pero particularmente en mujeres jóvenes debido a que carecen de recursos y contactos para asistirse en un medio idóneo desde el punto de vista de la calidad de atención profesional. Además el acceso a servicios de planificación familiar es escaso. Suelen demorar más tiempo en buscar ayuda para la interrupción, y ésta se da con gestaciones más avanzadas. En los países desarrollados un alto porcentaje de adolescentes opta por abortar.

El primero cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.⁴

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va

expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito. La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de *menarquia* o *menarca*).

Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquía o menarca, que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquia tiende a presentarse a los 11 o 12 años. Se denomina pubertad precoz cuando aparece de manera anormalmente temprana (8-10 años).⁴

IV.14.1. Embarazo en la adolescencia.

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años,⁵ aunque esta cifra varía según el origen étnico⁶ y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo.⁷ El adelanto de la

fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse, a priori, con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada.

En los países desarrollados⁸ los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.⁹

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes.¹⁰

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.¹¹

IV.14.2. Factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo descritos del embarazo en la adolescencia se encuentran los biológicos: aumento de la morbimortalidad materno-perinatal. 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: 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. Para el hijo: aumenta la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada, para el recién nacido: alto índice de bajo peso al nacer.¹²

IV.14.3. Decisión de abortar y respeto a la autonomía en adolescentes

Existen diferencias significativas en la revisión realizada respecto a la toma de la decisión de abortar en las gestantes adolescentes, para colmo, resulta todavía más difícil llegar a conclusiones al respecto, si tomamos en consideración que el aborto es penalizado en gran parte de las naciones en desarrollo, por lo tanto resulta difícil estudiar y conocer los factores relacionados con esta decisión.

Lo cierto es que hemos encontrado que en las naciones desarrolladas prima el criterio personal no consultado de la adolescente en la toma de la decisión de abortar, así como que este se basa fundamentalmente en la aspiración a un mejor proyecto de vida y por tanto a la necesidad de continuar estudios. Otra razón esgrimida son las limitaciones económicas para enfrentar la maternidad. En tanto las escasas publicaciones sobre el tema en las naciones en desarrollo reflejan una mayor presencia de factores externos como son la presión de la familia, los estigmas sociales que existen para las madres solteras, las presiones de la pareja, en muchos casos hombres adultos y con familia, así como muchas otras, todo lo cual pone en evidencia las abismales diferencias encontradas para explicar un mismo fenómeno ante condiciones socioeconómicas diferentes.

Estudios realizados en Cuba reportan un gran peso de la familia en la toma de la decisión de abortar, también coinciden en que el deseo de no interrumpir los estudios y no estar preparada para asumir la maternidad, constituyeron las razones principales en las que se basa la decisión de acudir al aborto.

Finalmente nos llamó poderosamente la atención el poco peso que se le reconoce a los grupos de pares en la toma de la decisión de abortar, lo cual se ha reflejado tanto en las naciones desarrolladas como en las en vías de desarrollo, incluido los estudios realizados en Cuba, lo cual discrepa del peso reconocido a estos en la génesis de otras conductas de riesgo como es el inicio precoz de las relaciones sexuales.

IV.14.4. Aborto en la adolescencia y Consentimiento Informado

Mucho se debate hoy en día en torno a si resulta adecuado o no el exigir el consentimiento o autorización de los padres a las adolescentes que desean realizarse un aborto. Esta es una práctica que se exige prácticamente en el 100% de las naciones que tienen servicios de aborto despenalizado. En Cuba se exige el consentimiento de los padres para la realización del aborto en todas las adolescentes con 16 años o menos, no obstante a la luz de las tendencias modernas y sobre todo de la promoción cada vez mayor de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes y la aplicación de los enfoques bioéticos al trabajo con este sector de la población, se ha creado una gran controversia en torno a estos puntos de vista, pues según no pocos autores el exigir la autorización de los padres para la realización de este proceder, viola los principios bioéticos de la autonomía y la confidencialidad, por lo tanto es una trasgresión de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte estudios revisados evidencian que gran parte de las adolescentes embarazadas ocultan a sus padres su situación y buscan en otras personas consejería y ayuda al respecto, por lo que exigir la autorización de los padres para la realización del aborto en estas edades, ha motivado en no pocos casos serios problemas entre los cuales se encuentran el retardo de la realización del proceder del aborto, lo cual incrementa a su vez los riesgos, por lo tanto se eleva la incidencia

de los abortos de riesgo, y hasta la ocurrencia de intentos suicidas y otras dramáticas y nefastas consecuencias, por lo que no existe en la actualidad consenso respecto a cómo manejar este dilema bioéticos, resultando un tema candente y sumamente controversial.

IV.14.5. Problemática del adolescente

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. 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 veinte 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 diez mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal es adolescente; en comparación, uno de cada siete nacimientos se produce de madres adolescentes. Estudios estadísticos que toman en cuenta datos indirectos, consideran que en Latinoamérica se produce cada año alrededor de un millón de abortos en mujeres menores de veinte años. Por último, queremos comentar que en la adolescencia hay un elemento que incrementa las posibilidades de complicaciones relacionadas con el aborto: la mayor frecuencia de solicitud del mismo en un período avanzado del embarazo. Esto puede relacionarse con que, por su corta edad, poseen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, con la renuencia a aceptar la realidad de su situación, la ambivalencia respecto al embarazo, la ignorancia respecto a dónde acudir para obtener orientación y ayuda, y la vacilación en confiar en los adultos. Se describe incluso que durante la crisis de identidad del adolescente, los jóvenes presentan con relativa frecuencia rechazo a los padres, los desidealizan y por lo general se apoyan en sus grupos de pares, lo que dificulta la comunicación y la solicitud de ayuda al sospechar un embarazo. En los países donde el aborto es

ilegal, estos factores tienen más fuerza y retrasan aún más el momento en que las adolescentes deciden interrumpir el embarazo.

IV.14.6. Aborto en la adolescencia y el consentimiento de los padres

Finalmente, mucho se debate hoy en día en torno a si resulta adecuado o no que las adolescentes exijan el consentimiento o la autorización de los padres para realizarse un aborto. Ésta es una práctica que se exige prácticamente en todas las naciones con servicios de aborto despenalizado. En Cuba se exige el consentimiento de los padres para la realización del aborto en todas las adolescentes con dieciséis años o menos. No obstante, a luz de las tendencias modernas, y sobre todo de la promoción cada vez mayor de los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes y jóvenes y la aplicación de los enfoques bioéticos al trabajo con este sector de la población, se ha creado una gran controversia en torno a estos puntos de vistas, pues según no pocos autores al exigir la autorización de los padres para la realización de este proceder, se violan los principios bioéticos de la autonomía y la confidencialidad, por lo que constituye una trasgresión de sus derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, estudios revisados evidencian que gran parte de las adolescentes embarazadas ocultan a sus padres su situación y buscan en otras personas consejería y ayuda al respecto, por lo que exigir la autorización de los padres para la realización del aborto en estas edades ha motivado, en no pocos casos, serios problemas como el retardo de la realización del proceder del aborto, lo cual incrementa a su vez los riesgos. Por lo tanto, se eleva la incidencia de los abortos de riesgo, y hasta la ocurrencia de intentos suicidas y otras dramáticas y nefastas consecuencias. No existe en la actualidad consenso respecto a cómo manejar este dilema bioéticos, un tema candente y sumamente controvertido.

V. HIPOTESIS

Pudiera suceder que los abortos en adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, durante los meses enero 2015 a enero 2016, según los datos encontrados en el mismo, su incidencia es muy elevada.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la adolescente hasta el momento de la entrevista	10-14 años 15-17 años 18-19 años	Ordinal
Escolaridad	Grado de educación de alcanzado por las pacientes	Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta	Nominal
Procedencia	Lugar del que procede alguien o algo	Rural Urbana	Nominal
Estado civil	Condición de compromiso de manera legal con su cónyuge o pareja ante la sociedad	Casada Soltera Unión libre Viuda	Nominal
Antecedentes obstétricos	Historiales o informaciones de embarazos anteriores	Gesta Parto Cesárea Aborto	Ordinal
Edad gestacional	Se refiere a la edad de un embrión, un feto o u recién nacido desde el primer día de la última regla	Menos de 4 semanas 5-8 semanas 9-15 semanas 16-20 semanas	Nominal

VII. MATERIAL Y METODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo diseñado con la finalidad de determinar incidencia de de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwan 19 de Marzo 2015-2016.

VII.2. Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo es un estamento de salud que está ubicado en el sector Simón Stridels de esta ciudad, en la calle Independencia, esquina 27 de Febrero. Delimitado al Al Norte: Calle 27 de Febrero, Al Sur: Calle Tortuguero, Al Este; Calle Independencia y al Al Oeste; Calle Teresa de Estrada. (Ver mapa de vista aérea).

Vista área del Hospital Regional Taiwán



VII.3. Población y muestra

El universo estuvo constituido por 606 de todas las adolescentes atendidas durante el período de estudio Marzo, 2015 a 2016.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por 157 pacientes adolescentes estudiadas que presentaron aborto en el Hospital Taiwan 19 de Marzo, 2015-2016.

VII.4.5. Criterios de inclusión

1. Todos los pacientes adolescentes que se le haya practicado aborto durante el período de estudio.
2. Todos los pacientes que hayan asistido en este centro en busca de atención en el período de estudio, 2015-2016.

VII.6. Criterios de exclusión

Los pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Pacientes que no hayan practicado abortos.

Pacientes que no estén dentro del rango de edades estudiados.

VII.7. Técnicas utilizadas

- Revisión documental
- Revisión bibliográfica

VII.8. Instrumentos de recolección de la información

Después de la aprobación del tema en la Oficina de residencia médicas de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), se procedió a la revisión bibliográfica y a la elaboración del planteamiento, objetivos y marco teórico. Más tarde se llevó la solicitud del estudio a la dirección del centro hospitalario, luego de su aprobación se procederá a la revisión de los datos en el área de estudio del hospital. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario, el cual fue elaborado por las sustentantes; consta de 10 preguntas, tipo selección múltiple, con respuestas cerradas (ver anexo VII.2.), para lo cual se usaron hojas de papel bond 8 ½ x11.

VII.9. Procedimientos

Los datos obtenidos de fuentes directas mediante la encuesta con preguntas cerradas.

Llenado por el sustentante, en el período 2015-2016. (ver Anexo VII.1. Cronograma).

VII.10. Tabulación y análisis

Los datos se procesaron por medio de computadora a través del programa EPI-INFO-6.0 y medios matemáticos-estadísticos, lo que permitió el grado de cumplimiento de los objetivos.

Se planificaron y se establecieron como técnicas estadísticas, los cálculos en porcentajes y la representación de la información en distribución de frecuencia relativa y en series agrupadas.

VII.11. Criterios Éticos y bioéticos

Los resultados expuestos en este estudio fueron utilizados para fines científicos; por lo que bajo los principios de la bioética y ética de la medicina.

VIII. RESULTADOS

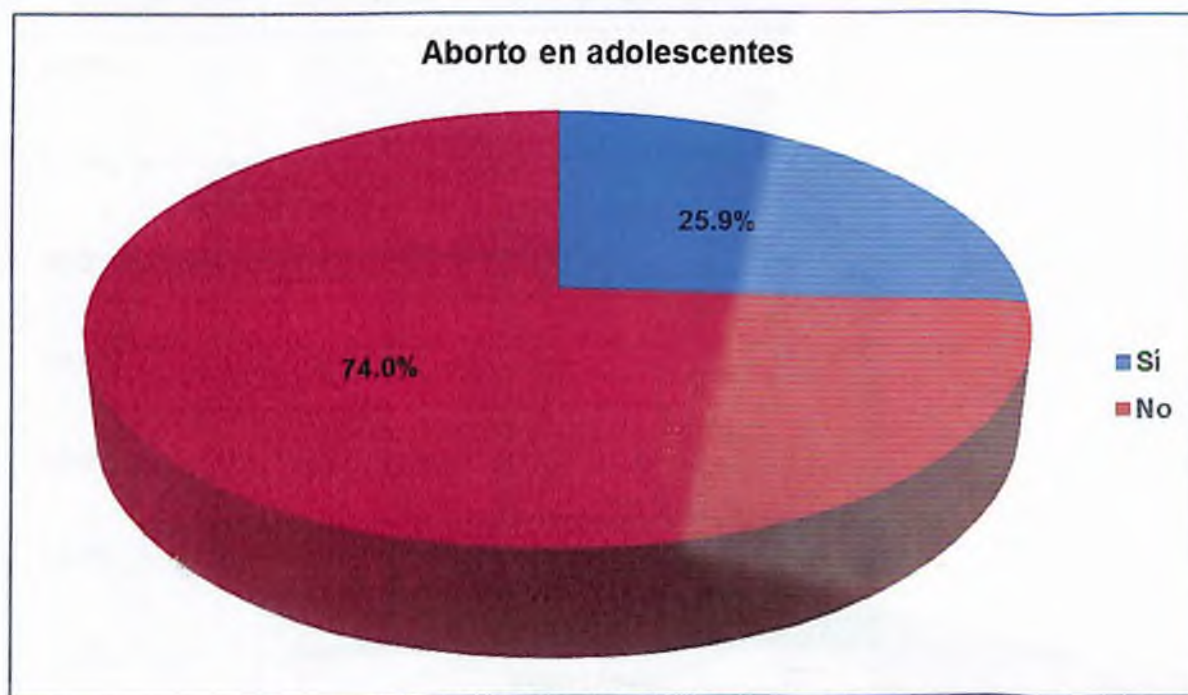
Cuadro 1. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016.

Aborto en adolescentes	Frecuencia	%
Sí	157	25.9
No	449	74.0
Total	606	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

De un total de 606 adolescentes, la incidencia de aborto fue de 157 para un 25.9 por ciento.

Grafico 1. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016.



Fuente: cuadro 1.

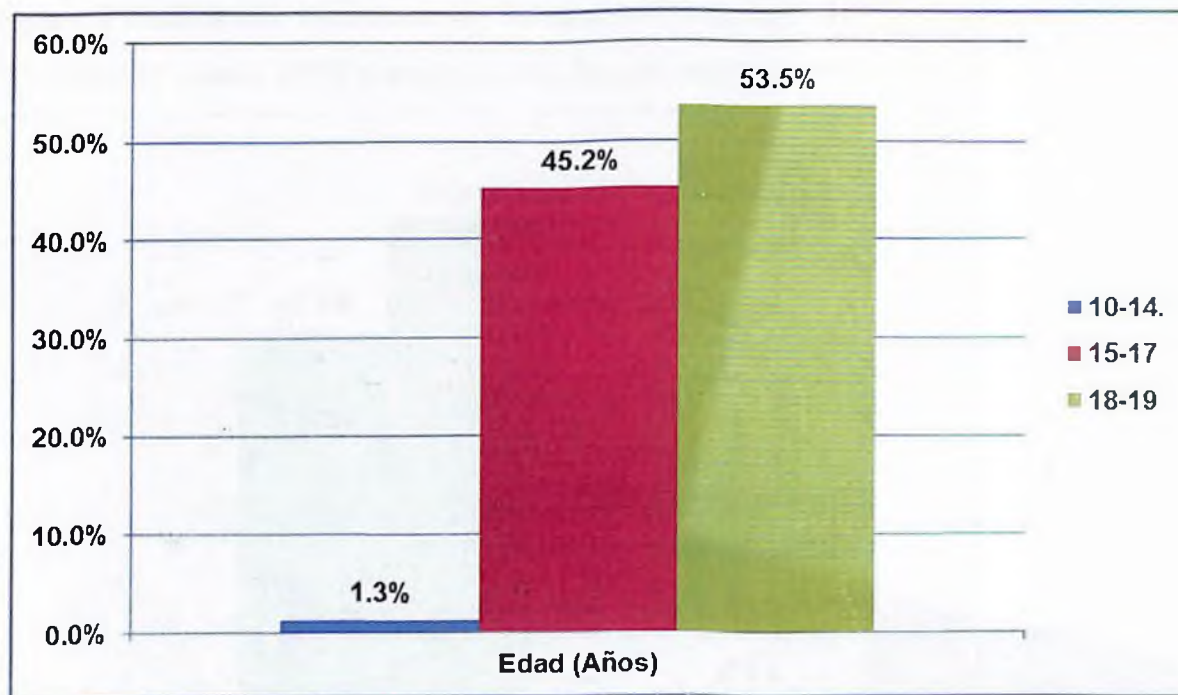
Cuadro 2. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
10-14	2	1.3
15-17	71	45.2
18-19	84	53.5
Total	157	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 53.5 por ciento de los pacientes son adolescentes de 18-19 años, el 45.2 por ciento son de 15-17 años y el 1.3 por ciento son de 10-14 años.

Grafico 2. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según edad.



Fuente cuadro 2.

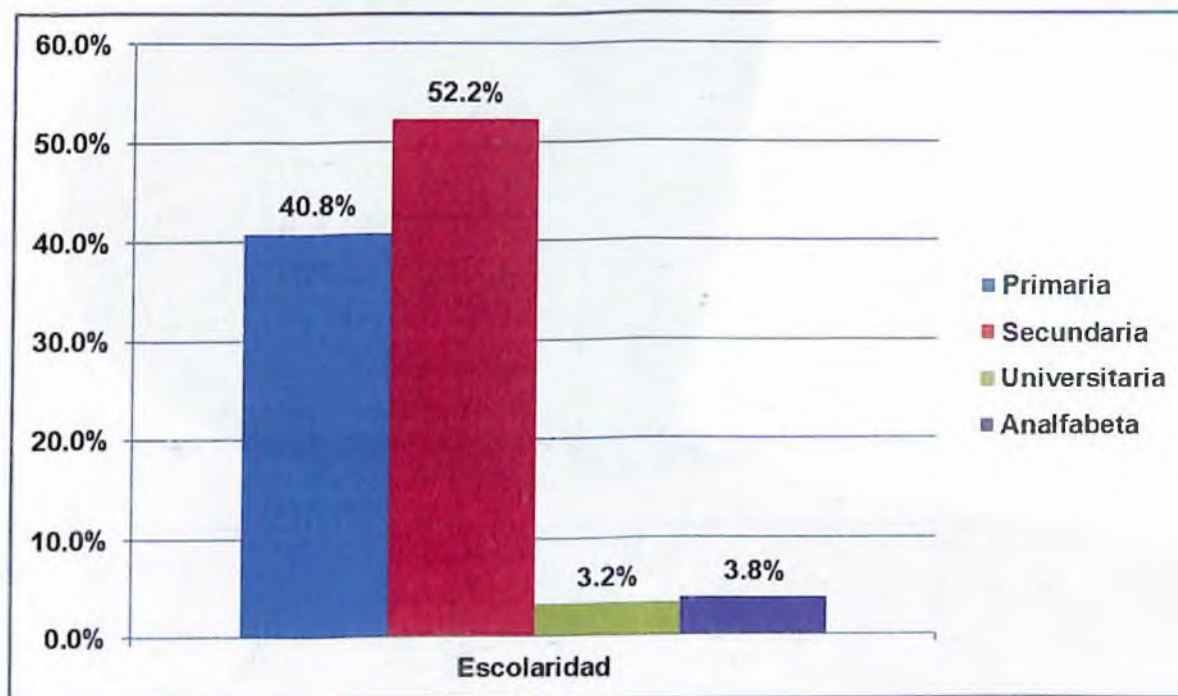
Cuadro 3. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	64	40.8
Secundaria	82	52.2
Universitaria	5	3.2
Analfabeta	6	3.8
Total	157	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 52.2 por ciento de los pacientes su escolaridad es secundaria, el 40.8 por ciento son de primaria, el 3.8 por ciento son analfabeta y el 3.2 por ciento universitaria.

Grafico 3. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según escolaridad.



Fuente: Cuadro 3.

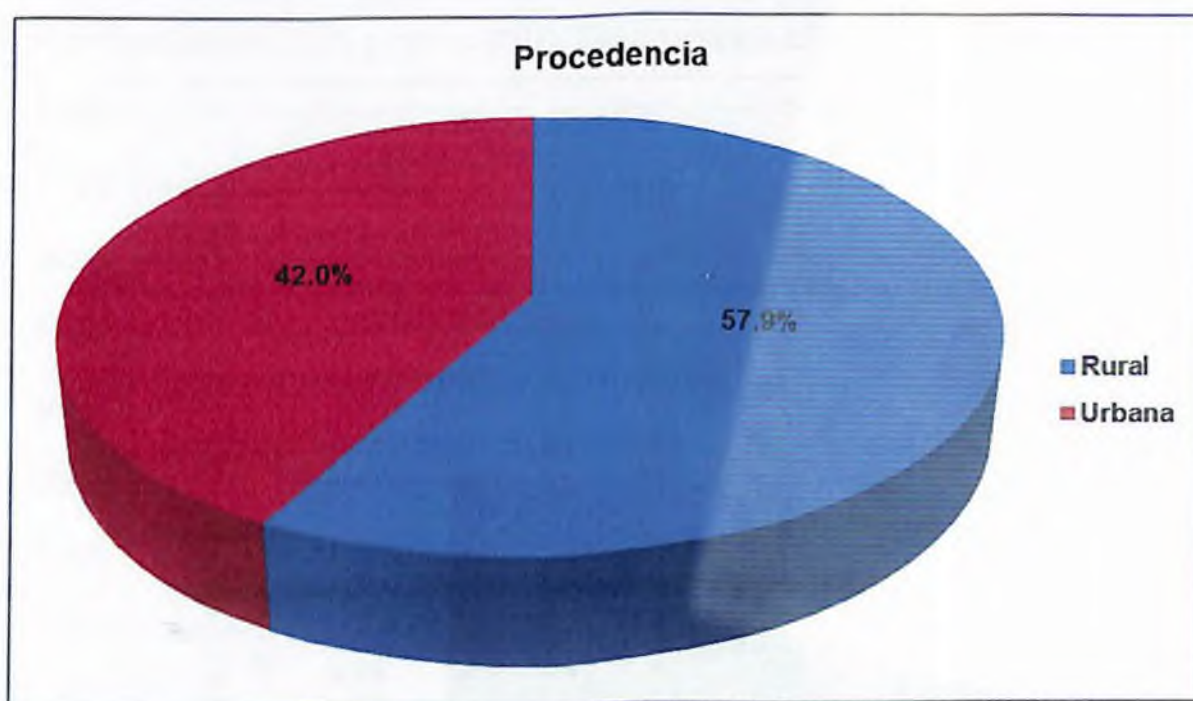
Cuadro 4. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	91	57.9
Urbana	66	42.0
Total	157	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 57.9 por ciento de los pacientes su procedencia es rural y el 42.0 por ciento son urbana.

Grafico 4. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según procedencia.



Fuente: Cuadro 4.

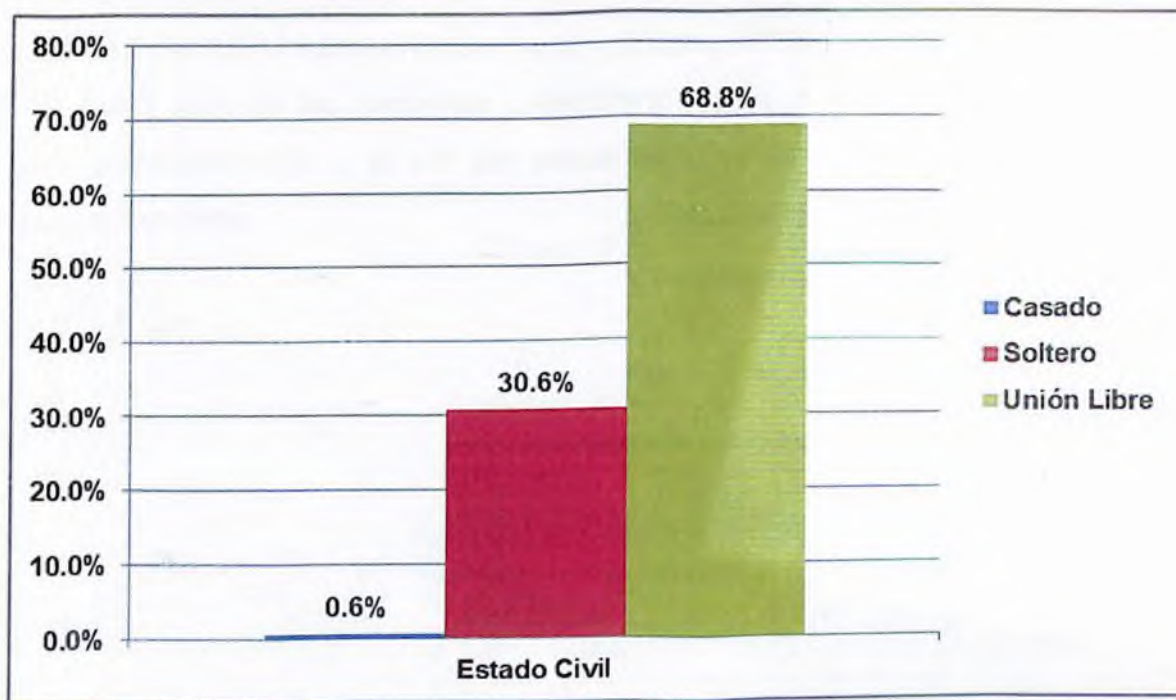
Cuadro 5. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	1	0.6
Soltero	48	30.6
Unión libre	108	68.8
Total	157	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 68.8 por ciento de los pacientes su estado civil es de unión libre, el 30.6 por ciento son soltero y el 0.6 por ciento casado.

Grafico 5. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según estado civil.



Fuente: Cuadro 5.

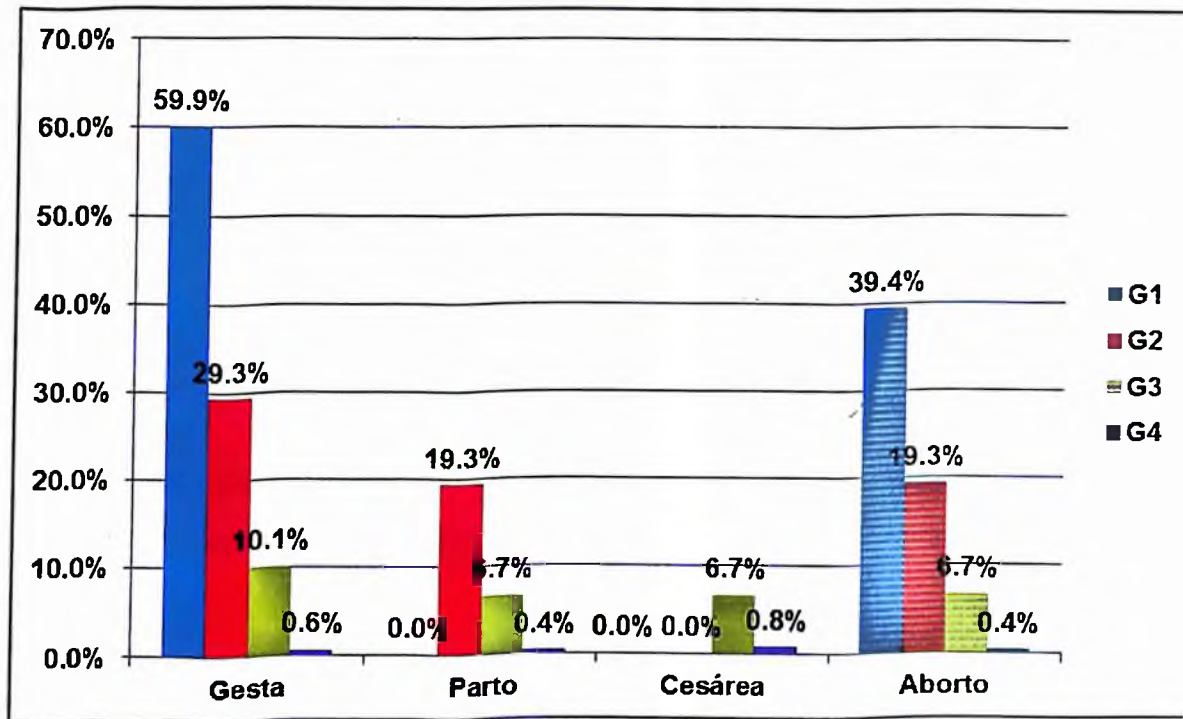
Cuadro 6. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según antecedentes obstétricos.

Antecedente obstétrico	Gesta								Total	
	Gesta		Parto		Cesárea		Aborto			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
G ₁	94	59.9	0	0.0	0	0.0	94	39.4	94	39.5
G ₂	46	29.3	46	19.3	0	0.0	46	19.3	92	38.7
G ₃	16	10.1	16	6.7	16	6.7	16	6.7	48	20.2
G ₄	1	0.6	1	0.4	2	0.8	1	0.4	4	1.7
Total	157	100.0	63	26.4	18	7.5	157	65.8	238	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 59.9 por ciento de las adolescentes obtuvieron un antecedente obstétrico de G₁, el 39.4 por ciento presentaron aborto, el 29.3 por ciento de los pacientes presentaron G₂, el 19.3 por ciento presentaron parto y aborto, el 10.1 por ciento presentaron G₃, el 6.7 por ciento de los pacientes presentaron parto, cesárea y aborto y el 0.6 por ciento presentaron G₄ y el 0.4 por presentaron parto y aborto y el 0.8 por ciento presento cesárea.

Grafico 6. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según antecedentes obstétricos.



Fuente: Cuadro 6.

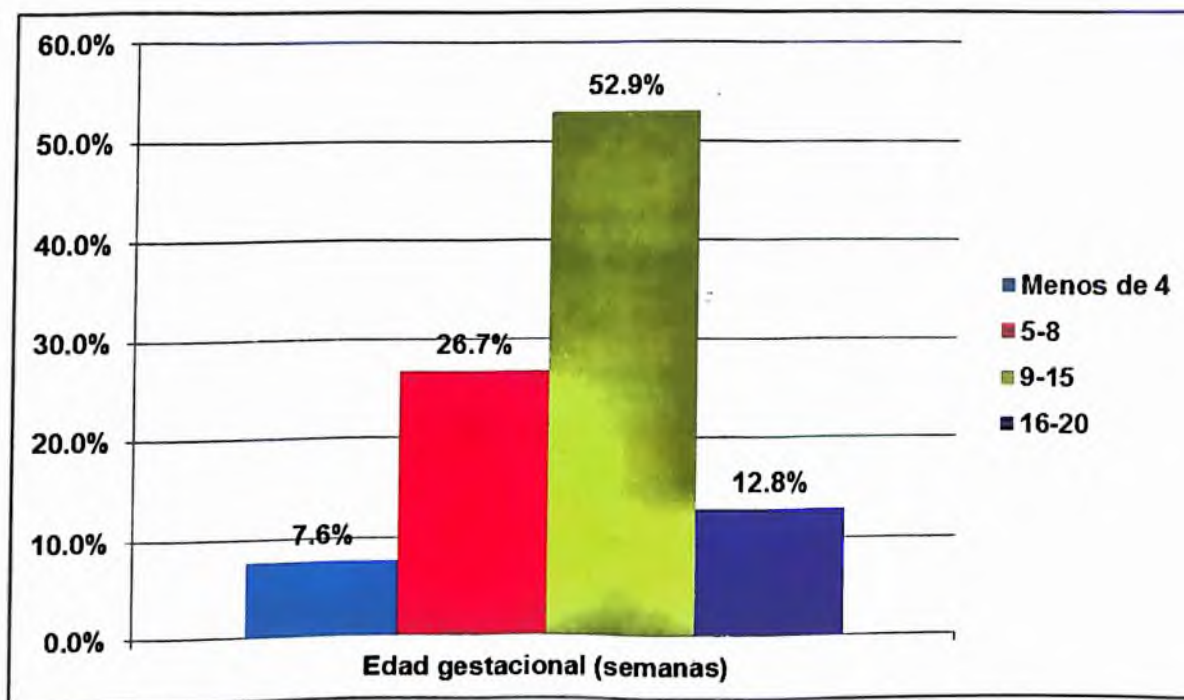
Cuadro 7. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según edad gestacional.

Edad gestacional (semanas)	Frecuencia	%
Menos de 4	12	7.6
5-8	42	26.7
9-15	83	52.9
16-20	20	12.8
Total	157	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

El 52.9 por ciento de las adolescentes tenían de 9-15 semanas de gestación, el 26.7 por ciento de 5-8 semanas, el 12.8 por ciento de 16-20 semanas y el 7.6 por ciento menos de 4 semanas.

Grafico 7. Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Taiwán 19 de Marzo en el periodo enero 2015 a enero 2016. Según edad gestacional.



Fuente: Cuadro 7.

IX. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de aborto en adolescentes.

De un total de 606 adolescentes, la incidencia de aborto fue de 157 para un 25.9 por ciento; en comparación a un estudio realizado por Hugo Ciaravino, *et al*, en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina, en el año 2006, la incidencia de aborto en adolescentes fue de 18.0 por ciento, siendo este un poco más bajo comparado con el estudio, variando así el país, nivel socioeconómico, educación, entre otras causas que pueden llevar las adolescentes a un aborto.

El 53.5 por ciento, siendo la edad más afectada entre 18-19 años; semejándose a un estudio realizado por Alba Cortés Alfaro *et al.*, en el servicio Hospital Psiquiátrico de La Habana de Cuba, en el año 1999, de 18-19 años con un 84.5 por ciento.

El 57.9 por ciento de los pacientes pertenecen a la zona rural; en un estudio realizado por Luís Hidalgo Guerrero, en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor Área Tocoquirúrgica en el año 2007, donde el 47.0 por ciento de las adolescentes pertenecen a la zona rural.

El 68.8 por ciento de las adolescentes su estado civil es de unión libre; en un estudio realizado por Martha Gonzaga Figueroa, en el Hospital Centro de Inmunología molecular (CIM) en el año 2002, que el 36.0 por ciento son de unión libre.

El 40.8 por ciento de las adolescentes son de primaria; en un estudio realizado por Danny de Jesús, en la Universidad de Ciencia Médica Estado Lara Venezuela, 2008-2009 que el 16.0 por ciento de las adolescentes cursaron hasta la primaria.

El 59.9 por ciento de las adolescentes obtuvieron un antecedente obstétrico de G₁; en comparación con el estudio del Dr. Enrique Reyes Guerrero en el Hospital Militar Central «Dr. Luis Díaz Soto». La Habana, Cuba en el año 2012, que el 50.5 por ciento de las adolescentes tuvieron G₁.

El 52.9 por ciento de las adolescentes tenían de 9-15 semanas de gestación; en un estudio realizado por Hugo Ciaravino, *et al*, en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina, en el año 2006, la mayor proporción de los abortos se produjeron entre las 9 y 12 semanas con un 41 por ciento.

X. CONCLUSIONES.

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. De un total de 606 adolescentes, la incidencia de aborto fue de 157 para un 25.9 por ciento.
2. El 53.5 por ciento de los pacientes son adolescentes de 18-19 años.
3. El 52.2 por ciento de las adolescentes son de secundaria.
4. El 57.9 por ciento de las adolescentes su procedencia es rural.
5. El 68.8 por ciento de los pacientes su estado civil es de unión libre.
6. El 59.9 por ciento de las adolescentes obtuvieron un antecedente obstétrico de G₁.
7. El 52.9 por ciento de las adolescentes tenían de 9-15 semanas de gestación.

XI. RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a recomendar:

1. Aumentar la divulgación a través de los medios de difusión masiva en una población tan vulnerable como es el adolescente sobre el riesgo del embarazo en esta edad.
2. Incrementar la labor educativa enfatizando en la educación sobre el embarazo en la adolescencia que incluya educación sexual y uso de los anticonceptivos.
3. Se recomienda realizar jornadas de prevención y orientación sobre inicio de las relaciones sexuales.
4. Preparar de forma activa talleres, foros y charlas que sean dictadas a la población adolescente en temas como: sexualidad, embarazo precoz, planificación familiar entre otros, con el fin de disminuir la alta incidencia y recurrencias de abortos en adolescentes.
5. Se recomienda la difusión de esta información para ayudar a nuestra población en riesgo a modificar los factores predisponentes para disminuir el aborto en adolescentes.
6. Realizar un estudio de tipo longitudinal en el momento en el que ingresan las adolescentes a urgencias, con diagnóstico de aborto, para conocer sus factores personales y las causas del aborto, que permitan constatar los resultados.

XII. REFERENCIAS.

1. Hugo Ciaravino / Ana Martínez / Silvia Benvenuto / Rodolfo Gómez Ponce de León / Silvana Torres / Cecilia Robles Aborto En Adolescentes Menores de 16 Años Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, año/vol. 25, número 004 Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina. 2006 pp. 167-171.
2. Amarillo Mendoza M, González Pérez U. Consideraciones sociológicas y éticas sobre aspectos del aborto demandado. En: Acosta Sariego JR, editor. Bioética. Desde una Perspectiva Cubana. 4ta ed. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2008.
3. Doblado Donisl Norma Isaura; De la Rosa Batistall Idania; Junco Manrique Ana, Aborto en la adolescencia un problema de salud, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3)409-421.
4. Ciaravino H., *et al.*, Aborto en adolescentes menores de 16 años, Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006; 25 (4).
5. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP, Oliveira DM. Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre, Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2013;21(4):[08 pantallas]
6. Narvaez Patricio, Neira Andrés, Describir las principales diferencias respecto a las características señaladas, que se presentaban entre las mujeres adultas y adolescentes, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador. 2008 Tesis previa a la obtención del título de médico, Cuenca – Ecuador, 2010.
7. Peláez J. Aborto en la Adolescencia. Rev. Sexología y Sociedad. 2006;2(5).
8. Texas Children's Hospital (octubre de 2002). «Crecimiento y desarrollo de los adolescentes» (en español). Consultado el 19 de abril de 2008.
9. When Little Girls Become Women: Early Onset of Puberty in Girlsm, 2001, National Research Center for Women and Families. Acceso 1 de noviembre de 2009.
10. El sobrepeso adelanta hasta en cuatro años la regla de las niñas, El País, España, 23/2/2010

1. Mayor S (May 2004). «Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries». *BMJ* 328 (7449): p. 1152. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a. PMID 15142897. PMC 411126.
2. Makinson C (1985). «The health consequences of teenage fertility». *Fam Plann Perspect* 17 (3): pp. 132–9. doi:10.2307/2135024. PMID 2431924.
3. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2002). Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy Prevention's Link to Other Critical Social Issues PDF (147 KB). Retrieved May 27, 2006.
4. Population Council (2006) Unexplored Elements of Adolescence in the Developing World *Population Briefs*, January 2006, Vol. 12, No. 1. Retrieved April 18, 2007.
5. «Pérdida del embarazo» Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.: Institutos Nacionales de la Salud. Consultado el 25 de julio de 2011
6. The Alan Guttmacher Institute. 2001. El aborto inducido a nivel mundial. Disponible en: www.guttmacher.org
7. González U. Consideraciones éticas sobre los problemas del crecimiento de la población y la salud reproductiva para iniciar el milenio. En: Acosta Sariego JR, editor. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2002.
8. Ricardo L. Schwarcz, Carlos A., Duverges, A. Gonzalo Diaz: *Obstetricia*, Edit El Ateneo, cuarta edición 1986, Págs. 153 - 157.
9. Williams. Obstetricia. 20a edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 2008. pg 399, 533, 539, 551, 552, 555, 556, 557, 559, 561, 563, 712
10. La Ferla J. Mid trimester Techniques and Complications. *Perinatology*, vol 10, núm. 2. 312, 313.
11. Goeschen-K; et al. Effect of b-mimetic Tocolysis on cervical ripening and plasma prostaglandin F2a metabolite after endocervical application of prostaglandin E2. *Obstetrics & Gynecology*, vol. 65, núm. 2. 1985. pg 166-171
12. Ylikorkala-O; et al. Outpatient Therapeutic Abortion with Mifepristone. *Obstetrics & Gynecology*, vol. 74, núm. 4. 1989. pg 553-557

13. DeCherney A.H., Pemoll M.L. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 7 ed. Manual Moderno. México D.F., México. 1997. pg 234 235, 302, 780, 799, 828, 829, 862,864,1376
14. Peláez JM. Elementos históricos en torno al aborto. En: Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. Capítulo XX. Problemática del aborto y el embarazo en las adolescentes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS), Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4 a Edición, Ginebra, 2004, www.who.int/reproductivehealth.
16. L. Cabero, D. Saldivar, E. Cabrilla: Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Edit. Médica Panamericana, 2007, Págs. 511 - 530.
17. Pérez de Avila Benavides, Irene especialista en Ginecología y Obstetricia. 2003.
18. Chipchase J, James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997;104:840-1.
19. Mejía G. Embarazo en Adolescentes. Programa Gente Joven de Mexfam. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER SEGOB. 2000:33-7.
20. Jones H. y col. made pregnant women's prevalence of hushed resources Medical Center, 200W. Arbor Dr., San Diego, CA 92103. 2000. USA.
21. Bengel, O., Murphy, D. L., Andrews, A. M., Wichems, adolescent pregnant women for lack of information due to the hushed Ca. USA. (1998).resources economicos.
22. Vaca A. y col. Estudio observacional adolescentes embarazadas con estudios truncados por falta de apoyo 1998. Monterrey, México medigraphic, año 2 Vol. III Pág. 20-26
23. Frederich W. Unverzagt Psicología y embarazos no deseados Atención Médica, Vol. 16 No. 10 Octubre de 1999 Marzo

24. Méndez A. Pre valencia de embarazos en menores de edad en el D.F
www.estadisticasdf.net.mx Febrero del 2001.
25. Nieto M. Casos de embarazos en menores de 18 años en la provincia de Buenos Aires Argentina www.saludvbienestar.com.ar Abril del 2000.
26. Sánchez M. Embarazo en menores de edad www.embarazoseQuro.com.mx Mayo del 2002
27. Vaca F. Preeclampsia en mujeres jóvenes embarazadas JAMA Vol. 9 No. 10
Noviembre del 2001 Septiembre del 2000
28. Padilla G. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia.
Rey. Sogía 2000; 7(1): 16-25.
29. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes.
Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rey. Méd.
Chile 1999; 127: 437-43.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

ACTIVIDADES		Tiempo: 2014-2017
Selección del tema	2014	Septiembre 2014
Búsqueda de referencias		Octubre 2014
Elaboración del anteproyecto		Noviembre 2014- Enero 2015
Sometimiento y aprobación		Febrero -Diciembre 2015
Revisión expedientes clínicos	2017	Enero-Agosto 2016
Tabulación y análisis de la información		Septiembre-October 2016
Redacción del informe		Noviembre 2016
Revisión del informe		Diciembre 2016
Encuadernación		Enero 2017
Presentación		Febrero 2017

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

INCIDENCIA DE ABORTO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL TAIWÁN 19 DE MARZO EN EL PERIODO ENERO 2015 A ENERO 2016.

1.¿Cuál es la edad de las adolescentes?

- a) De 10 a 14 b) de 15 a 17 c) de 18 a 19

2.¿Cuál es la escolaridad?

- a) Primaria b) Secundaria c) Universitaria
d) Analfabeta

3.¿Cuál es la procedencia?

- a) Rural b) Urbana

4.¿Estado civil?

- a) Casada b) Soltera c) Unión libre d) Viuda

5.¿Cuál es el antecedente obstétrico?

G P C A

6.¿Cuál es la edad gestacional de las embarcadas?

- a) Menos de 4 semanas
b) 5-8 semanas
c)9-15 semanas
d) 16-20 semanas

XIII.3. Costos y recursos

XIII.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • Un investigador o sustentante • Dos asesores • Archivistas y digitadores 				
XIII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		1 resmas	130.00	130.00
Papel Mistique		1 resmas	80.00	80.00
Lápices		3 lápices	10.00	30.00
Borras		6 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos		1 docena	4.00	36.00
Sacapuntas		2 unidades	3.00	6.00
Computador Hardware:				3.00
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;				
20 GB H.D.;CD-ROM 52x				
Impresora HP 932c				
Scanner: Microteck 3700				
Software:				
Microsoft Windows XP				
Microsoft Office XP				
Easy CD Creator 2.0				
Presentación:				
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data		2 unidades		1,200.00
proyector		2 unidades		150.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D				10,000.00
Calculadoras				
XIII.3.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
Referencias bibliográficas				
(ver listado de referencias)				
XIII.3.4. Económicos				
Papelería(copias)		1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación		12 informes		9,600.00
Alimentación			800.00	2,200.00
Transporte				3,000.00
Imprevistos				3,000.00
Total				
\$31,859.00				

XIII.4. Evaluación.

Sustentante:

Yudelka Martínez Jiménez
Dra. Yudelka Martínez Jiménez

Asesores:

Dra. Rosa Magalis Piña
Dra. Rosa Magalis Piña
(Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez
Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

Jurado:

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Autoridades:

Dra. Yenny Hebe Nuñez
Coordinador de Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria



Dra. Rosa Magalis Piña
Jefe de Departamento

Dr. M. J. Zaiter
HOSPITAL REGIONAL TAINAN
19 DE MARZO
CONS. Jefe de Enseñanza
Azua, Rep. Dom.

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez

[Signature]
Dr. José Asilis Zaiter
Decano de la Facultad de
Ciencias de la Salud



Fecha de presentación: 16/1/2017
Calificación: 92