

# FRECUENCIA DE “ABORTOS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN RELACIÓN AL GRUPO ETÁREO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER GESTIÓN 2013”

Abortion in women of childbearing age. San pedro claver hospital management 2013.

1 Flores James M.  
2 Contreras Barrientos N.D.  
3 Paracagua Camargo M.

1 Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca. Médico Forense. Docente Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina.

2,3 Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca. Univ. Quinto Curso. Facultad de Medicina.

Recepción: 16 de octubre del 2015  
Aceptado: 20 noviembre 2015

## RESUMEN

El estudio realizado acerca de la frecuencia de aborto en relación al grupo etario en el hospital “San Pedro Claver”, es un estudio retrospectivo y analítico, por lo tanto los métodos utilizados fueron registro, historias clínicas de pacientes atendidas la gestión 2013 con el diagnóstico de aborto.

Los resultados obtenidos permitieron determinar que la frecuencia más alta de aborto se encuentra en la edad de 20 -24 años, a la vez según el estado civil la frecuencia más alta se encontró en las mujeres con una estado civil de unión libre, pero a la vez el contar con una pareja es un factor de protección para no desarrollar un aborto así como también son factores de protección el no tener antecedentes previos de abortos y que las mujeres tengan controles prenatales más de 3. Como factores de riesgo estadísticamente significativos la multiparidad, desconocer si son seropositivas a toxoplasmosis como el antecedentes previos de aborto.

## PALABRAS CLAVE:

Aborto; Toxoplasmosis, Mutiparidad, Controles Prenatales.

## SUMMARY

The study carried out about the frequency of abortion in relation to the age group in the hospital “San Pedro Claver”, is a retrospective and analytical cross-sectional study, therefore the methods used were record, clinical records of patients attended the 2013 management with The diagnosis of abortion.

The obtained results allowed to determine that the highest frequency of abortion is in the age of 20 -24 years, at the same time according to the civil state the highest frequency was found in the women with a marital status of free union, but to the Time having a partner is a protective factor for not developing an abortion as well as protection factors have no prior history of abortions and women have more than 3 prenatal controls. As a statistically significant risk factors multiparity, Do not know if they are seropositive for toxoplasmosis such as the previous history of abortion

## KEYWORDS:

Abortion; Toxoplasmosis, Mutiparity, Prenatal Controls.

## INTRODUCCIÓN

El aborto es tan antiguo como la humanidad misma y han existido distintas técnicas para la interrupción del embarazo desde épocas remotas, así tenemos instrumentos que dilataban el cuello del útero; infinidad de plantas utilizadas como brebajes y ungüentos abortivos<sup>1</sup>.

Según el Royal College de Obstetricia y Ginecología, el aborto puede definirse como la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de gestación.<sup>2</sup> Una definición alternativa es la de un embarazo que falla, resultando en la muerte y la expulsión del embrión o de un feto de 500 gramos de peso o menos, correspondiente a una edad gestacional de hasta 20 semanas. Los abortos se clasifican como tempranos si ocurren en el primer trimestre (hasta 12 semanas de gestación) o tardíos (entre las semanas 12 a 24 de la gestación)<sup>3</sup>

Es considerado un problema de carácter social, como también en salud, practica llevada a cabo desde tiempos antiguos, pero ignorado por la población, por el conflicto ético que este desencadena. Mas al contrario este no es el principal problema que conlleva a su realización, la cual se liga a las complicaciones médicas ya que ha sido considerada como una de las causas de mortalidad materna como también diversas complicaciones posteriores que podrían generarse como ser histerotomías (extracción total o parcial de la matriz), infertilidad, etc.

Asímismo el aborto ha sido tomado desde diferentes perspectivas en el ámbito legal, en todo el mundo que pese a los cuestionamientos de las diferentes religiones y sociedad sobre su realización.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos en el mundo, pero en algunas regiones la relación es mayor.<sup>4</sup>

Estudios realizados en el Hospital "Dr. Antonio Mario Pineda" gestión 2011-2012. Demostrando que la edad materna más frecuente afectada por aborto se encuentra entre los 15-17 años el 84-85 % eran solteras 85.72% no tenían controles prenatales, 81.13% multíparas y 91.37% sin abortos previos un 78.80% fueron abortos espontáneos y un 85.34 % fueron abortos incompletos.<sup>5</sup>

Estudios realizados en Argentina por la Universidad Nordeste sobre la epidemiología del aborto mostraron como resultados: La edad media de la población fue

de 27 ± 7 años, con un rango entre 15 y 44. El 68% refirió una unión estable, Fueron primi gestas 13% y un 32% tenía antecedentes de aborto.<sup>6</sup>

El aborto en Bolivia se produce también en mujeres casadas. El 84% de las mujeres que acuden a establecimientos de salud con complicaciones por aborto son mujeres casadas o en unión, sólo el 16% de ellas son solteras, viudas o separadas. Abortan mujeres que ya tienen hijos. El 71% estuvo embarazada entre dos y tres veces. El promedio de edad que tienen es de 30 años con rangos extremos entre los 16 y 44 años. En Bolivia, 25 de cada 1000 mujeres en edad fértil terminan su embarazo en aborto. Esto representa una cifra alta si se considera que a nivel mundial la tasa estimada de abortos se encuentra en 29 abortos por cada mil mujeres en edad fértil. Por cada 1000 partos y cesáreas que se atienden, existen 173 casos de mujeres con hemorragias por aborto.<sup>7</sup>

Estudios realizados sobre la pobreza y la mortalidad materna en Bolivia describe que: En 2005, la cifra global fue de 23.180 casos resueltos de abortos, dato que es la suma de dos procedimientos de evacuación uterina: LIU y AMEU. Para este último año, el índice fue de un aborto incompleto por cada 5 partos y cesáreas atendidos en los tres niveles de atención, y uno por cada 6 nacimientos.<sup>8</sup>

Estudios realizados sobre la mortalidad materna en Chuquisaca demuestran que la mortalidad materna por "aborto" es baja, aunque es posible que tenga un subregistro.<sup>9</sup>

Buscamos respondernos a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de "abortos" en mujeres de edad fértil en relación al grupo etáreo atendidas en el Hospital San Pedro Claver unidad de Ginecología gestión 2013?

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la Frecuencia de "abortos" en mujeres de edad fértil en relación al grupo etario atendidas en el Hospital San Pedro Claver unidad de Ginecología gestión 2013.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Establecer la relación de los controles prenatales con la frecuencia de abortos.
- ▶ Determinar la asociación del estado civil con la frecuencia de abortos.

- ▶ Establecer la asociación de la toxoplasmosis con la frecuencia de abortos
- ▶ Describir el riesgo de tener un aborto en relación a antecedentes de abortos previos
- ▶ Identificar el riesgo de tener un aborto en relación a antecedentes de paridad.

## HIPÓTESIS

La mayor frecuencia de abortos incompletos se encuentra comprendida en mujeres mayores de 25 años. Los controles prenatales protegen al producto de la concepción ante un aborto espontáneo.

En nuestro medio las mujeres con estado civil casadas, unión estable son propensas a desarrollar un aborto incompleto en relación a las solteras.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Es un estudio no intervencionista observacional, retrospectivo y analítico utilizando como fuente de información las historias clínicas del servicio de Ginecología del Hospital "San Pedro Claver" Gestión 2013. Con un enfoque cuantitativo porque se fundamenta en los aspectos observables a cuantificar, las variables "aborto" Edad, Sexo, Estado civil, Procedencia, controles prenatales, paridad, abortos previos y toxoplasmosis.

### Los Instrumentos a utilizar fueron

- ▶ Historias clínicas de pacientes que presentaron la patología (casos) y aquellos que no presentaron la patología (controles)
- ▶ Tabla de registro

La población seleccionada fueron todas mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital San Pedro Claver. Gestión 2013. Con diagnóstico de aborto para los casos y para los controles partos, cesáreas.

"Se tomó una muestra de 223 personas de las cuales 73 fueron casos que presentaron aborto incompleto y 150 controles sin dicha patología".

La fuente de recolección de información fueron las historias clínicas, las cuales corresponden a una fuente secundaria.

Un vez que se tuvo delimitada la población, se fue al hospital y se identificó las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de aborto para los casos y pacientes que no diagnosticaron dicha patología

atendidas en el mismo hospital servicio de ginecología 2013, se obtuvo y revisó cada una de estas y se trasladó los datos a la hoja de registro.

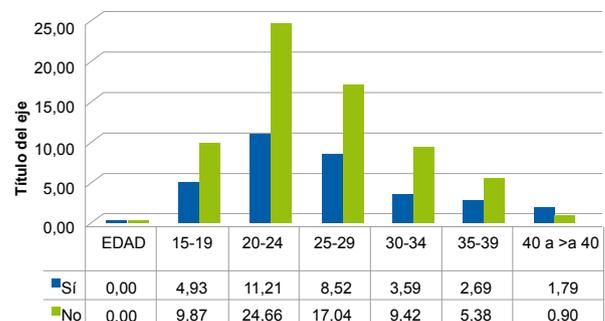
Con la información obtenida se procedió a construir tablas descriptivas simples y de doble entrada con sus respectivos gráficos de distribución de frecuencia de las variables de estudio.

Se construyeron tablas tetracóricas de doble entrada para valorar la asociación entre factores de riesgo (variables independientes) y el aborto incompleto (variable dependiente). En las cuales se calcularon medidas de frecuencia y de asociación como proporción de casos expuestos y proporción de controles expuestos, Odds ratio (OR), Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), intervalos de confianza; límite superior (Ls), límite inferior (Li).

## RESULTADOS

### GRÁFICO N°1

Distribución de la población de abortos según edad



Fuente: Historias Clínicas Hospital "San Pedro Claver"

El porcentaje más alto de la población con aborto corresponde a las categorías de 20-24; años de edad con un 11.21% (25).

Mientras que la frecuencia más baja corresponde a la población de **40 o > a 40**.

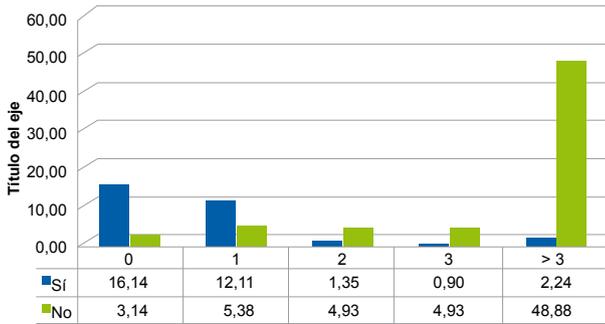
Se registró la mayor proporción de expuestos en las edades comprendidas entre 20-24 años (%e) con un 34.24 en los casos por cada 100 pacientes que presentaron un aborto y un 36,67 en los controles por cada 100 pacientes que no presentaron la patología.

Sin embargo la edad comprendida entre los 40 o mayor con un (OR) de 4.28 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de riesgo para desarrollar un aborto incompleto,

pero con un  $X^2$  de 3.22 que significa que la relación no es estadísticamente significativa con unos límites (Li.0.76 - Ls.23.95)

**GRÁFICO N°2**

**Distribución de la población de abortos según control prenatal**



Fuente: Historias Clínicas Hospital “San Pedro Claver”.

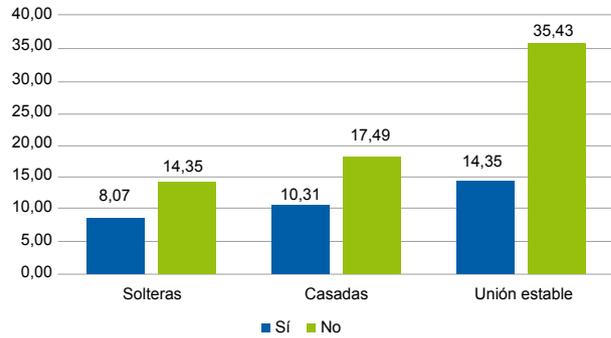
El porcentaje más alto de la población con aborto según su registro de control prenatal corresponde a las categorías de cero controles prenatales con un 19.28% (57). Por otro lado en la población que no desarrolló un aborto, la frecuencia más alta corresponde a mayor de tres controles con un 51.12.

Se registró la mayor proporción de expuestos en pacientes con registro de 0 controles prenatales (%e) con un 49.31 en los casos por cada 100 pacientes que presentaron un aborto, con un OR 19.87, lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de riesgo, con un  $X^2$  de 62.89 lo que significa que la relación es estadísticamente significativa.

También se registró la mayor proporción de controles expuestos en las pacientes con registro de más de 3 controles prenatales con un 72.66 por cada 100 pacientes que no presentaron la patología, con un OR de 0.02 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de protección para no desarrollar un aborto. Con un  $X^2$  de 85.12 lo que significa que la relación es estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N° 3**

**Distribución de la población de abortos según estado civil**



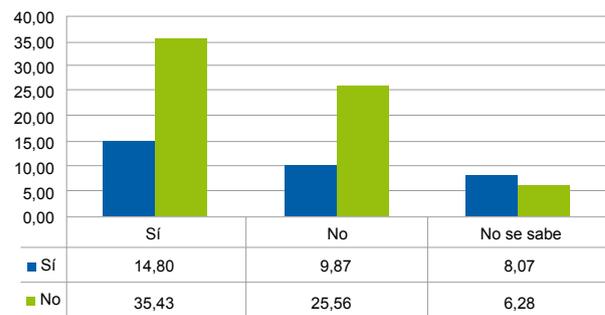
Fuente: Historias Clínicas Hospital “San Pedro Claver”

El porcentaje más alto de la población con aborto incompleto según su estado civil corresponde a las categorías de unión estable con un 14.35 % (57).

Se registró la mayor proporción de expuestos en los de estado civil unión estable (%e) con un 43.83 en los casos por cada 100 pacientes que presentaron un aborto y un 52.67 en los controles por cada 100 pacientes que no presentaron la patología, con un OR de 0.70 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de protección. Con un  $X^2$  de 4.22 lo que significa que la relación es estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N°4**

**Distribución de la población de abortos según presencia de toxoplasmosis**



Fuente: Historias Clínicas Hospital “San Pedro Claver”

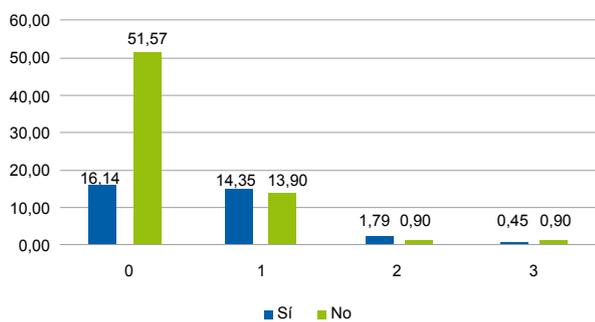
El porcentaje más alto de la población con aborto según presencia de toxoplasmosis corresponde a positivo a la presencia de toxoplasmosis con un 14.80% (57). Por otro lado en la población que no desarrolló

un aborto, la frecuencia más alta corresponde a la presencia de toxoplasmosis con un 35.43% (105).

Se registró la mayor proporción de expuestos en aquellos con toxoplasmosis positiva con un 45.21 en casos atendidos que no presentaron la patología, sin embargo también se presentó una proporción de expuestos en aquellos que no tenían estudios que mostraran si presentaban o no la patología con un 34.66 en los casos por cada 100 pacientes atendidos que presentaron la patología y 9.33 en controles por cada 100 pacientes atendidas que no presentaron la patología con un OR de 3.18 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de riesgo pero con un  $X^2$  de 0.074 que significa que la relación es estadísticamente no significativa. Con unos límites (Li.3.18-Ls.6.88)

**GRÁFICO N° 5**

**Distribución de la población de abortos según abortos previos**



**Fuente:** Historias Clínicas Hospital "San Pedro Claver"

El porcentaje más alto de la población con aborto según su antecedentes de abortos anteriores corresponde a la categoría de cero abortos previos con un 16.14 % (57).

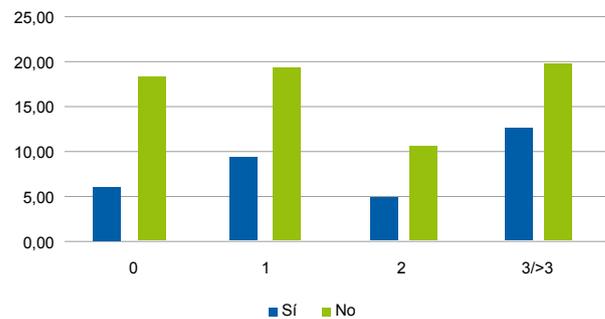
Se registró la mayor proporción de expuestos en pacientes con antecedentes de 0 abortos previos con un 49.31 en los casos por cada 100 pacientes que presentaron un aborto y un 76.66 en los controles por cada 100 pacientes que no presentaron la patología, con un OR de 0.29 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de protección. Con un  $X^2$  de 16.80 lo que significa que la relación es estadísticamente significativa.

También se registró una proporción de expuestos en aquellas personas que registraron 3 abortos previos de 1.36 en los casos por cada 100 pacientes atendidos que presentaron un aborto y 1.33 en los controles

por cada 100 pacientes atendidos que no presentaron la patología, con un OR de 1.02 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de riesgo, pero con un  $X^2$  de 0.003 lo que significa que la relación es estadísticamente no significativa, con unos límites (Li 0.88-Ls.11.32)

**GRÁFICO N°6**

**Distribución de la población de abortos según paridad**



**Fuente:** Historias Clínicas Hospital "San Pedro Claver"

El porcentaje más alto de la población con aborto según su registro de paridad corresponde a la categoría de más de tres hijos con un 12.56% (57). Se registró la mayor proporción de expuestos en pacientes con antecedentes de paridad 3 o mayor a 3 con un 38.35 en los casos por cada 100 pacientes que presentaron un aborto y un 29.33 en los controles por cada 100 pacientes que no presentaron la patología, con un OR de 1.49 lo que demuestra que esta variable tiene una alta probabilidad de ser un factor de riesgo. Con un  $X^2$  de 18.28 lo que significa que la relación es estadísticamente significativa.

## CONCLUSIONES

Se determinó que la población más afectada es aquella que se encuentra entre los 20-24 años, que las mujeres mayores de 40 años tienen mayor riesgo pero no hay una relación estadística para determinarla un factor de riesgo.

Se identificó mujeres con un estado civil unión libre presentan mayormente un aborto pero a la vez también aquellas que no presentaron un aborto, que el contar con una pareja es un factor de protección con una relación estadística significativa.

Que gran parte de la población en estudio que presentó o no la patología tienen una seropositividad a toxoplasmosis como también un gran porcentaje des-

conoce si tiene o no toxoplasmosis y esto es considerado un factor de riesgo estadísticamente significativo para desarrollar un aborto.

Se determinó que el no tener antecedentes de abortos previos es un factor de protección a desarrollar un aborto.

Se determinó que mujeres con antecedentes de paridad 0 tienen menos riesgo a desarrollar un aborto, considerado el mismo un factor de protección y a la vez el tener más de 3 hijos ya se convierte en un factor de riesgo ambos estadísticamente significativo.

## RECOMENDACIONES

Es importante instaurar medidas preventivas que prevengan el aborto incompleto mediante educación preventiva.

Sería beneficioso poder instaurar programas que permitan identificar la presencia de toxoplasmosis en todas las mujeres de edad fértil ya que muchas de las que desarrollaron y no desarrollaron el evento padecían toxoplasmosis.

Educar a la población en edad fértil respecto a la importancia de los controles prenatales para poder prevenir el desarrollo de un aborto incompleto como también otras patologías.

Educar a la población sobre la planificación familiar ya que existe más riesgo de desarrollar la patología en pacientes que tenían registro de paridad 3 o mayor a 3.

Pero también recordar que todos los grupos etarios en edad fértil tienen riesgo a desarrollar un aborto incompleto. Por lo cual los programas no especificarían a un grupo etéreo de mujeres en edad fértil específico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 José Garrido Calderón/Director Maternidad Dr. Manuel E. Perdom/EL ABORTO EN LA HISTORIA/Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Santo Domingo R. D.ACTA MÉDICA DOMINICANA ENERO-FEBRERO 1995
- 2 Royal College Of Obstetricians And Gynaecologist/ Londres; The Management Of Early Pregnancy / 2000.No. 25.
- 3 Diana Carolina Vargas Fiesco, Jorge Andrés Rubio Romero/Obstetricia Integral Siglo Xxi/ Aborto /Tomoi
- 4 Cercado María Beatriz /Dr. Kleber Poggo Pa-

- 5 redes Universidad de Guayaquil /Facultad De Ciencias Médicas /Tesis De Grado /2012-2013 Ana Gonzales universidad centro occidental Lisandro Alvarado / Factores epidemiológicos y aborto en mujeres adolescentes "Hospital Antonio María Pinedo /2001-2002"/Barquisimeto estado de Lara
- 6 Rivero, Mabel I. - Villalba, María T. - Vidal, Daniel A. -Ramírez, Norma/UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE /Epidemiología.Clínica y costo hospitalario del aborto / Corrientes, Argentina 2000.
- 7 Dr. Alberto de la Gálvez Murillo CLas cifras hablan. El aborto es un problema de salud pública/ Empresa Ruizmier Consulting and Research/ La Paz – Bolivia 2011
- 8 Alberto de la Gálvez Murillo. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia / (IINSAD), Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés/ La Paz, Bolivia 2009
- 9 Alberto de la Gálvez Murillo C./Pobreza y Mortalidad Materna en Chuquisaca./Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo / La Paz-Bolivia 2009.