



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADOLESCENTES
INGRESADAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL CENTRAL
DE MARACAY NOVIEMBRE 2014 – JUNIO 2015.**

Trabajo de Grado para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTORA:

DRA. NEORMIT ALDANA

C.I. 16.732.557

TUTORA:

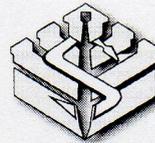
DRA. MAYERLI MARTINEZ

C.I. 13.132.741

Noviembre, 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA



ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

***"HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN PACIENTES ADOLESCENTES
INGRESADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE MARACAY ENTRE NOVIEMBRE 2014 - JUNIO 2015"***

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA** por el (la) aspirante:

ALDANA GUZMAN NEORMIT GEORGINA

C.I. 16.732 557

Tutor del Trabajo de Grado: **Maryelis Martínez, C.I. 13.132.741**

Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los Veintiocho días del mes de Noviembre del año Dos mil Quince.

Prof. Franqui Sandoval L.
C.I.: 12.902.988

Profa. Carlen Gimón
C.I.: 9.437.030

Prof. Solangel Mendoza
C.I.: 4.393558

Norkis Veliz

"Democracia y Autonomía, garantía de presente y futuro Universitario"
Final Av. Leonardo Ruíz Pineda La Morita Edo. Aragua
Telf. 0241-6004000 6005000 ext. 404140





UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS EN PACIENTES ADOLESCENTES INGRESADAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY NOVIEMBRE 2014 – JUNIO 2015

Autora: Dra. Neormit Aldana

Tutora: Dra. Maryeli Martínez

RESUMEN

El proceso reproductivo humano, implica la coordinación de gran número de procesos en los cuales pueden producirse alteraciones que conduzcan a errores irreparables manifestados en abortos. Esta investigación tuvo como objeto principal, analizar los hallazgos anatomopatológicos en pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de abortos en el Hospital Central de Maracay entre noviembre 2014 septiembre 2015, se realizó una investigación cuantitativa, de campo, descriptiva, observacional y transversal basado en Identificar las características epidemiológicas de pacientes que ingresen con diagnóstico de aborto en el Hospital central de Maracay, se determinaron hallazgos anatomopatológicos en pacientes adolescentes que ingresaron con diagnóstico de aborto en el Hospital Central de Maracay y se realizó un análisis comparativo entre los resultados de las muestras anatomopatológicas en las pacientes adolescentes. Se realizó el estudio en el grupo etario de 25 pacientes adolescentes que dieron su consentimiento. Para integrar este objetivo se aplicó un cuestionario. Se observaron variables como: edad, estado civil, nivel de instrucción, hallazgos anatomopatológicos. Obteniendo un grupo de adolescente con edades de 15 a 16 años con el 32% fueron más frecuente, el estado civil en un 88% solteras, estudiantes 76%, con edad gestacional predominante de 6 a 8 semanas, el 100% sin control prenatal, la mayoría no presentaron BETA HCG, hubo un 8% con reacción de aria stella, 12% presentaron alteraciones del ciclo menstrual a pesar de que ingresaron con diagnóstico de aborto, se evidencio que el 80% fueron abortos incompletos, predominando el sangrado en la mayoría de los casos, teniendo mayor representación estadística en el estudio.

PALABRAS CLAVES: ABORTO, EMBARAZO ADOLESCENTE, ANATOMIAPATOLOGICA

UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADUATE COURSE IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

**FINDS PATHOLOGICAL IN ADOLESCENT PATIENTS ADMITTED WITH
DIAGNOSIS OF ABORTION IN THE HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
NOVEMBER 2014 – JUNE 2015**

*Author: Dr. Neormit Aldana
Tutor: Dr. Maryeli Martinez*

ABSTRACT

The human reproductive process, involves the coordination of large numbers of processes in which alterations leading to irreparable errors appear in abortions may occur. This research had as main objective, analyze findings pathological in adolescent patients admitted with a diagnosis of abortion in the Hospital Central de Maracay between November 2014 September 2015, was carried out a quantitative field, descriptive, observational and cross-sectional research based on identifying the epidemiological characteristics of patients who enter with a diagnosis of abortion in the Hospital central de Maracay, finds pathological in adolescent patients admitted with a diagnosis of abortion in the Hospital Central de Maracay were determined and a comparative analysis of the results of pathology in the adolescent patients samples was carried out. The study was conducted in the age group of 25 adolescent patients who gave their consent. A questionnaire was applied to integrate this objective. Observed variables such as: age, marital status, level of education, pathological findings. Getting a group of adolescents aged 15 to 16 years with 32% were more frequent, the marital status single 88%, 76%, with age students gestational predominantly from 6 to 8 weeks, 100% without prenatal care, the majority did not BETA HCG, there was an 8% with aria-stella reaction, 12% had abnormalities of the menstrual cycle while they were admitted with diagnosis of abortion , is evidenced 80% were incomplete abortions, with bleeding in the majority of cases, having more statistical representation in the study.

KEY WORDS: ABORTION, PREGNANCY, TEENAGER, ANATOMIAPATOLOGICA

INTRODUCCIÓN

La Adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, dividido en 3 etapas: Adolescencia temprana: 10 a 13 años. Adolescencia media: 14 a 16 años. Adolescencia tardía 17 a 19 años. Siendo la fase de desarrollo humano situado entre la infancia y la edad adulta por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. Dentro de los aspectos biológicos se encuentra la aparición del desarrollo puberal a edades cada vez más tempranas, lo que incrementa el periodo en el cual los adolescentes son biológicamente fértiles, pero no poseen el desarrollo psicológico ni la independencia económica de sus padres, para poder aspirar a insertarse con éxito en un mercado laboral cada vez más demandante (1-4).

Los adolescentes son más vulnerables a tener conductas de riesgo en cuanto a la sexualidad que personas de otras edades. Entre estas conductas se mencionan al tener relaciones sexuales a temprana edad, no usar preservativos, ni otro método anticonceptivo, lo que lo puede llevar a consecuencias como contagio de alguna infección de transmisión sexual (ITS) como el SIDA y/o embarazos no deseados que en su mayoría terminan en aborto, siendo este último definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un feto menor de 500 gramos (1,5).

Según Álamos F. (2010), realiza su trabajo especial de grado titulado Manejo del Aborto en curso y diferido en Adolescentes, el cual constituye una problemática de emergencia, por las complicaciones que genera y por la falta de protocolos de atención médica. Asimismo, el aborto es considerado como la interrupción del embarazo de una manera espontánea o inducida, siendo el aborto espontaneo el que ocurre sin ninguna intervención externa y puede ser causado por enfermedad de la madre o defectos genéticos del embrión; mientras que la expresión “aborto inducido” se debe a una intervención externa deliberada (7,8).

El aborto como paradigma o conflicto moral, es uno de los temas más controversiales en el mundo por la ciencia, la sociedad y la religión. El aborto y la adolescencia han ido de la mano desde el mismo comienzo de la vida. Cada día se realizan en el mundo 55.000 abortos en condiciones riesgosas. El 95 % se realizan en países en vías de desarrollo y conducen a la muerte

a más de 200 mujeres diariamente, 4.4 millones de abortos cada año en jóvenes entre 10 a 24 años. En el mundo más de 15.000.000 de adolescentes entre los 15 y los 19 años presentan aborto. Los abortos en muchos lugares del mundo, se realizan en condiciones de riesgos y de forma no legal y dentro de este problema para la salud reproductiva están los adolescentes y jóvenes, se registran en el mundo alrededor de 20 millones de abortos ilegales para un 43,8%. El 62% de la población mundial vive en los 64 países donde el aborto es legal y el 38% de la población viven en países donde el aborto está totalmente prohibido es por esto que cada año, a nivel mundial, hay por lo menos 4.5 millones de mujeres jóvenes que recurren al aborto. Solo en Latinoamérica y el Caribe, las estimaciones varían entre aproximadamente trece abortos anuales por cada mil mujeres de 15 a 19 años en México, y alrededor de 36 por cada mil adolescentes en la República Dominicana (1,6).

De acuerdo con el Instituto Guttmacher, las leyes restrictivas sobre el aborto no están asociadas con tasas más bajas. Estas son las cifras: América Latina 32 por cada 1.000 adolescentes, Europa 12 por cada 1.000 y África 29 por cada mil. Mientras tanto, el aborto es ilegal en la mayor parte de los países de América Latina y África siendo permitido por causas amplias en los países de Europa Occidental. En Venezuela, a pesar de ser un problema de salud pública cuya dimensión es difícil de precisar, debido al subregistro estadístico motivado por su ilegalidad, y solo se conocen los casos que se complican gravemente o mueren. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), precisan que cada año se producen en Venezuela 4 millones de abortos, 4 de cada 10 embarazadas no llegan a su culminación por esta causa, mientras que se registran anualmente 5 mil muertes por abortos inseguros; el mayor porcentaje de decesos en el mundo (1).

Por otro lado los científicos a nivel mundial interesados en la patología del endometrio aceptan que el diagnóstico precoz aunado a un tratamiento conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver, al igual que los trastornos menstruales constituyen una entidad clínica que se presenta frecuentemente durante los años de la adolescencia. En un trabajo de nuestro país, la prevalencia de los trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia se estimó en 37,07% en el primer año de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquia), desciende a 21,9% en el segundo año y se mantiene en porcentajes similares los años

subsiguientes, para disminuir a 14,81% a los seis años posmenarquia. En los primeros cinco años después de la menarquia, los ciclos menstruales anovulatorios asociados a la inmadurez del eje hipotálamo –hipófisis– ovario, son la causa más común de dichos trastornos. Otras condiciones patológicas tales como anomalías del tracto de salida, alteraciones gonadales, alteraciones del área hipotálamo-hipófisis, factores relacionados al estilo de vida, infecciones y otras enfermedades sistémicas pueden asociarse también a estos trastornos menstruales por lo que deben ser considerados como posibles diagnósticos diferenciales de aborto. El conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual, así como todos los eventos asociados al periodo perimenarquia, son fundamentales para desarrollar protocolos de diagnóstico y tratamiento adecuado en las adolescentes. (4, 9,10).

Cabe destacar que, el legrado uterino-biopsia es una de las intervenciones ginecológicas más frecuentes e importantes, ya que es un procedimiento que implica tratamiento y diagnóstico para las enfermedades del endometrio, causante de morbimortalidad en el género femenino en la edad reproductiva y menopáusica; y se realiza tanto para fines diagnóstico como terapéuticos ya que refleja su valor en mejorar la salud de las mujeres que son sometidas a este tipo de procedimiento médico-quirúrgico, una vez diagnosticado el aborto; también es significativa para evaluar la calidad de las actividades médica que se ejecutan (10,12,18,20).

El legrado uterino-biopsia es un tratamiento diagnóstico terapéutico que intenta lograr una mejor calidad de vida, evitar las complicaciones y secuelas de conductas más radicales. Así mismo, este estudio permitirá generar conocimientos útiles, destinados al mejoramiento de la salud de la mujer, a diseñar esquemas para mejorar el manejo de las enfermedades que afectan al endometrio y otras afecciones propias del aborto (11,14,16,19).

A su vez, el estudio anatomopatológico se realiza sobre diferentes tipos de muestra como la citología, la biopsia y autopsia, aplicando una serie de criterios morfológicos básicos. Generalmente el diagnóstico de los distintos tipos de patologías puede orientarse y realizarse con cierta facilidad a las adolescentes que presenten aborto, aplicando una serie de criterios básicos. Son de vital importancia los problemas de salud relacionados con el aborto en las adolescentes, se ven a todo nivel, ya que no se encuentran preparadas para el impacto que es la maternidad. Este problema debe ser considerado como un tema muy relevante en salud pública; ya que los abortos en adolescentes se relacionan a una

deficiencia en materia de salud reproductiva y educación sexual, por ende es relevante comprobar diagnóstico de aborto en adolescentes ya que desde el punto de vista social nos da una perspectiva para evitar las consecuencias negativa de llevar una vida sexual libre y plena, donde nos dedicamos tradicionalmente a matizar de todo tipo de consecuencias desfavorables, a adolescentes sexualmente activas donde se cataloga de aborto sin tomar en cuenta el gran impacto emocional que este implica desde un evento estresor en la vida de la mujer a un más siendo adolescente, pudiendo interferir en la estabilidad psicológica de manera negativa las cuales podrían culminar en depresiones o perdida de la confianza en sí mismo los cuales van rodeado de un halo de culpabilidad, represión y rechazo a si misma(13,15,17,18,20- 24) . Tomando en cuenta todo lo descrito se analizó los hallazgos anatomopatológicos de pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Central de Maracay, entre Noviembre 2014 y Junio 2015, cuyos objetivos específicos son: 1. Identificar las características epidemiológicas y obstétricas de las pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de aborto, 2. Identificar las características clínicas y paraclínicas de las pacientes adolescentes ingresadas, 3. Determinar los hallazgos ecográficos y anatomopatológicos 4. Análisis comparativo entre BETA-HCG y resultados Anatomopatologicos 5. Realizar un análisis comparativo entre los resultados anatomopatológicos y los hallazgos ecográficos en pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de aborto.

MATERIALES Y METODOS

Esta investigación estuvo enmarcada en un estudio cuantitativo, de campo, descriptivo, en tiempo prospectivo, transversal, dentro a la línea de investigación de embarazo y adolescente, donde se estudiaron a las pacientes adolescentes que ingresaron con diagnóstico de aborto al Hospital Central de Maracay (HCM), cuyo diseño de investigación es de tipo post - facto (no experimental) ya que el fenómeno investigado, es descrito a través de reportes ecográficos que se hicieron a las pacientes adolescentes dentro de la institución donde realice las respectivas medidas del endometrio, luego previo consentimiento informado se les realizó legrados, a las pacientes adolescentes que ingresaron con diagnóstico de aborto al HCM. La población de referencia está constituida por un universo del 100% de los casos que ingresaron de pacientes adolescentes con abortos en el periodo de estudio Noviembre 2014 a Junio de 2015, años anteriores se atendía una población o universo de 440 casos en el transcurso de un año, de acuerdo al Programa COSMO del Dpto Información y Estadísticas de Salud HCM, en vista de las actuales remodelaciones dentro del HCM, se tomó una población de 126 casos entre el

periodo de Noviembre 2014 a Junio de 2015, este representó el 100% de las cuales se tomó una muestra intencional de 25 pacientes adolescentes que representaron el 30%, ya que las mismas fueron ingresadas con diagnóstico de aborto incompleto, el resto de las muestras no eran pertinentes para el estudio. Para calcular la proporción de pacientes adolescentes a estudiar según Hernández, Fernández y Baptista (2012) se dividió, el tamaño de la muestra entre el de la población: $25/126 = 0,2$. Lo que quiere decir que estamos pasando el instrumento al 30%, previo consentimiento informado, autorizando el estudio, durante los meses de Noviembre 2014 y Junio 2015 (13,26,27).

En cuanto a la técnica de legrado se realizó mediante un raspado o curetaje de las paredes interiores del útero, con el fin de extraer la capa mucosa llamada endometrio, tomando en cuenta la respectiva ecografía y la extracción de la una muestra donde se realizó una biopsia. Una vez obtenida se procesó en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Central de Maracay, por el Anatomopatólogo y Jefe de Servicio Dr. Gypsy Inojosa. Estas muestras se colocaron en recipientes de plástico estériles de 100 mL con tapa de rosca, los cuales contenían formol al 10%. A cada una de las participantes se les recolectó los datos de las variables a través de un instrumento, para cada una de las historias clínica, prediseñado y validado por experto. El instrumento se desarrolló en una ficha de recolección de datos basada en la técnica tipo observación directa ya que el investigador tiene contacto directo con el pacientes y es capaz de realizar procedimiento tales como la ecografía con su respectiva medición del endometrio, realizar procedimiento quirúrgico como el legrado, el cual constó de tres partes, esta consistió en un formato especialmente elaborado, donde en su primera parte, se registran los datos epidemiológicos de las pacientes, en su segunda parte, clínica de la paciente, y en tercera parte, los hallazgos obtenidos tanto de las muestras tomadas, como las de carácter anatomopatológico resultantes de la biopsia, y estos datos fueron vaciados en hoja de cálculo Microsoft Excel 2007, siendo procesados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para cálculo de frecuencia absoluta y relativa, y estos resultados se expresan en cuadros o tablas para su discusión. (26)

FACTIBILIDAD ECONOMICA: Autofinanciada.

DEBILIDAD: Dentro de la institución al ingreso los reportes ecográficos se registran de la siguiente manera: imágenes ecorefringentes “sugestivas” de restos y/o coágulos, es decir un

criterio subjetivo. Por consiguiente dada la subjetividad se procedió a realizar la ecografía con las respectivas medidas del endometrio.

FACTIBILIDAD ETICA

Es factible éticamente ya que no fueron sometidas a procedimientos experimentales, ni la difusión de la causa del diagnóstico de aborto de las pacientes adolescentes que ingresaron al Hospital Central de Maracay, ya que las mismas llegaron de manera voluntaria para atención médica, con características clínicas de aborto, corroboradas ecográficamente, si bien es cierto en Venezuela el aborto se permite solamente para salvar la vida de la mujer en estado de gravidez, en cuyo caso debe contarse con el consentimiento por escrito de la mujer, su esposo o su representante legal en caso de ser soltera o menor de edad. De acuerdo con el Código Penal Venezolano Vigente en sus artículos 432, 433 y 435, donde establecen que la sanción para la mujer que se practica su propio aborto o consiente que otro se lo induzca es de prisión de seis meses a dos años, a quien lo practica se le castiga con prisión de doce a treinta meses. Se señala que si el culpable del aborto fuera el marido, las penas establecidas se aumentarán en una sexta parte. (27)

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS

Tabla 1-A Características epidemiológicas, de las adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

VARIABLES		F	%
EDAD	13-14	5	20
	15-16	8	32
	17-18	7	28
	19	5	20
ESTADO CIVIL	SOLTERA	22	88
	UNIDA	3	12
OCUPACION	ESTUDIANTE	19	76
	AMA DE CASA	5	20
	COSTURERA	1	4

Total 25 100

En la tabla N° 1-A, las características más resaltantes de la muestra es en cuanto a la edad que estrictamente es de 13 a 19 años cuyo promedio es de $16,36 \pm 2$ años, siendo más frecuente el grupo de 15 a 16 años con el 32% (N: 25), presentado como estado civil más frecuente el ser soltera 88%, y como ocupación estudiante 76%.

Tabla 1.B Características obstétricas, de las adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

VARIABLES		F	%
EDAD GESTACIONAL/ SEMANAS	6-8	17	68
	9-11	4	16
	12-14	2	8
	15-17	1	4
	18-20	1	4
SEXARQUIA /AÑOS	<13	2	8
	13-14	8	32
	15-16	11	44
	17-18	4	16
	Total	23	92

En cuanto a la tabla N° 1-B entre las características obstétricas más resaltantes de las adolescentes es la edad gestacional siendo más frecuente el grupo entre 6 a 8 semanas representados por el 68%, predominando en la sexarquia/años es el grupo de adolescente comprendidos entre 15 a 16 años 44% tomando en cuenta que 100% de las pacientes (N=25) no portaron control prenatal.

Tabla 2-A Características clínicas, de las adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015

VARIABLES		F	%
SANGRADO	SI	23	92
	NO	2	8
MODIFICACION CERVICALES	SI	17	68
	NO	8	32
DOLOR PELVICO	SI	18	72
	NO	7	28
Total		25	100

En la tabla 2-A en cuanto a las características clínicas más resaltantes de la muestra obtenida en las adolescentes ingresadas con diagnóstico de aborto se observa que el Sangrado genital represento un 92%, seguido de modificaciones cervicales un 68%, y dolor pélvico en 72%.

Tabla 2-B Características paraclínicas de las pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto según BETA HCG, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

VARIABLES		F	%
BETA HCG	POSITIVA	5	20
	NO POSEEN	20	80
Total		25	100

En la tabla 2-B con respecto a los estudios paraclínicos de las pacientes ingresada con diagnóstico de Aborto según BETA HCG, se observó que el 80% no tenían prueba de embarazo en sangre cuantitativa y solo el 20% estuvo representado por aquellas pacientes con prueba de embarazo positivo.

Tabla 3-A Hallazgos Ecográficos

Reporte Ecográfico Endometrio (mm)	F	%
0-5 mm	1	4

6-10 mm	4		16
11-15 mm	20		80
Total	25		100

En la tabla 3-A se puede observar que hay 80% de reportes ecográfico con una medida de grosor de endometrio de 11-15mm, 16% con medidas 6-10mm y el restante 4% con medida de grosor del endometrio menos de 5mm .

Tabla 3-B Características de las adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto según reporte anatomopatológico, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

VARIABLES	F	%
RESTOS OVULARES	20	80
ENDOMETRIO CON REACCION DE ARIAS STELLA	1	4
ENDOMETRIO DE PATRON SECRETOR CON REACCION DE ARIAS STELLA	1	4
ENDOMETRIO DE PATRON PROLIFERATIVO	1	4
ENDOMETRIO HIPERSECRETOR NO SE OBSERVO VELLOSIDADES CORIALES	1	4
ENDOMETRIO PATRON SECRETOR COMPATIBLE CON DIA 18/19 DE CICLO	1	4
Total	25	100

En la tabla 3-B no obstante en cuanto al diagnóstico anatomopatológico predominó el de restos ovulares con el 80% de los casos. Sin embargo se pudo observar que hubo un 12% de los resultados donde se evidenció alteraciones del ciclo menstrual tipo endometrio de patrón proliferativo, endometrio hipersecretor, endometrio patrón secretor compatible con día 18/19 del ciclo, y 8% donde los resultados son reacción de arias stella, que pudieran corresponder a embarazo ectópico.

Tabla 4 Asociación de variable Beta HCG y hallazgos anatomopatológicos, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICO	No Tienen		BETA HCG		Total	
	No	%	POSITIVA	%	Total	%
RESTOS OVULARES	14	56	6	24	20	80
ENDOMETRIO CON REACCION DE ARIAS STELLA	1	4	0	0	1	4
ENDOMETRIO DE PATRON SECRETOR CON REACCION DE ARIAS STELLA	1	4	0	0	1	4
ENDOMETRIO DE PATRÓN PROLIFERATIVO	1	4	0	0	1	4
ENDOMETRIO HIPERSECRETOR NO SE OBSERVO VELLOSIDADES CORIALES	0	0	1	4	1	4
ENDOMETRIO PATRON SECRETOR COMPATIBLE CON DIA 18/19 DE CICLO	1	4	0	0	1	4
Total	18	72,00	7	28,00	25	

En cuanto a la tabla 4 en relación a la población estudiada de 25 pacientes, 18 que equivale al 72% no presentaron BTAHCG de las cuales 14 equivalentes al 56% presentaban restos ovulares, y un 16% restante estuvo distribuido en endometrio de patrón proliferativo con 4%, endometrio con reacción stella 4%, endometrio con patrón secretor con reacción de aria stella 4% y endometrio de patrón secretor compatible con día 18/19 del ciclo menstrual 4%, y la población restante de 7 pacientes que representan el 28% de la muestra total fueron las que presentaron BTHCG positiva, en concordancia a los resultados anatomopatológico, dieron como resultado que 6 pacientes representado el 24% son restos ovulares y el 4% restante con prueba positiva no presento relación con restos ovulares, pero estadísticamente no es significativo ($p>0,05$).

Tabla 5 Asociación de variable Reporte ecográficos (endometrio) y hallazgos anatomopatológicos, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICO	IC95%		%	Lim Inf.	Lim. Sup.
	F	Endometrio mm			

RESTOS OVULARES	20	12	80	59,26	92,74
ENDOMETRIO CON REACCION DE ARIAS STELLA	1	9	4	0,00	11,68
ENDOMETRIO DE PATRON SECRETOR CO REACCION DE ARIAS STELLA	1	9	4	0,00	11,68
ENDOMETRIO DE PATRÓN PROLIFERATIVO	1	5	4	0,00	11,68
ENDOMETRIO HIPERSECRETOR NO SE OBSERVO VELLOSIDADES CORIALES	1	7	4	0,00	11,68
ENDOMETRIO PATRON SECRETOR COMPATIBLE CON DIA 18/19 DE CICLO	1	7	4	0,00	11,68
Total	25		100		

En cuanto a la tabla 5 al relacionar reportes de ecografía con respecto a los hallazgos anatomopatológico queda demostrado que el 80% de los reporte fueron aborto incompleto (N=20), y el 20% restante distribuido en endometrio de patrón proliferativo con 4% con 5mm de grosor, Endometrio con reacción stella 4% con 9mm de grosor, Endometrio con patrón secretor con reacción de aria stella 4% con 9mm de grosor, Endometrio hipersecretor no se observó vellosidades coriales 4% con 7mm de grosor y Endometrio de patrón secretor compatible con día 18/19 del ciclo menstrual 4% con 7mm de grosor, De igual manera que el anterior no existe significación estadística ya que $p > 0,05$.

Tabla 6.-A Relación de las variables Hallazgos anatomopatológicos acorde con Grosor de Endometrio en pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

Hallazgos anatomopatológico /Endometrio mm	N	Media	DS	E	IC para la media al 95%		Mín	Máx	F	P
					Lím inf	Lím sup				

NO ACORDE	3,00	6,33	1,15	0,67	3,46	9,20	5,00	7,00	47,74	0,00
ACORDE	22,00	11,27	1,16	0,25	10,76	11,79	9,00	13,00		
Total	25,00	10,68	1,99	0,40	9,86	11,50	5,00	13,00		

En la tabla 6-A la relación de hallazgos anatomopatológicos con respecto al grosor del endometrio, en los que están acorde a los hallazgos presenta una media de grosor del endometrio alrededor de $11,27 \pm 1,16$ mm, mayor que los no acordes, esta diferencia es estadísticamente significativa dado que $p < 0.05$

Tabla 6-B. Relación de las variables BHCG y Grosor de Endometrio en pacientes adolescentes ingresadas con diagnóstico de Aborto, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

BHCG/ Endometrio mm	N	Media	DS	E	IC para la media al 95%		Mín	Máx	F	P
					Lím inf	Lím sup				
NO TIENEN POSITIVA	18	10,61	2,09	0,49	9,57	11,65	5	13	0,07	0,788
			0	3					4	
	7	10,86	1,86	0,70	9,13	12,58	7	12		
			4	5						
Total	25	10,68	1,99	0,39	9,86	11,50	5	13		
			4	9						

En la tabla 6-B al relacionar la variables resultado de la BHCG y el grosor del endometrio a través de la medidas por ecografías, se distingue que en promedio la medidas del endometrio de 12mm, no existe relación con resultado de la hormona ya que en general las pocas diferencias que existen a favor de la BHCG positiva estadísticamente no tiene significado dado ya que $p > 0.05$.

Tabla 7 Resultado anatomopatológica y BTA HCG, Hospital Central de Maracay entre Noviembre 2014 – Junio 2015.

**RESULTADO ANATOMIA
PATOLOGICA**

BETA HCG	ABORTO	%	NO ABORTO	%	Total	%	Chi²	G1	p
POSITIVA	6	85,71	1	14,29	7	28	0,048	1	0,645
no tienen	16	88,89	2	11,11	18	72			
Total	22	88	3	12	25				

En la tabla 7 Aun cuando al relacionar el hallazgo de Beta HCG con los hallazgos anatomía patológica vemos como resultado, en el 85,71% de los casos del grupo con HCG positiva (pacientes q ingresaron con la prueba de embarazo), coincide con los resultados anatomía patológica (Verdaderos positivos), solo el 14,29 % resulto falsamente positivo para esta prueba no siendo aborto, y en el grupo en que el resultado de anatomía patológica no tenían la prueba y su HCG resulto negativo fue de 66,7% (Verdaderamente Negativo) siendo la HCG más sensible y específica para realizar el diagnóstico, esta diferencia es estadísticamente significativa dado que $p < 0.05$

Discusión y Conclusión

Durante el periodo de estudio entre Noviembre 2014 a Junio 2015, acudieron al Hospital Central de Maracay, 126 pacientes adolescentes que ingresaron con Diagnostico de Aborto y se tomó una muestra intencional de 25 pacientes, se evidenció en cuanto al estado civil de pacientes solteras, con una edad gestacional predominante de 6 a 8 semanas, en pacientes adolescentes, coincidiendo con González, E. (2010), realizo su estudio en factores epidemiológicos y aborto en mujeres adolescentes, donde también predominó el estado civil soltera, con edad gestacional inferior a las 10 semanas de gestación, demostrando el inicio precoz de las relaciones sexuales en las adolescentes, la falta de una adecuada educación sexual y planificación familiar, son factores predisponente para el aborto en las adolescente.

Las características más resaltantes de la muestra estudiada es en cuanto a la edad, que estrictamente es de 13 a 19 años, siendo más frecuente el grupo de 15 a 16 años, y la ocupación estudiante, lo que quiere decir que es netamente un factor psicobiológico donde la carencia de educación sexual y la falta de planificación familiar conlleva a grandes consecuencias entre ellas el aborto, poniendo en riesgo sus vidas, similar a lo descrito por Montaña, J. (2007), en su Investigación sobre el aborto en adolescentes en América Latina se registran en menores de 18

ingresaron con la prueba de embarazo), coincide con los resultados anatomía patológica (Verdaderos positivos), solo el 14,29 % resultado falsamente positivo para esta prueba no siendo aborto, y en el grupo en que el resultado de anatomía patológica no tenían la prueba y su Beta HCG resultado negativo fue de 66,7% (Verdaderamente Negativo) siendo la Beta HCG más sensible y específica para realizar el diagnóstico, por lo tanto se debe considerar como parte de criterios de ingreso realizar Beta HCG.

Se considera que el aborto es un indicador epidemiológico del fracaso de los programas de planificación familiar, lo cual se corrobora por los resultados obtenidos, lo que demuestra que el grupo adolescente entre 15 y 16 años, no tiene el acceso apropiado hacia dichos programas. Por lo tanto, para evitar el aborto hay que diseñar y mejorar el programa de educación sexual y la utilización de métodos anticonceptivos para las adolescentes en todo el país, así mismo en el sistema educativo se debería de proporcionar en los libros de textos, más información sobre los temas de la sexualidad o de salud reproductiva a los adolescentes. Hacer campañas de cómo utilizar los métodos anticonceptivos y la planificación familiar. Esto sería para que los adolescentes tuvieran conciencia, para evitar embarazos no deseados y por ende el aborto. La falta de control prenatal son factores de riesgo para aborto en las adolescentes, esto se pudo evidenciar en el estudio en vista que las pacientes ingresaban sin control prenatal en la totalidad de los casos estudiados. Por otra parte es de vital importancia insistir en el valor significativo de conocer que existen alteraciones del ciclo menstrual en adolescentes y que estas deben ser tomadas como diagnóstico diferencial en emergencia obstétrica, aún más en adolescentes sexualmente activas, así mismo no ingresar enfocados únicamente en la clínica de aborto si no también realizar paraclínico y ecografía realizada de manera objetiva con medición de endometrio e inclusive en a aquellos casos de urgencia que amerite legrado uterino hemostático, realizar biopsia de material extraído en este caso endometrio ya que es primordial para establecer tanto diagnóstico como tratamiento, y de esta manera incorporar una herramienta única para mejorar la calidad de atención a nivel institucional.

Recomendaciones

1. Realizar BETA-HCG cuantitativa al momento de ingreso.
 - a) Se debe realizar ecografía con medición obligatoria del endometrio.
 - b) Realizar biopsia de material extraído (endometrio) como protocolo de diagnóstico y tratamiento.
 - c) Planteamiento de diagnóstico diferencial de aborto.
2. Implementar un área de charlas sobre planificación familiar y uso de anticonceptivos en los centros asistenciales tales como ambulatorios y hospitales.
 - a). Entregar folletos con información sobre las complicaciones del aborto y las opciones de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
 - b). Realizar promoción efectiva de los métodos anticonceptivos para disminuir la prevalencia de embarazos no deseados y por ende aborto.
 - c). Realizar charlas, talleres y difundir por medios de comunicación información sobre cómo prevenir y orientar sobre la educación sexual a los adolescentes.
3. Promover el vínculo médico - obstetra- paciente por medio de la confidencialidad establecer el diagnóstico correcto de la causalidad de los abortos de tal manera que se privilegie el tratamiento médico con apoyo de otras herramientas como el psicológico cuando el caso lo amerite.
4. Fomentar en los niños valores éticos-morales que garanticen su formación humana y su integridad total, con respecto a la vida aun no nacida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Sistema de Datos Básicos de Salud, Glosario. (2013). URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/glossary.htm>.
2. Durán I, Ferrarotto M, Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J, (2009) et al. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2001 – 2008. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011;71:13-20.
3. Faneite P, Campos S, Martínez A, Milano G, Moreno O. (2011) Estudio histoclínico de pacientes postcuretaje uterino. Rev Obstet Ginecol Venez 135-138.
4. Chang C, Gaita J. (2010) Control Prenatal y Proyecto de Vida en la Embarazada Adolescente Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Central "Antonio María Pineda" Barquisimeto.
5. Aguilera T. (2010) Obesidad materna y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio inmediato. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara.
6. Pluas M. (2013), Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez "Miguel Hilario Alcivar" en el periodo septiembre del 2012 a Febrero 2013. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médica. Escuela de Obstetricias. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1886>
7. Álamos F. (2010), Manejo del Aborto en curso y diferido en adolescentes. Clinica San Juan Bosco 2010. Universidad de Guayaquil. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1086/1/Tesis.pdf>
8. Aguilera B y Cols. (2006) Histerectomía obstétrica de emergencia. Experiencia en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Rev Obstet Ginecol HLTB: 39-44.
9. Treloar A, Boynton R, Behn B. Variacion del ciclo menstrual en la vida reproductiva. Int J Fert 1970; 12:77-126.
10. Joffe H , Hayes F. disfunción del ciclo menstrual asociado con trastornos neurológicos y psiquiátrico su tratamiento en los adolescentes . Ann NY Acad Sci 2008; 1135 : 219 a 29
11. Bojorge Espinoza, E. (2009) Prevalencia y factores asociados a los defectos congénitos en el Servicio de Neonatología del Hospital Fernando Vélez Paiz, del 01 de enero al 31 de diciembre del 2009. TTR. U. Nac. Autónoma de Nicaragua. Facultad de Medicina. P101.
12. Carrera, JM, Kinjak A.(2007) Medicina del embrión. Instituto Universitario Dexeus, Barcelona : Masson S.A. 439-47.
13. Fescina R. (2005) Introducción a la ultrasonografía en perinatología. Crecimiento intrauterino. Publicación científica Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo: CLAP/OPS.
14. Jaume Ordi. Anatomía patológica general. Edicions Universitat Barcelona, (2012), 552: 41-42.

15. Corredor A, Guevara N. (2010) Diagnóstico de aborto incompleto y anatomía patológica. *Rev Obstet Ginecol Venez* :131-134.
16. Martínez, Y. (2005) Factores asociados a la reiteración del embarazo en adolescentes. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" Julio 2005 .
17. Chacón G, Monsalve N.(2007) Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67:99-106.
18. Rojas F. y Cols. (2006) Diagnóstico y manejo quirúrgico de placenta acreta. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* ; 57: 2.
19. Faneite P, Rivas M. (2010). Mortalidad materna: tragedia prevenible ¿Hemos avanzado? *Rev Obstet Ginecol Venez*::24-30.
20. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. 4.a ed. En: Carrera Maciá JM, editor. Barcelona: Masson; 2006.
21. Protocolos de la SEGO. Enfermedad trofoblástica persistente (actualizado en 2005). Disponible en: <http://sego.es>.
22. Salinas, L. (2012). Repercusiones psicológicas que produce la interrupción voluntaria de un embarazo.
23. Sarmiento Sossio JA (2012). Los peligros del embarazo en la adolescencia y algunas medidas para tratar de evitarlos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2012;(3):47-53.
24. Sepulveda, O. (2009). Madres adolescentes: Perfil Epidemiológico y Asociación con trastornos de depresión, ansiedad y adaptativo. Medellín Colombia: Universidad CES.
25. Urgellés, C. S. (2007). Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior.
26. Arias F. El proyecto de investigación, guía para su elaboración. 3ª ed. Caracas. Venezuela. Episteme, (2009). C.A.:42-55.
27. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado y Pilar Baptista L. Metodología de la Investigación. Editorial McGrawHill. México, D.F. (2012). C.A.: 123-345.
28. Montaña, Julieta, Rosario Licon, Rhina maíz:Investigacion sobre el aborto en adolescente en America Latina y el Caribe. Informe nacional, Marzo 2007.
29. Graces, Pedro, J.Reaccion de Arias Stella. Una visión perspectiva .*Rev. Obstetricia y Ginecologia*. Venezuela 2005.