



***“UNA INJUSTICIA HECHA A UNO SOLO,
ES UNA AMENAZA HECHA A TODOS”***

Montesquieu (1689-1755)

Escuela de Enfermería
FCM-UNC-MDSS
Carrera de Licenciatura en Enfermería
Cruz Roja Argentina
Filial San Rafael



INCIDENCIA DE ABORTO INCOMPLETO

EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 20 AÑOS QUE INGRESAN AL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PÚBLICO DE SAN RAFAEL,
MENDOZA –AÑO 2000 AL 2008.

AUTORAS: PEREZ SILVIA
MOLINA NORA

Año 2009

ADVERTENCIA

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no puede ser publicada en todo, en parte o resumirse sin el consentimiento por escrito de la Escuela de Enfermería y/o autores del trabajo.

INVESTIGACION APROBADA

Tribunal Examinador

Dr. Walter Zavala

Lic. Maria Rosa Reyes

Lic Jorge Michel



29/08/09

PROLOGO

La problemática que se genera alrededor del aborto incompleto sigue siendo de difícil abordaje por las limitaciones propias de la mujer, dificultades culturales y económicas; la trascendencia social del problema debe ser tomada en cuenta, en cuanto atañe a mujeres jóvenes en plena edad productiva y reproductiva, llevándolas a integrar la estadística de una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial.

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Walter Zabala- profesor de la Cátedra de Investigación en Enfermería.
- Al Lic. Jorge Michel-asesor de trabajo práctico de la Cátedra de Investigación en Enfermería.
- A nuestras familias por su apoyo incondicional.
- A Alicia- Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hosp. T. J. Schestakow por facilitarnos la obtención de datos necesarios para realizar ésta investigación.

INDICE GENERAL

Portada	
Advertencia.....	Pág. II
Investigación aprobada.....	Pág. III
Prologo.....	Pág. IV
Agradecimiento.....	Pág. V
Índice general.....	Pág. VI
Índice de tablas, gráficos y figuras.....	Pág. VII
Resumen.....	Pág. 1
Introducción.....	Pág. 2-9
Materiales y métodos.....	Pág. 10
Resultados.....	Pág. 11 a 18
Discusión y resultados.....	Pág. 19-20
Conclusión	
Conclusión y recomendación.....	Pág. 21-22
Anexo	
Planilla programa provincial de salud reproductiva.....	Pág. 23
Bibliografía	
Contenido bibliografía.....	Pág. 24-25

INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico N°1 Mort. Materna según causas-Arg. 2005 (Introducción).....	Pág. 2
Tabla N°1 Frecuencia por edad (Resultado).....	Pág. 11
Tabla N°2 Distribución total por año.....	Pág. 12
Gráfico N°2 Total aborto incompleto por edad.....	Pág. 12
Tabla N°3 Distribución por edad.....	Pág. 13
Gráfico N°3 Distribución por edad.....	Pág. 14
Gráfico N°4 Distribución porcentual por edad.....	Pág. 14
Escala Nominal de nivel de instrucción.....	Pág. 15
Tabla N°4 Distribución nivel de instrucción.....	Pág. 15
Gráfico N°5 Distribución por año de N.I.....	Pág. 16
Gráfico N°6 Distribución porcentual de N.I.....	Pág. 16
Tabla N°5 Distribución geográfica de adolescente.....	Pág. 17
Gráfico N°7 Distribución geográfica por año.....	Pág. 18
Gráfico N°8 Distribución geográfica porcentual.....	Pág. 18
Mapa Conceptual (Conclusión).....	Pág. 21

RESUMEN

La realidad demuestra que el aborto existe por fuera de toda discusión y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de aborto incompleto en adolescentes entre 12 y 20 años que ingresan al servicio de gineco-obstetricia en un hospital de segundo nivel en la ciudad de San Rafael, Mendoza, en el período 2000 al 2008.

MÉTODO: estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo, en el cual se obtuvieron datos de planillas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de 300 adolescentes atendidas tras un aborto incompleto, donde se tuvo en cuenta la distribución porcentual y frecuencias de las variables demográficas: edad, nivel de instrucción y distribución geográfica.

RESULTADO: de las 300 adolescentes que consultaron al servicio de gineco-obstetricia por aborto incompleto, el promedio de edad corresponde a 17 años, perteneciente al intervalo de 16-20 años, cuyo porcentaje es de 76%. Con relación al grado de escolaridad, pertenece al grupo 1 (primaria completa o secundaria incompleta), según escala nominal, correspondiente al 71% (208 adolescentes). En cuanto a la distribución geográfica corresponde el 52% (158 adolescentes) de población urbana.

CONCLUSIÓN: este estudio muestra la temprana edad en que las mujeres adolescentes que han cursado con aborto incompleto inician sus relaciones sexuales, y la necesidad de proporcionar educación sexual adecuada a través del fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, promocionando la consejería pre y post-aborto en los servicios de salud públicos y privados de todo el país.

PALABRAS CLAVES: ABORTO- ABORTO INCOMPLETO- MUJERES ADOLESCENTES- EDUCACIÓN SEXUAL.

INTRODUCCIÓN

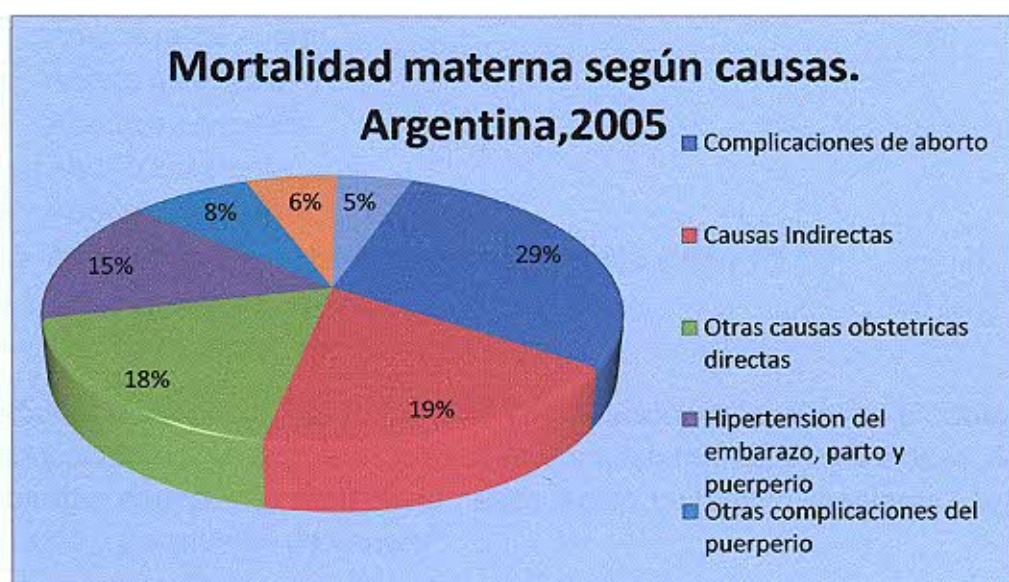
Abordar un tema tan conflictivo como el ABORTO es un desafío teniendo en cuenta que lo abala una realidad injusta y evitable.

Hombres y mujeres presentan diferencias en Salud, las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud derivada de su función reproductiva y de sus características biológicas.

Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría. La mortalidad materna ha sido calificada por la OPS (Organización Panamericana de Salud) como "el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social" ¹.

En nuestro país según estadística del año 2005 las principales causas de mortalidad materna son:

Grafico Nº 1



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud – DEIS. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación ².

La OMS (Organización Mundial de la Salud) calcula que en todo el mundo mueren cada año alrededor de 500.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. En 1995 se registraron 26 millones de abortos legales, 20 millones ilegales, obteniendo una tasa mundial de 35 abortos por 1000 mujeres entre 15 y 44 años.

En América del Sur estas cifras corresponden a 3 millones al año con una tasa de 39 abortos por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años³.

Según estimaciones recientes, alrededor del 15% de las muertes mencionadas podrían ser debidas a complicaciones del aborto provocado sin garantías de seguridad.

Considerando el aborto (abortus) como:

“Finalización espontánea o inducida del embarazo, antes de que el feto haya alcanzado el desarrollo suficiente como para poder vivir después de su nacimiento, en particular aquel cuyo peso es inferior a 500 gramos”⁴.

Los Estadios del aborto pueden ser calificados en:

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto inminente
- Aborto completo
- Aborto diferido o Huevo muerto y retenido (HM y R)
- Aborto séptico
- Aborto habitual

Aborto incompleto: interrupción de la gestación en la que los productos de la concepción no se expulsan o extraen completamente, acompañada de una hemorragia que puede requerir la evacuación quirúrgica mediante legrado, oxitócicos y transfusión de sangre⁵.

Datos clínicos de aborto incompleto⁶:

- Expulsión parcial del producto en concepción
- Hemorragia y dolor cólico de magnitud variable
- Dilatación cervical y volumen no acorde con amenorrea, confirmado diagnóstico por ecografía.

El aborto sin lugar a dudas es el tema que más debates ideológicos han suscitado y aún suscita en relación a los derechos sexuales y reproductivos. Pero ninguno de nosotros ignora que en nuestros países de América Latina es una realidad generalizada.

La experiencia mundial señala que las estrategias más eficaces para reducir el aborto provocado son: mejorar las condiciones socioeconómicas de la mujer; educar a hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva; y facilitar el acceso a métodos de regulación de la fertilidad adecuados (aceptables y seguros). El enfoque es realizar todos los esfuerzos para informar acerca de los peligros que representa el aborto en la salud mental, emocional y física de la mujer, el trauma post-aborto es psicológicamente devastador, afectando sus relaciones familiares, amistades e incluso laborales.

Para un gran número de mujeres, el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la falta de información sobre anticoncepción, dificultades de acceso a los métodos, fallas de los mismos o discontinuidad en la provisión por parte de los programas⁷.

En nuestro país se ha avanzado significativamente en lo referido a los derechos sexuales y reproductivos: con la sanción de las leyes sobre salud sexual y reproductiva tanto nacional como provincial, con la vigencia de la Resolución 304, firmada en el 2006 a nivel Nacional, por la cual se crea un protocolo para la atención del aborto no punible y de las mujeres víctimas de una violación; con los diferentes programas vigentes, con la reciente aprobación de la ley sobre Educación Sexual, etc., pero aún queda mucho por realizar, para lograr efectivamente que el campo jurídico aborde el grave problema del aborto. Su ilegalidad obstaculiza la atención médica, principalmente en el ámbito público, donde el profesional ve limitada su posibilidad de brindar asistencia a los sectores más vulnerables, las mujeres desde adolescentes hasta mujeres pre menopáusicas que se ven envueltas en un contexto que no pueden manejar⁸. Según el diccionario de la lengua castellana "adolescencia", proviene del latín: ad, hacia+ olescere: forma incoactiva de oleré, crecer, significa la condición o el proceso de crecimiento. Es la etapa de crecimiento y cambios fundamentales en los aspectos físicos y psico-sociales. Comienza hacia la edad de 10 años en las niñas, el fin de la adolescencia varía según los criterios físicos, mentales, emocionales, sociales y culturales que caracterizan al adulto⁹.

En un estudio realizado en México se tiene como antecedente una investigación realizada en Zacatlan, Puc, donde se encontró que la frecuencia del aborto está en relación directa con las condiciones socioeconómicas y culturales de la población. Es posible pensar que entre menos instrucción escolar tengan las mujeres habrá una mayor incidencia de uniones precoces, mayor número de hijos, mayor cantidad de separaciones¹⁰.

En la ciudad de Bogotá-Colombia el estudio sobre frecuencia del aborto incompleto en adolescentes con respecto al grado de escolaridad adquirido destaca que las adolescentes tenían conocimiento sobre educación sexual y métodos de planificación familiar y debido al estrato bajo al que pertenecen es

mucho menor la cantidad de adolescentes que hacen uso de estos métodos y de la información recibida¹¹.

En muchos casos, sobre todo los protagonizados por las más jóvenes, el tiempo de internación no supera las seis (6) horas, ya que se escapan o piden el alta voluntaria. En la adolescencia, no es posible abordar la temática del aborto sin tener en cuenta las condiciones culturales, sociales, familiares y económicas que llevaron a esa joven a un embarazo no deseado¹².

Siendo nuestra población de 37 millones de habitantes y alrededor de 700.000 nacimientos anuales, se realizan entre 500.000 y 700.000 abortos por año, calculada de distintas maneras, ya que la ilegalidad impide registros fidedignos, esta cifra no ha dejado de crecer¹³, cada cinco años se cuentan los egresos hospitalarios por diagnóstico de establecimientos oficiales. El último cómputo corresponde a 2005 y el procesamiento de los datos de todo el país, a cargo de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, sin datos de Establecimientos dependientes de Fuerzas Armadas y Seguridad, de Universidades Nacionales, obras sociales y el sector privado, Salta y Tucumán no suministraron datos.

En el año 2000, las hospitalizaciones por aborto descendieron levemente un 3%. En el año 2005, hubo 68.869 mujeres que tuvieron que ser internadas por esa causa, manteniéndose más o menos estable, salvo dos grupos etarios: 10 y 14 años ascendieron de 498 a 511 y de 15 a 19 años subieron de 9909 a 10.399 en el mismo período¹⁴.

De todas formas, es una excelente herramienta para analizar las causas de morbilidad de pacientes internados. Y en este caso, el eje está puesto en el aborto como motivo de hospitalización. Las complicaciones de aborto son la principal causa de mortalidad materna en la Argentina desde hace 25 años.

Entre 1995 y 2000, sí se había producido un salto muy significativo de internaciones por abortos: en esos años aumentaron un 46%, con picos de incremento de 148% en San Luis, 143% en la Rioja y 103% en Santiago del Estero.

La provincia de Buenos Aires, la jurisdicción con mayor población del país, registra el número más elevado de hospitalizaciones por complicaciones de aborto: el 45% del total, ocurrieron en su territorio. En total, fueron 31.089. Lo que equivale a decir que cada día 85 mujeres fueron dadas de alta después de requerir atención e internación en un hospital público bonaerense¹⁵.

Egresos hospitalarios por aborto

Provincia	Egresos (2005)
Buenos Aires	31.089
Ciudad de Bs As	6.545
Mendoza	3.155
Santa Fe	2.987
Sgto. del Estero	2.667
Córdoba	2.520
Chaco	2.308
Corrientes	2.175
Jujuy	2.101
Formosa	1.851
Entre Ríos	1.782
Misiones	1.629
La Rioja	1.336
San Luis	1.093
Neuquén	1.044
San Juan	997
Río Negro	850
Catamarca	711
Chubut	701
Santa Cruz	672
La Pampa	549
Tierra del Fuego	107
Total del país*:	68.869

Egresos por edad

Edades	Casos (2005)
10-14	511
15-19	10.399
20-24	17.922
25-29	15.983
30-34	11.418
35-39	7.863
40-44	3.874
45-49	506
50-54	100
55-59	38
60-65	6
Sin especifica:	255

*Salta y Tucumán no suministraron datos.

*Fuente: Dirección de Estadísticas, Ministerio de Salud de la Nación.2005.

Por cada aborto que termina con complicaciones que demanda atención hospitalaria, hay siete que no la requieren. Esa fue una de las conclusiones del estudio encargado por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) y el Centro de Estudios de Población (Cenep), el objetivo principal del estudio, cuyos datos fue estimar la magnitud del aborto en Argentina: aplicando dos métodos científicos validados internacionalmente, encontraron que actualmente se producen en el país entre 460 mil y 600 mil interrupciones voluntarias de embarazo: casi un aborto por cada nacimiento registrado en la Argentina.

La cifra de hospitalizaciones por aborto un total de 68.869 mujeres en 2005, es una arista del problema pero alcanza a mostrar la punta del iceberg: da cuenta de las mujeres que sufren las consecuencias de la ilegalidad del aborto, sin contar las que mueren, y que, probablemente en la desesperación recurrieron a métodos inseguros para interrumpir un embarazo¹⁶.

Después de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires, Mendoza es la jurisdicción con más casos de egresos hospitalarios del sector público por aborto: 3.155 en todo el 2005. En el año 2006 no murió ninguna mujer en Mendoza con diagnóstico de aborto incompleto.

La interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación, o aborto, hoy constituye uno de los problemas de salud pública más graves que tiene la provincia. En Mendoza, y sin incluir al sector privado, se registra un aborto por cada cinco nacimientos; es decir, solo cuatro bebés pueden continuar con vida. Además, 52,4% de los embarazos son no deseados. Así lo demostró un estudio realizado por el director de Maternidad e Infancia local, el relevamiento incluyó información de los hospitales públicos mendocinos desde 2001 hasta 2005¹⁷.

Desde 2001 hasta 2004, en el sector público hubo 65.020 nacimientos, 13.049 abortos (entre espontáneos y provocados) y 14 mujeres murieron por esta causa. Mientras que en el privado se registraron 50.863 nacimientos, no se conoce el número de abortos y hay una sola mujer que falleció por este motivo. "Es claro que el nivel socioeconómico de la mujer determina los riesgos ante el aborto. Este problema de salud pública constituye la segunda causa de mortalidad materna en la provincia. La primera está dada por causas indirectas". El estudio pudo determinar que ninguna de las adolescentes de hasta 15 años que estaban embarazadas quería pasar por esta situación. Mientras que el total marcó que 52,4% de los embarazos inscriptos en los efectores públicos eran no deseados, e incluyeron a mujeres de más de 35 años. "Los cinco departamentos con un mayor índice de abortos son al mismo tiempo los que tienen mayor incidencia de embarazos no deseado. A la cabeza está Las Heras, que desde 2001 hasta 2004 tuvo 7.727 nacimientos y 1.846 abortos: 23,9%. Siguen Capital, Godoy Cruz, San Martín y Guaymallén.

El hospital Lagomaggiore, que tiene la maternidad más grande de la provincia, recibe tres abortos por día y entre cinco y seis por fin de semana. Las mujeres llegan con:

- Amenaza de aborto: hay sangrado, pero no dilatación de cuello y, en general se hace tratamiento y el embarazo continúa.
- Aborto en curso: el cuello está dilatado y todavía no ha expulsado el embrión ni el feto, depende del mes gestacional.
- Aborto incompleto: Cuando ya expulsó el embrión o el feto y quedaron restos.

Todos los casos quedan registrados, y desde abril hasta los primeros días de junio 2004 se han contabilizado 210 abortos, entre provocados y espontáneos. Lo cierto es que la vida de la mujer en la mayoría de los casos corre peligro. "La primera causa de muerte frente a un aborto provocado es la septicemia, esto es un cuadro infeccioso. En segundo lugar están las hemorragias, debido a que se hace el raspado y quedan restos y perforaciones uterinas por mala técnica del raspado. También puede darse esterilidad por la presencia de sinequias uterinas (adherentes). Esto no es más que las paredes del útero pegadas como consecuencia de un mal raspado y una lastimadura*, en último lugar, y por la presencia de un cuadro de sepsis o de gran hemorragia, hay que llegar a hacer una histerectomía, es decir, sacar todos los órganos del aparato reproductor ¹⁸.

La trascendencia social del problema debe ser tenida en cuenta en la medida en que atañe a mujeres jóvenes, en plena edad productiva y reproductiva, llevándolas a una muerte evitable o dejando secuelas en su salud física y mental, así como sobre sus condiciones reproductivas posteriores. Los derechos sexuales y reproductivos son condición indispensable del ejercicio de una ciudadanía plena y se sustentan en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos universales y de las garantías establecidas en nuestra Constitución Nacional.

Las mujeres que consultan a los servicios de salud durante el proceso de aborto no deben ser consideradas culpables ni víctimas, ni deben ser juzgadas ni criminalizadas, suponiendo que el aborto fue provocado.

Las mujeres tienen derecho a una atención digna con respeto a su privacidad, individualidad y libertad de elección ¹⁹.

El presente estudio se realiza ante la demanda de consultas en el servicio de gineco-obstetricia por abortos incompletos.

El objetivo general del estudio es determinar la incidencia de aborto incompleto en adolescentes entre 12 y 20 años que ingresan al servicio de gineco-obstetricia del Hospital público de San Rafael, Mendoza. Año 2000 al 2008.

El objetivo específico es obtener mayor información sobre el estado de salud de las adolescentes que concurren al Hospital T. J. Schestakow de San Rafael con el objetivo de otorgar mayores herramientas y evitar el aborto incompleto en las adolescentes.

Siendo la población del Departamento de San Rafael de 173.571 habitantes, según censo Nacional del año 2001 con una proporción de población urbana sobre el total de la población de 70,88% de habitantes; la cantidad de adolescentes mujeres entre 10 y 20 años es de 16.318.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo retrospectivo y descriptivo en el Hospital T. J. Schestakow (público y regional) en el Servicio de gineco-obstetricia sobre aborto incompleto en adolescentes entre 12 y 20 años, durante el período 2000 al 2008, recabando información de un Programa de Salud Sexual y Reproductiva, puesto en marcha en el año 1998; se comienzan a tomar datos en planillas en el año 2000, adquiriendo el título de Detección del Alto Riesgo Materno-Infantil y Reproductivo, emanado por el Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Programa Provincial de Salud Reproductiva-Dirección Provincial Materno-Infantil-Gobierno de Mendoza.

Según Censo año 2001 la cantidad de adolescentes mujeres de San Rafael entre 10 y 20 años es de 16.318.

Se registró el número de mujeres que acudieron al Servicio de gineco-obstetricia, de acuerdo a los registros de las planillas del Programa Salud Sexual y Reproductiva.

Los datos obtenidos de dichas planillas durante el período 2000 al 2008 son de 300 adolescentes atendidas tras un aborto incompleto. Se calculó la distribución porcentual y frecuencias de las variables demográficas: edad, nivel de instrucción y distribución geográfica.

Métodos estadísticos: la información obtenida se digitó en una base de datos en el programa Microsoft Office-Excel 2007.

RESULTADOS

Durante el período 2000 al 2008, la distribución por edad de abortos incompletos corresponde como edad mínima a 12 años y máxima 20 años, con un promedio de $17,3= 17$ años.

$$\left. \begin{array}{l} \text{Md} \\ \\ \text{Mo} \end{array} \right\} 17,3= 17$$

Tabla N°1

Distribución por Edad de adolescentes atendidas tras un aborto incompleto en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008.

Edad	F	mci	fr	Fr%	f	xci.f
12-14	16	13	0,05	5	16	208
14-16	54	15	0,18	18	70	810
16-18	97	17	0,32	32	167	1649
18-20	133	19	0,44	44	300	2527
Total	300		0,99	99		5194

Fuente: datos propios obtenidos de la recolección primaria de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva del Hosp. T. Schestakow durante el período 2000-2008.

La relación de abortos incompletos durante el período 2000-2008, se observa mayor concentración de abortos incompletos en el año 2000.

Tabla N° 2

Distribución total por año de abortos incompletos en el Hospital T. J. Schestakow durante el período 2000 al 2008.

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
TOTAL	41	32	23	33	33	36	28	37	37	300

Gráfico N° 2



Fuente: datos propios obtenidos de la recolección primaria de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva del Hosp. T. Schestakow durante el período 2000-2008.

Con respecto a la Edad de las adolescentes, la mayor cantidad de abortos incompletos se da entre los intervalos de 16-20 años, cuyo porcentaje es de 76%.

Tabla N° 3

Distribución por Edad de adolescentes atendidas tras un aborto incompleto en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008.

Año Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
12-14	1	3	3	2	2	2	1	1	1	16	5%
14-16	4	6	5	6	7	7	6	8	5	54	18%
16-18	15	5	3	13	13	7	10	16	15	97	32%
18-20	21	18	12	12	11	20	11	12	16	133	44%
Total	41	32	23	33	33	36	28	37	37	300	

Fuente: datos obtenidos de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva en el Hosp. T. Schestakow en el período 2000-2008.

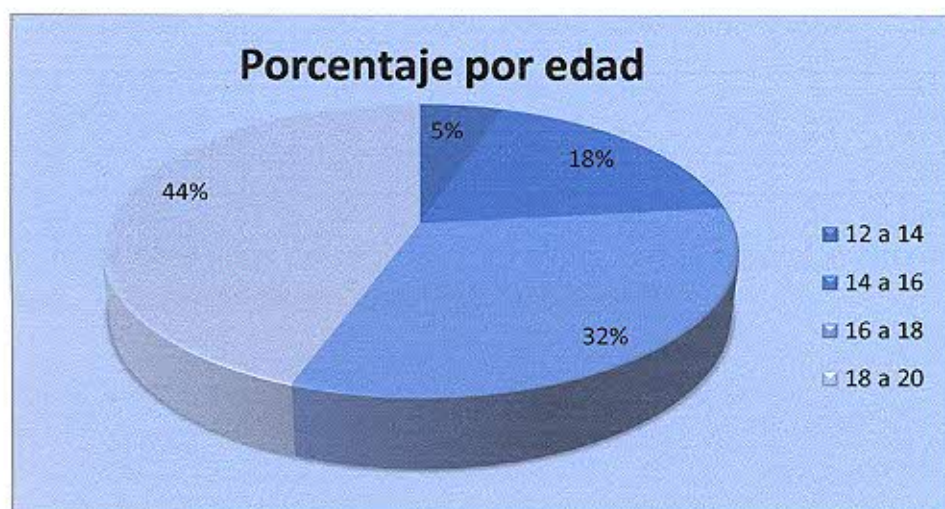
Gráfico N° 3

Distribución por edad de adolescentes atendidas tras un aborto incompleto en el Hosp. T Schestakow durante el período 2000 al 2008.



Gráfico N° 4

Distribución Porcentual por edad de abortos incompletos en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008.



Fuente: datos propios obtenidos de la recolección primaria de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva del Hosp. T. Schestakow durante el período 2000-2008.

Con relación al grado de escolaridad, pertenece al grupo 1 (primaria completa o secundaria incompleta), con mayor afluencia en el año 2008, con el 71%.

Escala nominal del Programa Provincial de Salud Reproductiva-Dirección Provincial Materno Infantil- Detección del Alto Riesgo Materno- Infantil y Reproductivo.

Escala	Nivel de instrucción (NI)
0	Secundaria completa (S.C)
1	Primaria completa (P.C) o Secundaria incompleta (S.I)
2	Analfabeta o Primaria incompleta (P.I)

Tabla N° 4

Distribución nivel de instrucción de adolescentes atendidas tras un aborto incompleto en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008. Dato: En el año 2000 hay faltantes de nueve (9) adolescentes sin NI.

Año NI	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
0	7	6	5	3	6	8	5	6	5	51	17%
1	16	21	16	25	25	27	22	27	29	208	71%
2	9	5	2	5	2	1	1	4	3	32	10%
Total	32	32	23	33	33	36	28	37	37	291	

Fuente: datos obtenidos de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva en el Hosp. T. Schestakow en el período 2000-2008.

Gráfico N° 5

Distribución por año de nivel de Instrucción de adolescentes con abortos incompletos atendidas en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008.

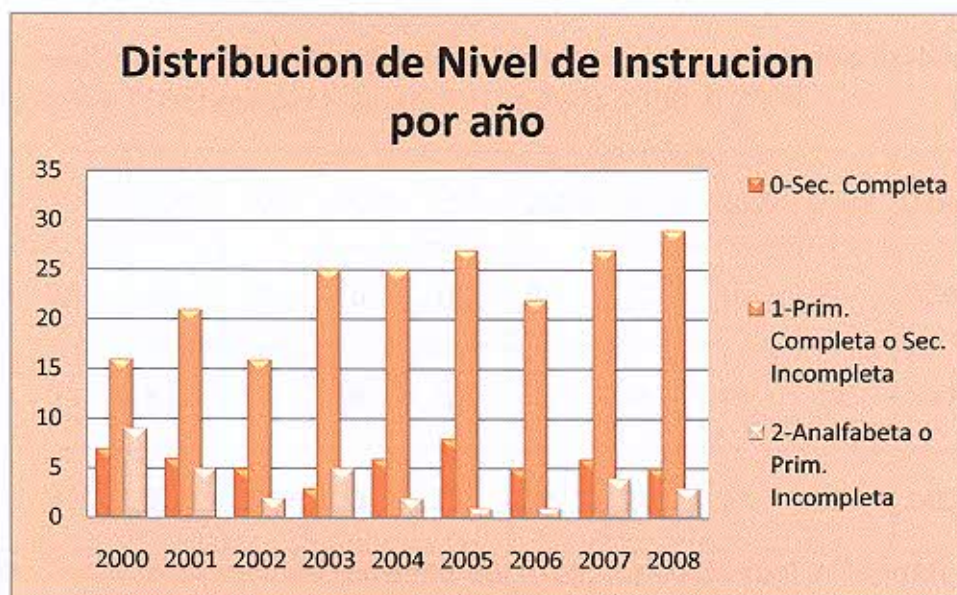
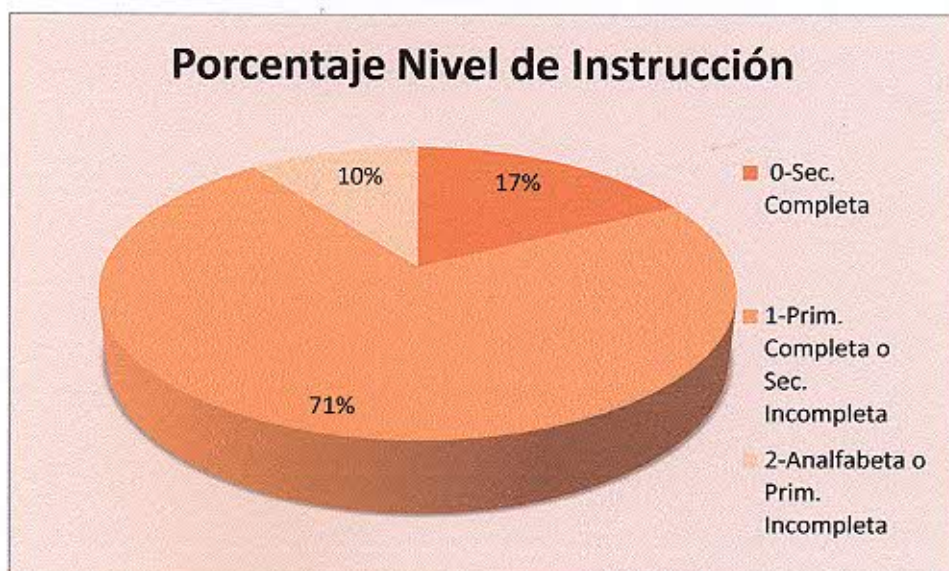


Gráfico N° 6

Distribución porcentual de nivel de instrucción de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008.



Fuente: datos propios obtenidos de la recolección primaria de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva del Hosp. T. Schestakow durante el período 2000-2008.

La mayor afluencia de abortos incompletos pertenece a la distribución geográfica urbana, con un total de 158 adolescentes, con el 52%.

Tabla N° 5

Distribución geográfica de adolescentes atendidas tras un aborto incompleto en el Hospital T, Schestakow durante el período 2000 al 2008.

ZONA \ AÑO	AÑO										Total	%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008			
URBANO	20	18	12	15	17	24	10	19	23	158	52%	
RURAL	21	14	11	18	16	12	18	18	14	142	47%	
TOTAL	41	32	23	33	33	36	28	37	37	300		

Fuente: Datos obtenidos de registros del Prog. Salud Sexual y Reproductiva en el Hosp. T. Schestakow en el período 2000-2008.

Gráfico N°: 7

Distribución geográfica por año de adolescentes por abortos incompletos en el Hospital T. Schestakow durante el período 2000 al 2008.

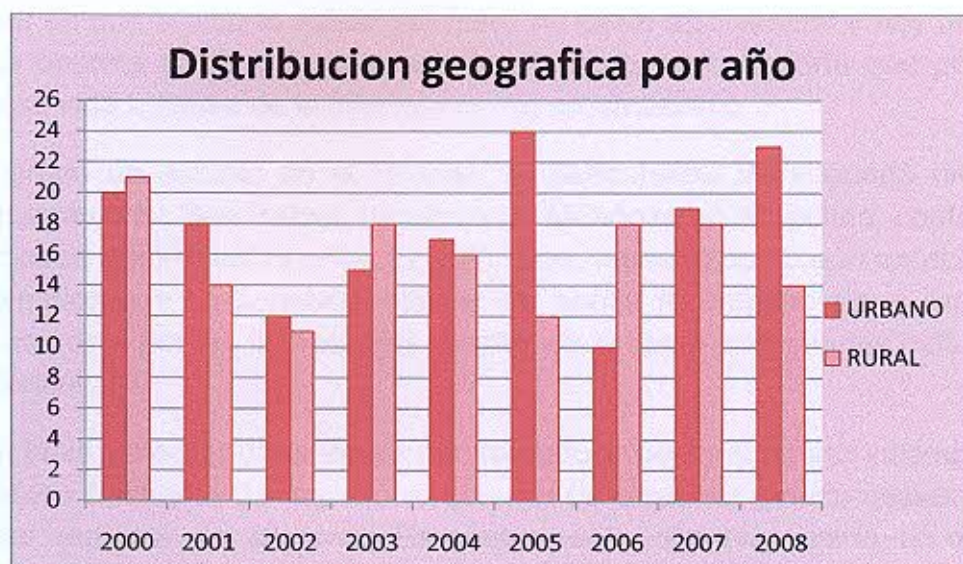
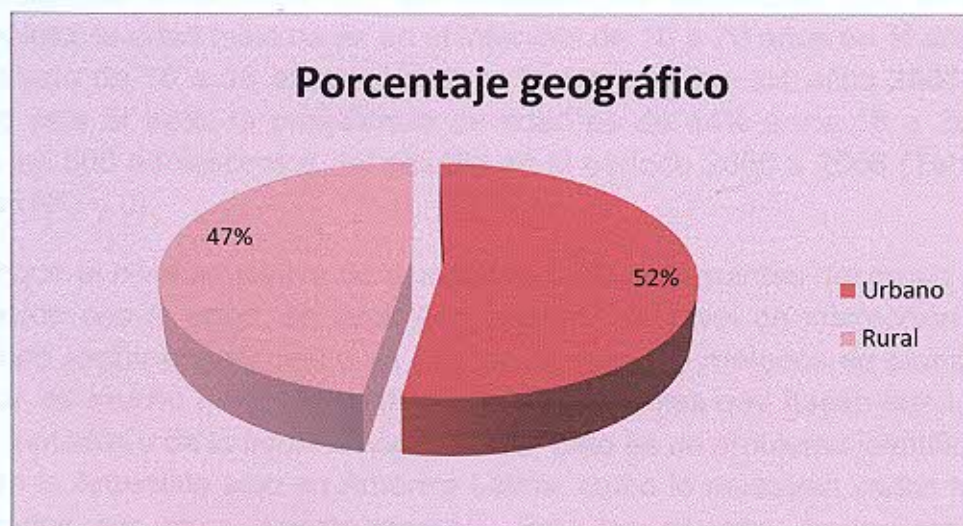


Gráfico N°: 8

Distribución geográfica porcentual de adolescentes atendidas tras un aborto incompleto en el Hospital T, Schestakow durante el período 2000 al 2008.



Fuente: datos propios obtenidos de la recolección primaria de registros del Prog.Salud Sexual y Reproductiva del Hosp. T. Schestakow durante el período 2000-2008.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Se escuchan siempre diferentes opiniones, sobre si el aborto debe o no ser legal, si es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero en realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo.

El grupo de estudio en el Hospital T. Schestakow de segundo nivel, del Departamento de San Rafael, provincia de Mendoza en Argentina, conformado por mujeres adolescentes entre 12 y 20 años, muestra como aún en el País, la problemática que se genera alrededor del aborto incompleto sigue siendo de difícil abordaje por las limitaciones propias de la mujer, dificultades culturales y económicas.

Con la información obtenida se puede deducir como el aborto incompleto es una causa frecuente de ingreso al servicio de urgencia gineco-obstetricia del Hospital regional de 2º nivel. Es preocupante observar como un número importante de estos ingresos corresponden a mujeres adolescentes en las cuales las edades que más se presentaron fueron de 16 a 20 años con una Md (media)- Mo (moda) de 17,3= 17 años (Tabla Nª 1). La relación de abortos incompletos durante el periodo 2000- 2008 marca un descenso significativo desde el 2000 al 2002, sin embargo se observa un aumento y se mantiene durante los últimos años de realizado este estudio (Tabla Nª2- Gráfico Nª1). Con respecto a la edad de las adolescentes atendidas tras un aborto incompleto, la edad máxima es en el intervalo de 18 a 20 años en el año 2000, el intervalo de 16 a 18 años, el cual es incidente entre los años 2003- 2004, siendo ésta el 32%, la prevalencia de edad es de 44% entre 18 a 20 años, sobre las 300 adolescentes del estudio en el período 2000 a 2008 (Tabla Nª3- Gráfico Nª2 y 3).

Aunque el nivel educativo de la mayoría de las integrantes del grupo estudio es acorde con la edad, es decir que el grado de nivel de instrucción les ha permitido recibir conocimiento en educación sexual y métodos de planificación familiar, es mucho menor la cantidad de adolescentes que hacen buen uso de estos métodos y de la información recibida. Esto es un problema identificado no solo en la Argentina sino en América Latina, como lo muestran varios trabajos publicados por otros investigadores¹¹. Esto da muestra de la inadecuada calidad de educación sexual impartida en las instituciones educativas, tal vez, debido a que este tema sigue siendo un tabú en el País, o que sin ser tabú demuestra fallas notables en la orientación, sobre la educación sexual. En nuestro grupo de estudio en relación al grado de escolaridad, con un total de 291 adolescentes (9 de ellas no se obtuvo datos sobre nivel de instrucción), el 71% (208 adolescentes) según escala nominal pertenece al grupo 1 (primaria completa o secundaria incompleta), con mayor afluencia en el año 2008; el

17% (51 adolescentes) pertenece al grupo 0 (secundaria completa) en el año 2000; y el grupo 2 (analfabeta o primaria incompleta) el 10% (32 adolescente) en el año 2000 (Tabla N°4- Grafico N°4 y 5).

Comparando con las estadísticas que proporcionan estudios realizados con el tema, muestran como los estratos altos y medio bajo son los más afectados, se establece que este problema afecta un número alto de mujeres que tienen acceso a servicios de salud y tratamiento de forma oportuna, y aún así aumenta el número de complicaciones clínicas. Del total de 300 adolescentes que conformaron el grupo de estudio el 52% (158 adolescentes) pertenece a la población urbana y los años con mayor afluencia de consultas fueron en el año 2005 y 2008 (Tabla N°5- Gráfico N°6 y 7).

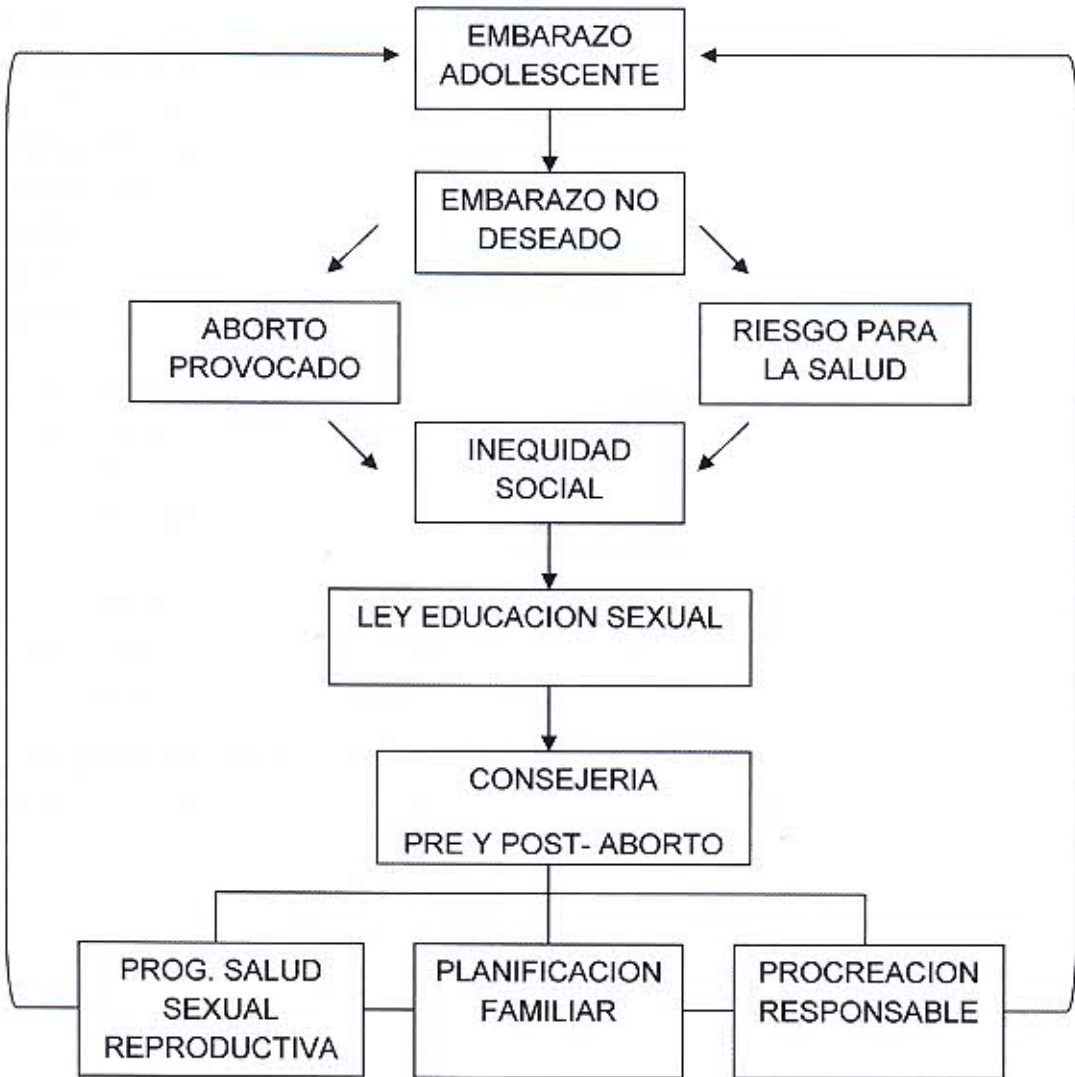
Es importante resaltar que la interrupción del embarazo es una de las formas de resolver ésta situación, práctica que lleva al aborto que es ilegal en Argentina ocasionando graves problemas de salud a la mujer. La ilegalidad de ésta práctica en el país impide calcular la tasa de aborto clandestino, pero el relevamiento realizado entre el año 2001 al 2005 concluyó que el 52,4 % de los embarazos adolescentes termina en aborto ¹⁷.

El alto porcentaje de estudiantes con vida sexual activa sin adecuada protección anticonceptiva las expone a embarazos no deseados y a recurrir al aborto para resolver la situación, práctica destructiva permanente del aparato reproductivo con trauma emocional, psicológico y físico; datos que no le fueron proporcionados adecuadamente y que la afectaran a lo largo de su vida.



CONCLUSIÓN

Este estudio muestra la temprana edad en que las mujeres adolescentes que han cursado con aborto incompleto inician sus relaciones sexuales, además de la necesidad de proporcionar educación sexual adecuada que tenga un mayor impacto en el manejo de las mismas. Se obtuvo la experiencia a través de ésta investigación que no es un tema fácil de abordar debido a las limitaciones que se tiene para recopilar información.



La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyan a la salud y al bienestar sexual y reproductivo.

El aborto ocasiona un daño irreparable a la función reproductiva de la mujer, el trauma post-aborto es también a nivel psicológico y emocional, afectando sus relaciones familiares, amistades e incluso laborales. Considerando que una de las principales causas asociadas con la mortalidad materna son los abortos practicados sobre embarazos no deseados. Se debe fortalecer la Atención Primaria de la salud orientando las acciones a garantizar el derecho a salud desde una perspectiva integral promocionando la CONSEJERÍA PRE y POST-ABORTO en los servicios de salud públicos y privados de todo el país con el objetivo de garantizar:

- Tratamiento oportuno de las complicaciones del aborto.
- Identificar y responder a las necesidades de salud: psicológica y física u otras inquietudes de las mujeres.
- Realizar las alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud para tratar problemas del embarazo no deseado y el aborto inseguro.
- Prestar servicios y asesorar sobre anticoncepción- planificación familiar- salud reproductiva.

La población tiene el DERECHO a adoptar decisiones responsables a través del acceso a información e insumos.

ANEXO

BIBLIOGRAFÍA

- 1) GALVAN ORDÓÑEZ, N. Estrategias Sanitarias Salud Sexual y Reproductiva. Oficina Desarrollo Institucional Salud Sexual y Reproductiva. Art. Julio 2004.
- 2) II FORO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE ARGENTINA 2007-MORBIMORTALIDAD MATERNA- CONICET-Ministerio de Salud- Presid. De la Nación- Organización Panamericana de Salud.
- 3) GALVIS ROMERO, N. y colaboradores. Frecuencia del aborto incompleto. Revista Facultad de Medicina Vol. 8 N^o 2. Diciembre 2003.
- 4) MOSBY Diccionario de Medicina y Ciencias de la Salud. Edición Española-traducción y adaptación y realización-Editorial Diorki.1995
- 5) CASASCO, G; Di Pietrantonio, E. Aborto: guía de atención Artículo-Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.Pag.36-2008.
- 6) GRUPO DE TRABAJO FIGO/OMS, Cemicamp, Campinas, SP, Brasil. Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos.2-5 de marzo 1997.
- 7) CASASCO, G; Di PIETRANTONIO, E; Aborto: guía de Atención. Pag.33 - 2008.
- 8) VAZQUEZ, S. y colaboradores. Un nuevo desafío en la atención del adolescente. Consejería Pre y Pos-aborto.
- 9) DICCIONARIO PRÁCTICO GRIJALBO-Editorial Grijalbo SA de CV- 1996.
- 10) MONTIEL, G. "Análisis del aborto en el Centro de Salud" Licenciado Luis Cabrera de Zacatlan. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla-México 1973.
- 11) GALVIS ROMERO, N. y colaboradores. Frecuencia del aborto incompleto. Revista Facultad de Medicina. Vol.8 N^o 2. Diciembre 2003.
- 12) VAZQUEZ, S. y colaboradores. Un nuevo desafío en la atención del adolescente. Consejería Pre y Pos-aborto.
- 13) [http:// www.rimaweb.com.ar/aborto/28-septiembre/index.html](http://www.rimaweb.com.ar/aborto/28-septiembre/index.html)
- 14-15-16) CARBAJAL, M. Las Cifras de una epidemia silenciosa. Enero 2008.
- 17*) CARDELLO, C. Director de Maternidad e Infancia de la Provincia de Mendoza desde el 2000. Asesor en temas de Salud Sexual y Reproductiva de la Academia Nacional de Medicina.24

18) CARUSO, C. Médica y jefa del Servicio de Embarazo de Alto Riesgo y profesora adjunta de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo.

19) CASASCO, G; DI PIETRANTONIO, E. Aborto: guía de atención. Pág. 34-2008.