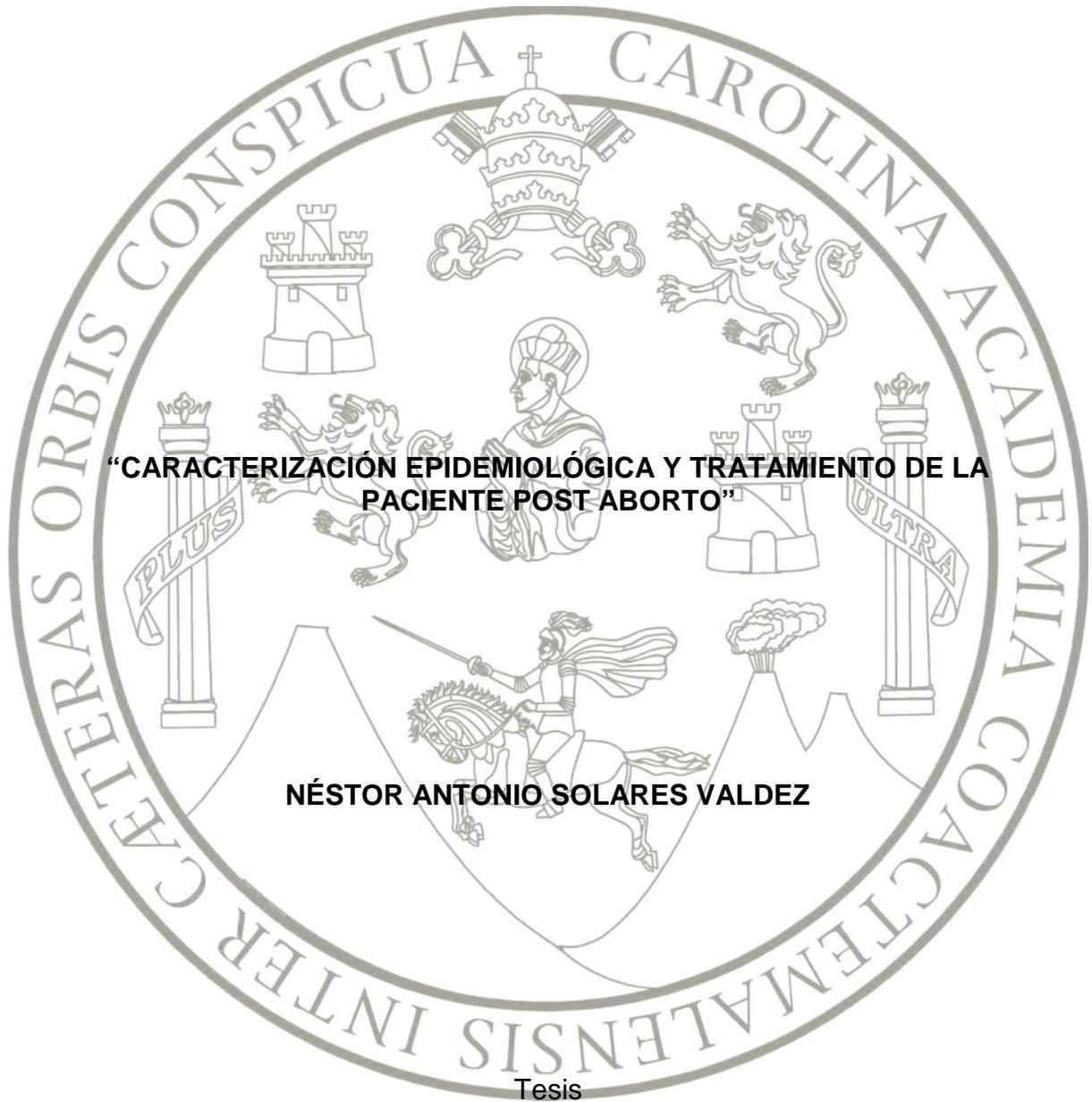


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y TRATAMIENTO DE LA
PACIENTE POST ABORTO”**

NÉSTOR ANTONIO SOLARES VALDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias en Ginecología y Obstetricia

Julio 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Néstor Antonio Solares Valdez

Carné Universitario No.: 100020007

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto"**

Que fue asesorado: Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2014.

Guatemala, 19 de junio de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala, 22 de Septiembre de 2013

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado "Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero 2011 a diciembre 2011" el cual corresponde al estudiante Néstor Antonio Solares Valdez de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc

REVISOR

Docente de Investigación
Hospital Roosevelt

Guatemala, 15 de Abril de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

“Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero 2011 a diciembre 2011”

Realizado por el estudiante Néstor Antonio Solares Valdez de la Maestría Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas
Gineco-obstetra
ASESOR

INDICE DE CONTENIDOS

| | PÀGINA |
|---------------------------------|--------|
| RESUMEN | i |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. ANTECEDENTES | 2-21 |
| III. OBJETIVOS | 22 |
| IV. MATERIALES Y METODOS | 23 |
| VARIABLES | 24-26 |
| V. RESULTADOS | 27-37 |
| VI. DISCUSION Y ANALISIS | 38-41 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 43-45 |
| VIII. ANEXOS | 46-48 |

INDICE DE TABLAS

| | PAGINA |
|--------------|---------------|
| Tabla No. 1 | 27 |
| Tabla No. 2 | 28 |
| Tabla No. 3 | 29 |
| Tabla No. 4 | 30 |
| Tabla No. 5 | 31 |
| Tabla No. 6 | 32 |
| Tabla No. 7 | 33 |
| Tabla No. 8 | 34 |
| Tabla No. 9 | 35 |
| Tabla No. 10 | 36 |
| Tabla No. 11 | 37 |

RESUMEN

El aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y su aceptación o repudio depende de las ideas sociales, éticas, morales, religiosas y legales de las distintas sociedades en que se da y varía en las distintas partes del mundo y época. Es un problema social que constituye una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y una carga económica alta en todos los servicios hospitalarios. En Guatemala según la OPS el aborto es la causa primordial de mortalidad materna.

Según la Organización Panamericana de Salud los países Latinoamericanos donde la principal causa de mortalidad materna es el aborto son **Guatemala**, Argentina, Chile, Panamá, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago y de éstos Guatemala tiene la tasa más alta que es de 190 por 100,000 nacidos vivos.

Estudio de tipo descriptivo, prospectivo cuyo objetivo general fue la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Roosevelt, se revisaron 1224 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto, ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia de dicho hospital, de enero de 2011 a diciembre del 2011.

Los objetivos específicos del estudio fueron: describir las características generales (edad, estado civil, religión, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia), identificar las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos, abortos, cesáreas), , identificar el tipo de aborto, describir el tratamiento más frecuentemente brindado y describir las complicaciones encontradas, así como el tratamiento recibido.

Del total de pacientes, el 97% eran residentes del departamento de Guatemala y el 3% restante distribuido en varios departamentos.

El grupo etareo mayormente afectado es de los 20 a 29 años de edad (44%), el 73% de las pacientes profesa una religión; el 94.4% es ama de casa; el 92.2% tienen una relación estable de pareja y el 47% viven en la cabecera departamental.

El 38% tiene antecedente de más de tres gestas, el 30% más de tres partos y el 30% algún aborto previo.

El aborto incompleto fue el más reportado (88%), el 80.25% de los abortos ocurrió durante el primer trimestre; el tratamiento más utilizado fue el AMEU (98.8%); seis pacientes presentaron alguna complicación y la que más frecuentemente se presentó fue la hemorragia.

Se recomienda el llenado adecuado y completo de los expedientes clínicos así como del libro de egresos, para que la falta de información en estos no sea limitante en estudios posteriores; se incrementa el uso del AMEU por las ventajas que este tiene.

I. INTRODUCCION

Se ha definido aborto a la interrupción espontánea o provocada del producto de la concepción, antes que esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir fuera del vientre materno. Generalmente antes de las 20 semanas de gestación, pero en Guatemala se ha aceptado hasta la semana 28 ya que ningún Centro asistencial cuenta con el equipo neonatal necesario para que los recién nacidos puedan sobrevivir antes de este período. (3,4,17,19)

El aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y su aceptación o repudio depende de las ideas sociales, éticas, morales, religiosas y legales de las distintas sociedades en que se da y varía en las distintas partes del mundo y época. Es un problema social que constituye una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y una carga económica alta en todos los servicios hospitalarios. En Guatemala según la OPS el aborto es la causa primordial de mortalidad materna. (17, 19, 20)

El problema del aborto es alto, por lo que el presente forma parte de un estudio descriptivo a nivel nacional, el cual consistió en la revisión de 1224 registros clínicos de las pacientes ingresadas al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt con diagnóstico de aborto, durante el período del 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre del año 2011; en el describe las características generales (edad, estado civil, religión, ocupación y lugar de procedencia), identifica las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos, abortos, cesáreas), identifica el tipo más frecuente de aborto, describe el tratamiento y las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia.

El grupo etareo más afectado se encuentra entre los 20 y 29 años (44%) con tendencia a disminuir conforme aumenta la edad. El 73% profesan una religión; el 94.4% es ama de casa, el 92.2% de las pacientes tienen una relación estable con su pareja y el 47% residen en la cabecera departamental.

El aborto incompleto es el reportado con mayor frecuencia (88%), el 80.25% ocurrió en el primer trimestre y el tratamiento de elección fue el AMEU (98.7%). Por los datos encontrados se recomienda que, durante la realización de toda historia clínica, se anote clara y completamente la mayor información posible para poder ser utilizada en estudios posteriores y que esto no constituya un factor limitante, se incremente el uso de legrado por aspiración manual endouterina (AMEU), y se implemente un servicio de consejería sobre planificación familiar, especialmente en el período post aborto, ya que estos servicios ofrecen a toda mujer la oportunidad de determinar el número de hijos que desea tener y el espacio entre cada uno de ellos.

II. ANTECEDENTES

A. ABORTO:

1. Definición:

El aborto es la interrupción del embarazo de forma espontánea o provocada antes de que el feto pueda tener vida extrauterina. Se acepta en países donde un neonato pueda tener los cuidados intensivos de un niño muy pequeño el límite cronológico de 20 semanas de gestación o que el feto pese menos de 500 gramos o mida menos de 25 cm. En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de las 28 semanas de gestación. (7,14,4,5)

2. Historia:

La palabra aborto deriva del término latino “aboreri” que significa separar del sitio adecuado. (11)

En la Biblia se habla del aborto de forma condenatoria, en el libro del Éxodo capítulo 21 versos 22 al 25 dice: “Si algunos riñeren e hirieren a mujer embarazada, y ésta abortase, pero sin haber muerto, serán penados conforme a lo que el marido impusiese y juzgaren los jueces. Más si hubiese muerto entonces pagarán vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe”. Esta norma prevaleció hasta que los judíos inmigraron a Egipto y adoptaron las creencias y culturas griegas y romanas. (26,4)

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos debido a limitar el número de nacimientos. En un manuscrito chino que data del año 2737 a 2696 A. de C. mencionan el mercurio como sustancia abortiva; en el papiro de Ebers (1550 A. De C) se describen métodos para inducir el aborto tales como dátiles, las cebollas y el fruto de acato, todo mezclado con miel y aplicado a la vulva. (26,17,4) Platón recomendaba el aborto y el feticidio como instituciones reguladoras del estado ideal. Aristóteles aconsejaba el aborto para la mujer embarazada que ya tenía el número de hijos que deseaba y para la mujer que tenía más de 40 años y concebía. Por otro lado Solón y Licurgo decretaban leyes para prohibir el aborto. (4,15)

En la Roma Imperial los abortos se practicaban libremente por comadronas y en menor grado por médicos griegos, principalmente debido a que los médicos romanos estaban comprometidos por el juramento hipocrático... “no ayudaré a mujer a provocar el aborto”. (26)

Soranus, el gineco-obstetra más importante de la época (I y II siglos antes de Jesucristo) en uno de sus trabajos comentaba que el aborto era más fácil de provocar en el tercer mes. Con el cristianismo esto fue condenado y tachado como vergonzoso e intolerable prohibiéndose la práctica teniéndose como consecuencia la práctica de aborto criminal, muchos de estos abortos fueron practicados mediante legrados y desde entonces las complicaciones por ello siguen siendo las principales responsables de muerte materna. (26)

En la Iglesia Cristiana, Tertulio fue uno de los primeros en formular, allá por el año 200, la idea de que el fruto del útero es un ser humano y por tanto el aborto es práctica de asesinato. San Agustín diferenciaba entre un feto formado y uno no formado y consideraba que el aborto de éste último no era asesinato. Santo Tomás de Aquino introdujo el principio de que la vida tiene relación con el movimiento y que por eso no empieza la concepción, sino que el momento de dar el feto la primera señal de vida. (15)

En la edad media a quien se encontraba culpable de aborto era arrastrado o colgado. En Alemania para los culpables de aborto la ley daba como castigo la muerte por medio de cuchilla o por sumersión.

En 1938 Suecia adoptó una ley que permitía los abortos terapéuticos por razones médicas, humanitarias y para mejorar la raza (eugenesia). En 1939 Dinamarca adoptó una ley que suministraba una interpretación amplia del aborto terapéutico. En 1948 en el Japón se legislaron los abortos como el método más capaz de reducir la población. En Italia se luchó contra el aborto aumentando las penas, aunque en la actualidad hay legislaciones que permiten el aborto.

En 1973 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos legalizó los abortos ya sean estos voluntarios o electivos, se contempla que el aborto entre adolescentes debe ser autorizado por uno de los padres y en el año 1976 se amplió este derecho a la

mujer casada, la cual no requiere el permiso del esposo para practicarse un aborto dentro de los primeros tres meses de embarazo. (12-15)

En Guatemala el tema del aborto esta legislado en el Código Penal Artículo 137, capítulo 3 donde se refiere que: No es punible el aborto provocado por médicos con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realiza sin intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios". (5) Durante la colonia el aborto constituía un escándalo por parte de la iglesia católica siendo esta la que, a través de los conceptos del hombre ha resultado más conflictiva con relación al aborto.

3. Epidemiología:

a. Incidencia:

Algunos estudios indican que aproximadamente 10%-15% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo y que un 20%-30% de los embarazos que se producen en todo el mundo terminan en aborto provocado. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en países como Brasil, Colombia, Perú, y República Dominicana. En Centroamérica la frecuencia de aborto se estima que es de 4.8%.(18,14)

En el informe anual del INCAP de 1994 en un estudio sobre mortalidad relacionada con aborto entre mujeres ladinas e indígenas de área urbana y rural de Guatemala se encontró que a nivel hospitalario el 80% de los abortos atendidos son espontáneos y menos del 3% son provocados. De las pacientes que consultaron el 10% eran solteras, el 55% no tienen empleo fijo, el 80% han tenido uno o más hijos, el 29% son indígenas y el 16% han utilizado anticoncepción. (26,19)

b. Factores de Riesgo:

Factor de riesgo es el elemento que contribuye a que algún evento se cumpla.

Los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de aborto, por lo que se describen a continuación para clasificación los diversos factores asociados:

i. Del aborto Inducido:

Cada año son millones de mujeres que deciden abortar y múltiples factores se asocian al aborto inducido principalmente que bajo consentimiento de la paciente. En países donde el aborto no esta legalizado constituye el factor de riesgo más importante ocurriendo riesgos de salud, principalmente, aborto séptico.

En América Latina, las razones más comunes por que las mujeres se inducen el aborto incluyen:

- La mujer o su pareja tienen un salario muy bajo y esta subempleada o desempleada, es estudiante y no puede crear a un hijo.
- La relación de la mujer con su compañero es inestable o él le retiro su apoyo emocional y económico.
- La mujer o la pareja no quieren más embarazos o prefiere espaciar los embarazos siguientes.
- Las adolescentes o solteras embarazadas temen el rechazo de sus familiar y de la sociedad.
- Algunas mujeres quieren alcanzar cierto nivel de desarrollo personal antes de convertirse en madre. (25,17,14)

ii. Del aborto Espontáneo: (2,18,6,7,14)

Los factores de riesgo más frecuentes son:

- Paridad: El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la paridad, más de cuatro embarazos.
- Edad materna y paterna: Las categorías de edad más frecuentes de aborto reconocido clínicamente aumenta de un 12% en mujeres menores de 12 años a un 26% en mujeres de 40 años. Para la edad paterna la incidencia es del 12% al 20% respectivamente. (7)

- Edad Gestacional: Más del 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras doce semanas de gestación y la frecuencia disminuye rápidamente después.
- Antecedentes Obstétricos:
 - Embarazo previo normal a término, mortinato previo o con malformación congénita.
 - La incidencia de aborto después de un aborto previo es del 24%, después de dos pérdidas es del 26% y después de 3 o más alcanza un 40%. Un estudio realizado en Centroamérica en 1995 reveló que el 22% de las mujeres estudiadas tenían antecedentes de abortos previos. En Guatemala en 1994 se estimó que el 29% de las mujeres estudiadas tenían antecedentes de aborto previo.
 - La incidencia de aborto espontáneo aumenta si la mujer concibe tres meses posteriores al nacimiento de un feto vivo.
 - El aborto es más frecuente en mujeres con antecedentes de una o más cesáreas.

c. Mortalidad:

A escala mundial el aborto continúa siendo una de las cuatro principales causas de mortalidad materna con un porcentaje de 30% a 50%. Las complicaciones por aborto son la causa principal de muerte en mujeres en edad reproductiva y representan aproximadamente la tercera parte de mortalidad materna. (14,4)

La Organización Mundial de la Salud estima que 80,000 mujeres mueren anualmente por abortos ilegales y en riesgo representando el 13 de todas las muertes maternas al año. (25)

Según la Organización Panamericana de Salud los países Latinoamericanos donde la principal causa de mortalidad materna es el aborto son **Guatemala**, Argentina, Chile, Panamá, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago y de éstos Guatemala tiene la tasa más alta que es de 190 por 100,000 nacidos vivos. (24,21,14,4)

En el Departamento de Chimaltenango en 1999 la tasa de mortalidad por aborto fue de 12 por 100,000 nacidos vivos

* Memorias anuales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala 1999.

4. Clasificación del aborto:

a. Aborto Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.

b. Aborto Embrionario: Es el que se da de la tercera semana de gestación a la séptima semana de gestación.

c. Aborto Fetal: Se da de la octava semana de gestación a la vigésimo séptima semana de gestación. (7,4)

5. Etiología:

El aborto puede ser de origen espontáneo y provocado o inducido:

a. Aborto espontáneo:

Es el que ocurre de manera natural y la interrupción del embarazo no es voluntaria, es decir sin que la mujer u otra persona realice libremente ninguna acción para provocarlo. Es causado por factores ovulares o maternos (1,2,26,5)

i. Causas Ovulares:

Estas alteraciones son causantes del 50%-60% de los abortos estudiados, se dice que cuantos más precoz es el aborto mayores son las anomalías detectadas. La gran mayoría de estas pérdidas son ocasionadas por problemas cromosómicas como monosomías o trisomías en su mayoría autosómicas:

- El 50%-60% de las anomalías cromosómicas se detectan en el primer trimestre siendo la causa más frecuente de aborto espontáneo, de éstos el 50%-60% es causado por trisomías autosómicas, 20-25% por monosomía X y un 15%-30% por triploidía y poliploidía.

- Se estima que el 1.5% de las concepciones con anomalías de la fertilización tanto dispermia (penetración de un óvulo por dos espermatozoides) y diginia (falta de eliminación del corpúsculo polar) conducen a triploidías.

- Las alteraciones genéticas cromosómicas incluyen defectos enzimáticos que, sin duda, son capaces de interferir en el desarrollo embrionario. (26)

- Las alteraciones del desarrollo del embrión y placenta es sin duda uno de los resultados de las anomalías cromosómicas.

ii. Causas maternas:

- Causa Endocrinas:

Es la segunda causa etiológica más frecuente en el aborto espontáneo. Entre ellas se encuentran la inadecuada producción de progesterona por el cuerpo luteo durante las primeras 7 semanas, la diabetes mellitus no controlada y el Hipertiroidismo e Hipotiroidismo que también se relacionan a la ocurrencia de aborto. (26,29)

- Causas Infecciosas:

Cualquier infección aguda, con bacteriemia puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria. Entre la etiología relacionada se pueden mencionar:

Virales: Citomegalovirus, Rubéola, Epstein Bar, Herpes virus.

Parasitarias: Enfermedad de chagas, paludismo, hidatidosis.

Agudas: Infección del tracto urinario.

Crónicas: Tuberculosis, brucelosis, sífilis. (7,4)

iii. Causas Inmunológicas:

La incompatibilidad de grupo sanguíneo ha demostrado ser una causa de aborto. Diversos análisis indican una respuesta inmunológica disminuida en las madres que experimentan abortos habituales, otra causa que se ha relacionado con aborto espontáneo es el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. (6)

iv. Tóxicas:

Éstas comprenden intoxicaciones endógenas y exógenas

Como: antagonistas del ácido fólico, tolidomida, anticoagulante, constante exposición al plomo, mercurio, arsénico y fósforo.

v. Factores de la anatomía uterina:

Las anomalías en la fusión de los conductos paramesonéfricos, principalmente el útero bicorne o septado, se asocian a aborto. Esta patología como causa de aborto debe considerarse solo si se han excluido todos los demás factores etiológicos.(6)

Entre otras anomalías que podemos mencionar están:

las anomalías congénitas que alteran o reducen el tamaño de la cavidad uterina, presencia de miomatosis, miomas submucosos o intramurales, posición uterina anormal, cicatrización previa de la pared uterina secundaria, obliteración uterina por sinequias (Síndrome de Asherman), incompetencia anatómica o funcional del cuello uterino como resultado de embarazos y laceraciones previas.

vi. Factores psicógenos:

Las conclusiones de diversos estudios realizados con respecto a este factor concluyen que su frecuencia en la etiología general del aborto se ha estimado de 1-9 por 1,000 abortos. (26)

vii. Factores nutricionales:

La mal nutrición intensa puede predisponer a una mayor frecuencia de aborto, las pruebas respecto a ello no son concluyentes de que la deficiencia dietética de adquirir nutriente o la deficiencia moderada de todos los nutrientes sea causa importante de aborto. (7)

viii. Factores paternos:

Las traslocaciones cromosómicas del espermatozoide pueden producir aborto. La hiperespermia, mayor de 250 millones / ml y la oligoespermia se han relacionado con aborto frecuente. Esto puede ser secundario a disminución del DNA del espermatozoide, aunque esto no se ha comprobado. (7,14)

ix. Factores yatrogénicos:

La administración de algunos citotóxicos quimioterapéuticos, el tratamiento de gota o talasemia que incluye colchicina paraliza la formación del huso durante la mitosis. (4)

x. Agresiones Extrínsecas:

- Sustancias abortivas: vegetales (los más utilizados por las comadronas son clavo y apasote *) minerales, los más usados están: plomo, fósforo sales de quinina y permanganato de potasio. La cafeína a razón de cuatro tazas por día eleva ligeramente el riesgo de aborto.

- Agentes tóxicos: alcohol y / o tabaco independientemente a los efectos tóxicos que ejercen sobre el feto que alcanza viabilidad. Ambas son embriotóxicas incluso el consumo moderado del alcohol el riesgo aumenta 1 o 2 veces por cada 14 cigarrillos diarios.

- Fármacos asociados: antagonistas del ácido fólico, sulfamidas hipoglucemiantes orales, anticoagulantes, colchicina y estrógenos.

- Traumatismos: El trauma externo es una causa frecuente de aborto, existen dos tipos.

- Directo: son aquellas cuya finalidad es producir la muerte del huevo, la cual es precedido de la expulsión del mismo.

- Indirecto: Son las maniobras que buscan la expulsión del producto por estimulación externa del aparato uterino.

- Cirugía: La anestesia general puede producir efecto sobre la división celular normal y los anestésicos halogenados interfieren en la síntesis de ADN, lo cual sugiere un efecto potencialmente nocivo para el feto o embrión. Según datos se puede suponer que la apendicectomía y la cistectomía ovárica son las intervenciones en las que mayor frecuencia de aborto se observa. (16)

- Amniocentesis del segundo trimestre: se ha descrito un riesgo del 1% después de practicar la punción y la aspiración amniótica.

- Factores ambientales:

- Radiación: Se sabe que en dosis suficientes la radiación produce aborto, la dosis necesaria para que esto ocurra en seres humanos no se conoce con precisión.

- Toxinas ambientales: Existe poca información que pueda incriminar a algún agente ambiental específico, sin embargo hay evidencias de que el arsénico, el plomo, el formaldehído, el benceno y el óxido de etileno pueden causar aborto. (7,6)

b. Aborto inducido provocado:

Es aquel aborto provocado por médico, mujer misma u otra persona, intencionalmente, conciente y de forma artificial de un aborto que se supone capaz de seguir progresando hasta el término. Se estima que 4.5 millones de abortos inducidos son provocados en América Latina anualmente aunque se estima que es mayor el número por la clandestinidad con que se realiza. (8,21)

El aborto inducido se clasifica en varias categorías de acuerdo al motivo por el cual se realice:

i. Aborto legal:

Se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, a petición de la mujer pero no por razones de salud materna o fetal, solo en países donde su práctica esta legalizada. (4)

ii. Aborto Terapéutico:

Se práctica con propósito de proteger la salud de la madre, y se define como el término del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal, algunas indicaciones para realizarlo son:

Cardiopatía descompensada, enfermedad vascular hipertensiva, carcinoma de cérvix, embarazo consecuencia de violación o relación sexual involuntaria, cuando crea que el embarazo dará lugar a nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves, infecciones graves o con retraso mental.

iii. Aborto Ilegal:

Es la interrupción del embarazo en cualquier período, es causado por la madre, médico u otra persona, sin que exista alguna de las razones mencionadas anteriormente, y que sucede en países como el nuestro donde el aborto terapéutico es el único legalizado. (4)

6. Formas Clínicas y Sintomatología del aborto:

El aborto con síntomas comunes varía según la forma clínica:

a. Aborto Subclínico:

Es el aborto sin signos clínicos que sucede entre el momento de la implantación ovular y la semana después de la presunta fecha de la próxima menstruación.

b. Amenaza de aborto:

Es el más precoz de los distintos cuadros que pueden presentar el 20% de los embarazos en algún período de la mitad del embarazo, de los cuales aproximadamente la mitad terminan en abortos espontáneos. Se caracteriza por que una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con historia de amenorrea, un útero de características gestacionales y de tamaño acorde al tiempo de amenorrea se presenta con dolor hipogástrico tipo cólico, que coincide con las contracciones uterinas, hemorragia vaginal, orificio cervical interno cerrado. (2,26)

c. Aborto en curso:

Se divide en aborto inminente e inevitable:

i. Aborto inminente:

Signos y síntomas de la amenaza de aborto se acentúan. Hemorragia vaginal aumenta, dolores más intensos y sostenidos con dilatación del orificio interno, sin ruptura de membranas ovulares. (7,4)

ii. Aborto inevitable:

Estando el cuello dilatado hay ruptura de membranas ovulares con presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal, en estas condiciones es casi seguro que se producirá el aborto. Muy a menudo las contracciones uterinas empiezan rápidamente produciendo la expulsión de los productos de la concepción.

Se considera inevitable el aborto cuando se dan dos o más de los siguientes signos:

- Borramiento moderado del cuello uterino.
- Dilatación cervical mayor de 3 centímetros.
- Ruptura de membranas ovulares.
- Hemorragia por más de 7 días.
- Presencia de cólicos a pesar de la administración de analgésicos.
- Signos de terminación de embarazo. (4)

d. Aborto Completo:

El producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad, el útero disminuye de tamaño, desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa la hemorragia completa o casi completamente, se cierran los orificios endocervicales.

e. Aborto incompleto:

Es cuando el producto de la gestación ha sido expulsado parcialmente de la cavidad uterina y se produce hemorragia siendo ésta al principio y a menudo el único signo de aborto incompleto, la cavidad uterina aún permanece ocupada, los orificios cervicales están dilatados, el útero está blando y grande, dolor espasmódico.

f. Aborto recurrente o habitual:

Es cuando se ha producido tres o más abortos espontáneos de forma consecutiva. (27)

g. Aborto diferido:

Cuando la expulsión no tiene lugar 8 semanas posteriores a la muerte del producto del embarazo se habla de aborto diferido, el diagnóstico se hace ante la evidencia de muerte fetal sin signos clínicos de aborto. La complicación más temible de este tipo de aborto es la coagulación de consumo por un proceso de coagulación intravascular.

h. Aborto séptico:

Un aborto incompleto que no es solucionado adecuadamente predispone a infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto vaginal. Gérmenes patógenos procedentes de la flora intestinal o vaginal pueden arrastrarse hacia la cavidad uterina por maniobras quirúrgicas no sépticas manifestándose en la paciente, dolor pélvico, hipersensibilidad suprapúbica, fiebre, secreción fétida de la vagina y cuello, dolor al movimiento del útero o el cérvix y complicaciones de shock séptico que podrían llevarla a la muerte.

i. Aborto Molar:

Es la expulsión de un embarazo molar parcial alrededor de las 16 semanas que rara vez se retarda mas allá de las 28 semanas.

7. Técnicas de aborto:

Las técnicas de aborto se dividen en dos:

a. Técnicas Quirúrgicas:

El embarazo puede ser eliminado quirúrgicamente a través de un cuello adecuadamente dilatado o por vía transabdominal.

i. Dilatación o curetaje:

Evacuar el embarazo por raspado mecánico del contenido (curetaje por corte), por aspiración al vacío (curetaje por aspiración) o ambos. Deben realizarse antes de las 14 semanas para evitar complicaciones. Después de la 16 semana se práctica dilatación y evacuación la cual consiste en dilatación amplia seguida de destrucción mecánica y evacuación de partes fetales.

Durante la dilatación o curetaje puede suceder perforación uterina accidental, incompetencia cervical, sinequias. En los abortos más avanzados realizados por curetaje puede inducir coagulopatía de consumo súbita y grave y ser fatal. El traumatismo secundario que puede provocar la dilatación mecánica puede ser

minimizada con agente que expanda lentamente y dilata el cuello llamadas laminarias. (7,22,3)

ii. Aspiración menstrual uterina (AMEU)

La aspiración de la cavidad endometrial con una cánula flexible de Karman de 5, 6, 7, 8, 9, 10 o de 12 mm y una jeringa, dentro de la primera a tercera semana posterior a falta menstrual (específicamente antes de las 12 semanas), se denomina extracción menstrual. Los problemas que pueden suceder son falta de reconocer un embarazo ectópico y raramente perforación uterina.

iii. Histerectomía e hysterotomía Abdominal:

Cuando hay una enfermedad uterina importante como cáncer de cérvix o cáncer de ovario, la histerectomía puede ser el tratamiento ideal para culminar el embarazo y cuando se debe realizar una esterilización la hysterotomía con interrupción de la continuidad tubaria son más convenientes que el curetaje o inducción médica principalmente cuando ésta tiene fracaso.

b. Técnicas médicas:

Muchas sustancias han sido utilizadas como agentes abortivos por mujeres que no desean el embarazo y en la actualidad existen solo algunas drogas abortivas eficaces y seguras:

i. Oxitocina:

En el segundo trimestre la inducción del aborto con administración de altas dosis de oxitocina, 10 UI/min en 1,000 cc de solución de Lactato de Ringer (100mU/ml) a 50 mU/min o 0.5ml/min incrementando la velocidad cada 30 a 40 minutos hasta un máximo de 2 ml/min provocando incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones. (28)

ii. Soluciones hiperosmóticas intraamnióticas:

- Solución fisiológica:

Se utiliza el segundo trimestre del embarazo inyectado dentro del saco amniótico solución fisiológica al 10-25% para estimular contracciones uterinas y dilatación cervical. Tiene beneficios tales como rapidez, bajo costo, menor dolor y trauma emocional pero es poco utilizado ya que complicaciones como crisis hiperosmolar, insuficiencia cardíaca, shock séptico, peritonitis, hemorragia, coagulación intravascular diseminada, intoxicación acuosa e incluso la muerte pueden suceder. (7)

- Urea hiperosmolar:

La urea al 30-40% disuelta en solución dextrosa al 5% inyectada en saco amniótico seguida de oxitocina intravenosa a 400mU/min es eficaz para producir aborto y menos probabilidad de toxicidad. La urea más prostaglandinas F2 alfa inyectada dentro del saco amniótico es igualmente efectiva. (7)

iii. Prostaglandinas:

Las prostaglandinas y sus análogos se utilizan para interrumpir el embarazo principalmente en el segundo trimestre. La prostaglandina E2, la prostaglandina F2 alfa y ciertos análogos son los más utilizados. La eficacia varía del 86% al 95% y el intervalo de tiempo entre la inducción y el parto oscilan entre 4 y más de 48 horas. Las vías a utilizar pueden ser intramuscular, oral, vaginal, intramniótica, intracervical, extraamniótica. (7,28)

vi. Antiprogesterona RU 486 (mifeprestona)

Se utiliza para efectuar abortos al comienzo del embarazo, se puede utilizar sola o en combinación con prostaglandinas orales. Tiene alta afinidad con receptores de sitios fijadores de progesterona. 600 mg de RU 486 antes de las 6 semanas produce una tasa de aborto del 85% y en combinación con prostaglandinas de un 95%.

Los efectos colaterales incluyen, náuseas, vómitos dolor abdominal. El mayor riesgo asociado es la hemorragia debida a la expulsión parcial del embarazo y hemorragia intraabdominal producida por el embarazo ectópico no sospechado. (19,5)

v. Eposteno:

Es un inhibidor de la 3 beta-hidroxiesteroide hidrogenasa que bloquea la síntesis de progesterona endógena al cual administrarla en el primer trimestre de embarazo induce el aborto en aproximadamente el 85% de las mujeres. Las náuseas son el efecto colateral más frecuente y la hemorragia si el aborto es incompleto. (7)

8. Complicaciones:

Las complicaciones del aborto pueden ser inmediatas y tardías:

a. Complicaciones inmediatas:

Cerca del 10% de las mujeres que se someten a un aborto sufre complicaciones inmediatas tales como:

- Infecciones y hemorragias: son las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Laceraciones y perforaciones uterinas: Se presentan en un 2 a 3% de las pacientes que abortan. (5)

b. Complicaciones tardías: (7, 10, 23, 27)

i. Enfermedad inflamatoria pélvica:

Es una enfermedad que puede disminuir la fertilidad y aumentar el riesgo de embarazos ectópicos. El 23% de las mujeres infectadas por clamidia en el momento del aborto (aproximadamente 25%) desarrollan enfermedad inflamatoria pélvica de las que no están infectadas el 5% lo desarrollaran dentro de las siguientes cuatro semanas.

ii. Endometritis:

Es una inflamación del endometrio, dolorosa y que origina alteraciones en la menstruación. El riesgo de padecer lo aumenta después de un aborto pero sobre todo en las adolescentes que tienen 1.5 más posibilidades.

iii. Placenta previa:

El riesgo de placenta previa en los embarazos posteriores aumenta de 7 a 15 después de un aborto.

iv. Complicaciones del parto:

El riesgo de partos prematuros aumenta con los abortos previos entre 1.89 y 2.60 veces más que las mujeres que han llevado el número de embarazos a término.

v. Embarazos ectópicos:

La posibilidad de que después de un aborto se produzcan embarazos ectópicos aumenta con cada evento de aborto.

vi. Cáncer de mama:

Se duplica después de un aborto el riesgo de cáncer de mama y aumenta con dos o más abortos sucesivos.

vii. Cáncer cervical de ovario y de hígado:

Las mujeres con un aborto tienen 2.3 veces más riesgo de cáncer cervical y si son dos o más abortos sube a 4.92 y se eleva el riesgo de cáncer de ovario e hígado.

viii. Cambios en los síntomas menstruales:

Las mujeres con abortos previos presentan un excesivo cambio en síntomas menstruales en todas las edades.

ix. Sinequias uterinas:

La incidencia de adherencias o sinequias uterinas es elevada principalmente en las mujeres que han tenido dos o más curetajes.

x. Abortos espontáneos:

El riesgo de sufrir abortos espontáneos luego de dos o más abortos inducidos aumenta el doble o el triple durante el primer trimestre de embarazo.

xi. Esterilidad:

El aborto inducido puede provocar esterilidad tres a cuatro veces más que en mujeres que nunca se han sometido a un aborto.

xii. Muerte:

Una mujer que ha pasado un aborto tiene cuatro veces más posibilidades de morir que una que no ha tenido aborto.

9. Costo del aborto y su impacto en salud pública:

La primera conferencia panamericana de médicos parlamentarios realizada en 1996 concluyó que el aborto es un problema de salud pública. (21)

El aborto impone una carga económica considerable sobre los servicios hospitalarios, dado que en Latinoamérica la incidencia de aborto es alta. Un estudio realizado en seis países de Latinoamérica estima que los abortos espontáneos constituyen el 15% y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones. (22,14)

Pocos detalles se tienen sobre los costos hospitalarios, un estudio realizado en México reportó que el 30% de las camas hospitalarias de gineco-obstetricia se dedican a pacientes con diagnóstico de aborto.

En algunos hospitales de los Estados Unidos, a pesar de su potencial económico, la atención médica del aborto ha llegado a consumir, en algunos casos, hasta el 50% del presupuesto de los departamentos de gineco-obstetricia. (23,22, 14)

En algunos países en desarrollo hasta el 50% del presupuesto hospitalario se utiliza para el tratamiento de las complicaciones de abortos principalmente los abortos provocados en condiciones de riesgo. (11)

Entre el 10 y 15% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo precisan atención para tratamiento y, con excepción de Cuba, en América Latina y el Caribe los servicios de salud son muy precarios y la mayoría de mujeres acuden a servicios clandestinos. Esta situación retarda el acceso de las mujeres a los servicios de salud requiriendo utilización de grandes recursos hospitalarios tales como tiempo de hospitalización prolongado, insumos médicos, tiempo del personal, antibióticos, transfusiones, etc, que agotan el recurso económico de las instituciones hospitalarias (11)

Aunque en la mayoría de los países no se conocen los costos económicos que representa la atención del aborto complicado o no, es sabido que representa una carga financiera bastante elevada para los servicios de salud de cualquier país así como el costo humano que representa; como ejemplo un estudio realizado en Bolivia en 1997 reportó que más del 60% de los gastos de obstetricia y ginecología es para complicaciones del aborto y de estos, el aborto inseguro tiene mayor costo, reportaron que la edad con mayor porcentaje fue comprendida entre 21 a 25 años, que el 40% de las mujeres era de nivel secundario, que el 55.8% de las mujeres eran unidas, que el ingreso mensual del 34% era de 100 dólares. El costo por aborto espontáneo fue de 68.58 dólares y un día de hospitalización comparado con 158.38 dólares que costo el aborto inducido y con más de dos días de hospitalización, mayor recurso humano y exámenes de laboratorio así como medicamentos. (12)

En Centroamérica en el año 1995 se realizó un estudio a nivel hospitalario en los 6 países sobre el costo del aborto en esta región y se encontró que la categoría de edad entre 30 a 49 años; las mujeres solteras, viudas o divorciadas; analfabetas o con ningún año de escolaridad; mujeres sin antecedentes de cesárea comparado con las que tenían una o más cesáreas ; mujeres con 5 o más gestas; uno o más abortos; sin ningún control prenatal; fumadoras y consumidoras de alcohol, fueron las de mayor incidencia de aborto. (18)

Es un hecho que mujeres jóvenes y adultas, casadas o solteras, estudiadas o madres de familia, con varios hijos, dueñas de casa u obreras, todas ellas en algún momento de su vida pueden recurrir al aborto, aunque las causas que las empujan a tomar esa decisión sean tan diversas como sus contextos de vida por lo que las políticas y programas sociales y de salud deben ayudar a las parejas y en especial a las mujeres a evitar el aborto proporcionándoles acceso a información, asesoramiento y servicios de planificación familiar. (21)

III. OBJETIVOS

3.1 Generales

Caracterización epidemiología, manejo, diagnóstico y seguimiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt De Guatemala, durante el período de Enero de 2011 a Diciembre 2011.

3.2 Específicos

3.2.1. Determinar las características generales (edad, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia), gineco-obstétricas (número de gestas, partos y abortos) de las mujeres atendidas.

3.2.2. Identificar el tipo de aborto más frecuente (Diferido, Séptico, inevitable Completo, Incompleto, Habitual) diagnóstico y tratamiento (Antibióticos Reposición de líquidos/electrolitos Transfusiones Analgésicos Sedantes).

3.2.3. Descubrir las complicaciones más frecuentemente encontradas en las mujeres que consultan por aborto (Hemorrágica, Infecciosa, Laceración o perforación otras)

IV. MATERIAL Y METODOS

IV.1 **Tipo de Estudio:**

Descriptivo Prospectivo

IV.2 **Unidad de análisis:**

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaran al Hospital Roosevelt De Guatemala en el período del 1 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre del 2,011

IV.3 **Universo del estudio:**

Se incluyeron en el estudio todos los casos de pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaran al Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt De Guatemala en el período del 1 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre del 2011.

IV.4 **Criterios de inclusión y exclusión:**

- Criterios de Inclusión:

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el archivo del Hospital Roosevelt De Guatemala.

- Criterios de exclusión: Historias clínicas no encontradas.

IV.5 **Instrumento de recolección y medición de variables:**

Se utilizará una boleta de recolección de datos en la que se incluyen las variables antes mencionadas.

IV.6 Instrumento de recolección y medición de las variables: Se utilizó boleta única para la recolección y medición de las variables, diseñada específicamente para este estudio, la cual se validó.

IV.7 Ejecución de la investigación: Seleccionado y aprobado el tema de investigación, se procedió a la revisión de material bibliográfico para la realización del protocolo, autorizado este; se validó la boleta de recolección y medición de variables y se procedió a realizar el trabajo de campo, el cual consistió en la revisión del libro de egresos del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt, identificando el número de registro clínico de pacientes que estuvieron hospitalizadas con diagnóstico de aborto, durante el período del 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre del 2011. Se solicitaron los expedientes clínicos al departamento de estadística para llenar la boleta de recolección de datos

6 Variables a estudiar:

| VARIABLE | DEFINICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---------------------------|--|---|--|--|
| INCIDENCIA | Número e casos en lugares y tiempo definido | No. Abortos No. De nacidos vivos | tasa | Númerica |
| CARACTERÍSTICAS GENERALES | Conjunto de peculiaridades de una persona tales como: Edad: Período que ha transcurrido desde que una persona nace. Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento público. Ocupación: Emplearse en un ejercicio, trabajo o tarea. Procedencia: Lugar geográfico donde reside una persona | Años reportados Años escolares terminados Dedicación principal Lugar donde reside. | Años de vida Años escolares Ama de casa Obrera Estudiante Profesional Otro Aldea Municipio Departamento | Númerica Númerica Nominal Nominal |

| VARIABLE | DEFINICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------------------|--|---|--|--|
| ANTECEDENTES OBSTETRICOS | Eventos Ginecológicos y Obstétricos, sucedidos en la vida reproductiva de la mujer tales como: Gestas: Número de veces que una mujer ha estado embarazada, incluyendo mortinatos y abortos. Partos: Culminación de un embarazo por vía vaginal o abdominal con un producto viable. Número de abortos previos: Expulsión del producto de la gestación antes de las 20 semanas (28 semanas en Guatemala) Hijos vivos: Hijos sanos o enfermos con vida | Del expediente clínico se tomará: Número de gestas Número de partos Número de abortos previos Número de hijos vivos | Número de gestas Número de partos Número de abortos previos Número de hijos vivos | Númerica Númerica Númerica Númerica |

| VARIABLE | DEFINICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------|--|--|--|---------------------------------------|
| | Cesáreas anteriores: Extracción fetal vía abdominal y uterina | Número de hijos nacidos por cesárea reportados | Número de cesáreas | Numérica |
| | Embarazo ectópico: Blastocisto implantado fuera del endometrio de cavidad uterina | Número de embarazos ectópicos | Número de embarazos ectópicos | Numérica |
| TIPO DE ABORTO | Clasificación de aborto de acuerdo a parámetros clínicos: Aborto espontáneo: Es el que sucede de forma natural sin ninguna acción para provocarlo. Aborto Diferido: Cuando la expulsión no tiene lugar después de la muerte del producto del embarazo. Aborto Séptico: Cuando el aborto incompleto no es solucionado adecuadamente | Tomado del expediente clínico | Aborto espontáneo Aborto diferido Aborto Séptico | Nominal Nominal Nominal |

| VARIABLE | DEFINICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | Eventos morbosos que desencadenan aborto | Tomado del expediente clínico | Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) | Nominal |

IV 8 Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico: Los resultados fueron tabulados y analizados con el programa estadístico EPI INFO 6.

Las variables nominales se trabajaron en porcentajes y las variables numéricas con promedios estadísticos.

IV 9 Aspectos éticos: En el estudio se revisaron los registros clínicos de pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto al Hospital Roosevelt, dicha información será confidencial.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1
EDAD DE DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO,
INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA

| EDAD | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------|--------|------------|
| 10 – 14 | 7 | 0.7 |
| 15 – 19 | 198 | 16 |
| 20 – 24 | 296 | 24 |
| 25 – 29 | 249 | 20 |
| 30 – 34 | 181 | 15 |
| 35 - 39 | 151 | 12 |
| 40 - 44 | 109 | 9 |
| 45 - 49 | 31 | 3 |
| 50 - 54 | 2 | 0.2 |
| TOTAL | 1224 | 100 |

FUENTE: Registros clínicos. Departamento de Estadística Hospital Roosevelt.

La distribución según grupo etareo, revela que la población mayormente afectada, es la comprendida entre las edades de 20 a 29 años con un 44%, con tendencia a disminuir conforme aumenta la edad. Calculándose una media de 27 años y una desviación estándar de +/- 8 años.

Los datos obtenidos se relacionan con los reportados en 1995 por la Organización Mundial de la Salud, donde se involucró a los departamentos de Guatemala, Suchitepéquez y Quetzaltenango, y en 1998 en el Hospital General Aurelio Valdivieso de México; en ambos estudios la edad promedio de las pacientes fue de 26 años.

Tabla No. 2

RELIGION DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT, DE ENERO DE 2011 A DICIEMBRE 2011

| RELIGION | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------------|--------|------------|
| Católica | 629 | 51.5 |
| Evangélica | 253 | 21 |
| Mormona | 1 | 0.08 |
| Adventista | 4 | 0.3 |
| Testigo de Jehová | 2 | 0.2 |
| Ninguna | 48 | 4 |
| TOTAL | 937 | 77 |

FUENTE: Registros clínicos. Departamento de Estadística Hospital Roosevelt.

En el presente estudio la mayoría de la pacientes profesa la religión católica y evangélica (72.5%), aunque un 23% (casi la cuarta parte de los expedientes) no contaba con esta información. Respecto a la religión no hay datos disponibles relacionados con aborto en otros países. Únicamente se encontró un dato de 1996 en el Hospital Nacional de Amatitlán donde se reportó que el 69% de las pacientes con diagnóstico de aborto eran católicas, por lo que no se puede concluir en que religión hay más incidencia de aborto.

Tabla No. 3

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT

| EDAD | CASADA | SOLTERA | UNIDA | VIUDA | TOTAL |
|---------|--------|---------|-------|-------|-------|
| 10 – 14 | 1 | 4 | 2 | 0 | 7 |
| 15 – 19 | 76 | 15 | 107 | 0 | 198 |
| 20 - 24 | 154 | 28 | 112 | 2 | 296 |
| 25 - 29 | 128 | 22 | 98 | 1 | 249 |
| 30 - 34 | 110 | 7 | 60 | 4 | 181 |
| 35 - 39 | 85 | 4 | 61 | 1 | 151 |
| 40 - 44 | 74 | 2 | 28 | 5 | 109 |
| 45 - 49 | 18 | 0 | 12 | 1 | 31 |
| 50 - 54 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| TOTAL | 647 | 82 | 481 | 14 | 1224 |
| % | 53 | 7 | 39 | 1 | |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Nacional Roosevelt.

Un estudio realizado en 1198 en México reportó que el 75% de las pacientes vivía permanentemente con su pareja, en 1995 la Organización Mundial de la Salud en Guatemala publicó que el 87% de pacientes con diagnóstico de aborto eran unidas y en Amatitlán el 52% refirió vivir en unión consensual y 35% casadas. Datos similares se encontraron en este estudio, en donde el 92.2% de las pacientes están casadas o unidas, esto probablemente este relacionado con los principios religiosos que cada una profesa. i

En los países desarrollados que disponen de datos, las tasas de aborto son más elevadas en las solteras jóvenes que en las casadas de más edad. Lo contrario se encontró en este estudio, en que del total de pacientes, el 92% son casadas o unidas, encontrándose entre los 20 a 29 años de edad el 44%, dejando un porcentaje muy pequeño para las solteras jóvenes que son las más propensas a embarazos no deseados y por lo tanto a aumentar el índice de abortos provocados.

Tabla No. 4

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y OCUPACION DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT

| EDAD | AMA DE CASA | DOMESTICA | ESTUDIANTE | OTRA | Total |
|---------|-------------|-----------|------------|------|-------|
| 10 -14 | 3 | 2 | 2 | 0 | 7 |
| 15 - 19 | 177 | 8 | 9 | 2 | 196 |
| 20 - 24 | 272 | 9 | 2 | 7 | 290 |
| 25 - 29 | 240 | 2 | 1 | 1 | 244 |
| 30 - 34 | 179 | 1 | 0 | 1 | 181 |
| 35 - 39 | 142 | 1 | 0 | 2 | 145 |
| 40 - 44 | 105 | 0 | 0 | 1 | 106 |
| 45 - 49 | 31 | 0 | 0 | 0 | 31 |
| 50 - 54 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 1151 | 23 | 14 | 14 | 1202 |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Roosevelt.

El 94% de pacientes refirió ser ama de casa, predominando en todos los rangos de edad, datos similares se reportaron en 1998 en el Hospital General Aurelio Valdivieso de México y en 1995 la Organización Mundial de la Salud en Guatemala, Lo anterior podría explicarse porque el estudio se realizó en un hospital nacional, donde la mayoría de pacientes que acude es de escasos recursos y nivel de escolaridad bajo o nulo, asociado a que , lo común los hombres son los que se encargan de mantener el hogar trabajando en diferentes ocupaciones y la mujer es la que se dedica exclusivamente al cuidado del hogar y de los hijos.

Tabla No. 5

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y NUMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT

| EDAD | NUMERO DE GESTAS | | | | | | | | | TOTAL |
|---------|------------------|-----|-----|-----|----|----|----|----|------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8-15 | |
| 10 - 14 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| 15 - 19 | 104 | 48 | 22 | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 184 |
| 20 - 24 | 97 | 53 | 41 | 42 | 24 | 10 | 3 | 2 | 0 | 272 |
| 25 - 29 | 27 | 20 | 40 | 27 | 34 | 26 | 24 | 8 | 3 | 209 |
| 30 - 34 | 10 | 5 | 14 | 28 | 26 | 28 | 22 | 8 | 15 | 156 |
| 35 - 39 | 3 | 4 | 6 | 7 | 10 | 15 | 18 | 10 | 48 | 121 |
| 40 - 44 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3 | 2 | 5 | 66 | 83 |
| 45 - 49 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 19 | 26 |
| 50 - 54 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | 248 | 131 | 124 | 114 | 98 | 83 | 73 | 34 | 154 | 1059 |
| % | 20 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 3 | 13 | |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Roosevelt

El 20% de las pacientes no ha estado embarazada antes, el 30% ha tenido entre una y tres gestas, 30% entre cuatro y nueve y el 8% diez o mas gestas. Se obtuvo una media de 3.6 gestas por mujer y una desviación estándar de +/- 3.5 gestas. Datos similares se encontraron en Guatemala, Suchitepéquez y Quetzaltenango en 1995 donde la OMS publicó que el 24.8% eran primigestas, y en Amatitlán en 1996 se reportó que el 21% de las pacientes eran primigestas y el 42% tenía antecedentes de 4 o más gestas.

Del total de pacientes con diagnóstico de aborto que se encontraban entre los 10-19 años el 6% había tenido ente uno y tres embarazos y el 0.25% más de tres, de los 20 a 39 años el 23% había tenido entre una y tres gestas y el 27% más de tres, y de los 40 a los 54 años el 9% tenía antecedente de más de 3 gestas; las mujeres resultan embarazadas durante el período de mayor riesgo obstétrico, es decir, antes de los 20 años y después de los 35, asociado a período intergenésico corto; lo cual lleva a mayor incidencia de aborto.

Tabla No. 6

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y NUMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT

| EDAD | NUMERO DE PARTOS | | | | | | | | | TOTAL |
|---------|------------------|-----|------|----|-----|----|----|----|-----|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | >7 | |
| 10 - 14 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 15 - 19 | 123 | 48 | 10 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 183 |
| 20 - 24 | 116 | 59 | 50 | 25 | 16 | 4 | 0 | 0 | 0 | 270 |
| 25 - 29 | 37 | 29 | 44 | 32 | 35 | 16 | 11 | 2 | 2 | 208 |
| 30 - 34 | 11 | 9 | 30 | 25 | 30 | 23 | 16 | 6 | 5 | 155 |
| 35 - 39 | 7 | 6 | 6 | 10 | 13 | 24 | 14 | 9 | 32 | 121 |
| 40 - 44 | 1 | 0 | 2 | 4 | 3 | 5 | 7 | 7 | 55 | 84 |
| 45 - 49 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 17 | 26 |
| 50 - 54 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 302 | 152 | 142 | 96 | 102 | 72 | 49 | 27 | 113 | 1055 |
| % | 25 | 12 | 11.6 | 8 | 8.3 | 6 | 4 | 2 | 9 | |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Roosevelt.

Del total de expedientes clínicos revisados, el 14% no contaba con el antecedente de partos.

El 25.3% refirió ser nulípara, el 32.6% entre uno y tres partos, y el 30.8% más de tres partos; los datos se relacionan con lo reportado en Amatlán en donde el 29% eran nulíparas y el 59% pequeñas multíparas.

Aunque no se conoce la edad de las mujeres al momento de los partos, llama la atención que:

Del total de pacientes que se encuentra entre los 15 y 19 años el 4% tiene el antecedente de por lo menos un parto, lo cual puede indicar que las mujeres empiezan su vida reproductiva demasiado pronto.

* De las mujeres entre los 20 y 34 años el 14% ha tenido más de tres partos.

* De las mujeres de 35 a 49 años el 8.5% ha tenido más de siete partos.

El número de partos está íntimamente relacionado con la edad, es decir que entre más joven es la persona menos antecedentes de partos tendrá y estos aumentan conforme aumenta la edad.

Tabla No. 7
**DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y NUMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT**

| EDAD | NUMERO DE ABORTOS | | | | | | | Total |
|---------|-------------------|----|----|-----|------|------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 13 | 14 | |
| 10 – 14 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 15 – 19 | 24 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| 20 – 24 | 56 | 12 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 72 |
| 25 – 29 | 45 | 19 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 72 |
| 30 – 34 | 42 | 14 | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 | 65 |
| 35 – 39 | 21 | 19 | 8 | 4 | 2 | 1 | 1 | 56 |
| 40 – 44 | 23 | 17 | 10 | 5 | 1 | 0 | 0 | 56 |
| 45 – 49 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| 50 – 54 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 216 | 91 | 38 | 18 | 3 | 1 | 1 | 368 |
| % | 18 | 7 | 3 | 1.5 | 0.25 | 0.08 | 0.08 | |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Roosevelt.

De las pacientes con antecedentes de aborto, más de la mitad (15%) se encuentra entre los 20 y 34 años con uno o dos abortos. Llama la atención que una paciente menor de 15 años ha tenido dos abortos, debido principal y como ya se dijo anteriormente al inicio de las relaciones sexuales tempranas; y dos pacientes entre 35 y 39 años han tenido 13 y 14 abortos, lo cual puede indicar que no se les ha brindado la atención necesaria, es decir, no se ha estudiado la causa, ni se les ha brindado un buen plan educacional para evitar que esto suceda.

Del total de pacientes con antecedentes de aborto el 25% presentó uno o dos abortos anteriores, el 4.75% entre 3 y 5 abortos, lo cual evidencia que pacientes con antecedentes de aborto tienen un mayor riesgo de culminar la siguiente gesta en aborto, ya que en la mayoría de los casos no se logra determinar la etiología. Es importante recordar que “La probabilidad de llevar a término un embarazo es de 85% luego de un aborto y se reduce a 70% luego de un segundo aborto”.

Tabla No. 8

EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT

| EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS | NUMERO | PORCENTAJE |
|-----------------------------|--------|------------|
| 5 – 8 | 197 | 16 |
| 9 – 12 | 222 | 18 |
| 13 – 16 | 53 | 4.4 |
| 17 – 20 | 34 | 3 |
| 21 – 24 | 12 | 1 |
| 25 – 28 | 4 | 0.3 |
| Sin Información | 702 | 57.3 |
| TOTAL | 1224 | 100 |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Roosevelt

Algunos estudios indican que casi el 75 % de abortos ocurren en el segundo y tercer mes de embarazo, lo cual se relaciona con los datos obtenidos en Jutiapa en donde, de los 522 registros que contaban con el dato, el 80.25 % ocurrió en el primer trimestre, calculándose una media de 10 semanas y una desviación estándar de 4.

De acuerdo a las semanas de gestación el aborto ha sido clasificado por la organización Mundial de la salud en precoz, correspondiendo en este estudio al 34% y en tardío con el 7.4%; y según otros autores en aborto ovular (16%), embrionario (22.4%) y fetal (3%). Teniendo en cuenta que estas clasificaciones toman como aborto hasta las 20 semanas y en Guatemala hasta las 28, esto debido a que en nuestro medio no se cuenta con los recursos mínimos necesarios para la atención de los neonatos antes de este período, por lo que la esperanza de vida es mínima, atreviéndonos a decir que podría ser nula.

Tabla No. 9

**TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO,
INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSEVELT**

| TRATAMIENTO | NUMERO | % |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| FARMACOLÓGICO | | |
| Antibióticos | 75 | 6.14 |
| Reposición L/E | 77 | 6.31 |
| Antibióticos/reposición L/E | 18 | 1.48 |
| Otros | 18 | 1.48 |
| TOTAL | 188 | 15.4 |
| LEGRADO | | |
| Instrumental intrauterino (LIU) | 1208 | 98.7 |
| Aspiración Manual endouterina (AMEU) | 1 | 0.1 |
| TOTAL | 1209 | 98.8 |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Roosevelt.

De las 1224 pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto al hospital Roosevelt, el 84.6 % no recibió tratamiento farmacológico, y de este mismo total de pacientes únicamente al 1.2 % no se le realizó legrado.

El tratamiento farmacológico más utilizado fue la reposición de líquidos y electrolitos, los antibióticos, o ambos (13.93%).

Hay que tomar en cuenta que de las 1224 pacientes el 14.3% recibió tratamiento combinado (farmacológico y legrado) y solamente el 0.16% no recibió ningún tipo de tratamiento.

En muchos países subdesarrollados el LIU sigue siendo la técnica estándar o de elección para el manejo del aborto, sin embargo las investigaciones recientes muestran que el AMEU es más efectivo ya que la paciente se recupera más rápido, puede salir más pronto del establecimiento de salud y reduce el riesgo de una de las complicaciones más temidas del LIU, "la perforación uterina".

Tabla No. 10
**TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON
 DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSVELT**

| TIPO DE ABORTO | TRATAMIENTO | | | | | | | |
|----------------|---------------|------|------|------|---------|------|----|------|
| | FARMACOLOGICO | | | | LEGRADO | | | |
| | SI | % | NO | % | SI | % | NO | % |
| Completo | 17 | 1.4 | 9 | 0.7 | 12 | 1 | 14 | 1.1 |
| Diferido | 10 | 0.8 | 25 | 2 | 38 | 3 | 0 | |
| Incompleto | 104 | 8 | 971 | 79 | 1075 | 88 | 0 | |
| Inevitable | 7 | 0.6 | 20 | 1.7 | 26 | 2 | 1 | 0.01 |
| Molar | 1 | 0.08 | 3 | 0.25 | 4 | 0.3 | 0 | |
| Provocado | 1 | 0.08 | 0 | | 1 | 0.08 | 0 | |
| Séptico | 48 | 4 | 8 | 0.6 | 56 | 4.5 | 0 | |
| TOTAL | 188 | 15 | 1036 | 85 | 1209 | 98.8 | 15 | 1.2 |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Nacional de Roosevelt.

El aborto séptico siempre debe recibir antibioticoterapia para eliminar los microorganismos patógenos; en el hospital Roosevelt según la información en los registros clínicos, únicamente el 87% del total de abortos sépticos recibió tratamiento farmacológico. El aborto completo generalmente no se trata ya que se ha eliminado en su totalidad el producto, pero en este estudio el 68% de los casos con aborto completo recibió tratamiento farmacológico (5.9% con antibióticos 94.1% reposición L/E) Y al 48% se le realizó AMEU. (27)

El legrado instrumental uterino (LIU) sigue siendo la técnica de elección en el manejo del aborto, esto coincide con los datos obtenidos en nuestro estudio, en donde del total de casos con diagnóstico de aborto se utilizó en el 98.8% el AMEU como tratamiento, de estos el 99.9% fue (AMEU).

Tabla No. 11

COMPLICACION Y TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL ROOSVELT

| COMPLICACION | NUMERO | TRATAMIENTO | NUMERO |
|--------------|--------|------------------------------|--------|
| RASGADURA | 1 | SUTURA | 1 |
| ENDOMETRITIS | 1 | ANTIBIOTICOS | 1 |
| HEMORRAGIA | 4 | TRANSFUSION | 6 |
| | | TRANSFUSION Y REPOSICION L/E | 6 |
| TOTAL | 6 | TOTAL | 14 |

FUENTE: Registros Clínicos. Departamento de estadística Hospital Nacional de Roosevelt.

Es importante tener en cuenta que las complicaciones por aborto son las responsables de casi el 15% de las muertes maternas que ocurren cada año, y que las mujeres que viven en un país en desarrollo están expuestas a riesgos mayores cuando tienen que recurrir a los servicios de un abortista empírico e inexperto, que cuando tienen acceso a atención profesional y sobre todo en condiciones higiénicas. Las principales complicaciones publicadas son: shock, lesión intra abdominal y sepsis. (15, 18, 21)

En el presente estudio, del total de pacientes con diagnóstico de aborto ingresadas al hospital Roosevelt, 6 pacientes (0.5%) presentaron alguna complicación y la que más frecuentemente se presentó fue la hemorragia, desconociéndose la causa de esta. Como se observa en el cuadro anterior cada complicación fue tratada.

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

El aborto en Latinoamérica constituye la segunda causa de muerte materna y ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de la salud materna. (8)

El aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y su aceptación o repudio depende de las ideas sociales, éticas, morales, religiosas y legales de las distintas sociedades en que se da y varía en las distintas partes del mundo y época. Es un problema social que constituye una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y una carga económica alta en todos los servicios hospitalarios. En Guatemala según la OPS el aborto es la causa primordial de mortalidad materna. (19, 17)

En términos generales podemos definir aborto como la interrupción espontánea o provocada del producto de la concepción, antes que esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir fuera del vientre materno. Generalmente antes de las 20 semanas de gestación o según la Organización Mundial de la Salud cuando el producto pese menos de 500 gramos. (1).

Este puede ser catalogado como aborto inducido o aborto espontáneo, siendo el primero el que produce mayor número de complicaciones, dentro de las cuales la mortalidad materna es la más grave. (6)

Para los provocados no hay un dato exacto ya que se practican clandestinamente por lo que hay un subregistro, pero se han calculado alrededor de 20-30 millones de abortos legales y de 10 a 20 millones practicados ilegalmente a nivel mundial.

El problema del aborto es alto y ocupa la tercera causa de mortalidad materna a nivel mundial y la primera en Guatemala. En nuestro Hospital Roosevelt no existe información específica y actual donde se reporte con exactitud la incidencia del aborto, los datos generales de las mujeres con dicho diagnóstico (edad, grupo étnico, estado civil, religión, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia) características gineco-obstétricas (número de gestas, partos, abortos, cesáreas, hijos nacidos vivos e hijos nacidos muertos), días promedio de estancia hospitalaria, tipo más frecuente de aborto, manejo, tratamiento y las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia; como también el seguimiento de la paciente. Por lo que el presente trabajo será llevado a cabo en el Hospital Roosevelt y formará parte de un estudio a nivel nacional. (3,4)

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 De las características generales de las mujeres que fueron atendidas por aborto, se puede decir que el grupo etareo mayormente afectado es de los 20 a 29 años de edad con un 44%, con tendencia a disminuir conforme aumenta la edad; el 73% de las pacientes profesa una religión; el 94.4% es ama de casa; el 92.2% tienen una relación.
- 6.1.2 Entre las características gineco-obstétricas el 38% tiene antecedente de más de tres gestas, el 30% más de tres partos Y el 30% algún aborto previo.
- 6.1.3 El tipo de aborto más frecuentemente reportado fue el aborto incompleto con un 88%, seguido del séptico con 5%.
- 6.1.4 El tratamiento más utilizado fue el legrado (98.8%), de estos el 98.72% fue la aspiración endouterina (AMEU) y el 0.08% legrado endouterina (LIU).
- 6.1.5 Seis pacientes presentaron alguna complicación y la que más frecuentemente se presentó fue la hemorragia, desconociéndose la causa de esta.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Establecer servicios de información y/o consejería a toda la población femenina y sobre todo a la joven a fin de prolongar el inicio de las relaciones sexuales y evitar embarazos que puedan culminar en abortos.
- 6.2.2 Capacitar al personal encargado de anotar la información de cada paciente que ingresa y es atendida en el hospital, sobre la importancia de la calidad de los datos “claros y completos”, para poder ser utilizados en estudios posteriores y que esto no constituya un factor limitante.
- 6.2.3 Evaluar la realización de legrado por aspiración manual endouterina (AMEU) por las ventajas que este tiene, y así capacitar continuamente al personal y equipar al departamento de Gineco-obstetricia con el instrumental necesario para este procedimiento.
- 6.2.3 Brindar consejería sobre planificación familiar, especialmente en el período post aborto, aprovechando el momento de más alta motivación, producto de la experiencia recién vivida y así prevenir que esto ocurra nuevamente; ya que estos servicios ofrecen a toda mujer la oportunidad de determinar el número de hijos que desea tener y el espacio entre cada uno de ellos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Schwarcz, R. et al. Aborto. En Obstetricia. 5ta. Buenos Aires: El Ateneo, 1997 pp175-180
- 2) Cascante E, J et al. Morbilidad materna en Centro América. El aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología 1995;5(1): 8-12.
- 3) Grajales, L. et al. EL costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Remón. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. Guatemala, 1997 enero-abril; 7(1):33-37.
- 4) Leonel Briozzo¹, Gonzalo Vidiella², Beatriz Vidarte³, Gustavo Ferrerio⁴. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Rev Med Uruguay 2002 18: 4-13
[www. Scielo.edu-uy/pdf/v18n1a02.pdf](http://www.Scielo.edu-uy/pdf/v18n1a02.pdf)
- 5) Silva, Sergio et al. Bacteriología del aborto séptico en una comunidad sub-urbana. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile, 1996; 61(1):22-27.
- 6) Flores, Haydeé et al. Importancia de la planificación familiar para jóvenes, en el período post-aborto. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1998 mayo-agosto; 8(2):29-32
- 7) Cuninham F, Gary. Et al. Obstetricia Williams. Aborto. 22a. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 231-247-
- 8) Estebeni Baltra E. a, Tomás de Mayo G. a, María de los Ángeles Rojas G. a, José Antonio Arraztoa V. tiempo recomendado para una nueva concepción post aborto espontáneo rev chil obstet ginecol 2008; 73(2): 79-84
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext...
- 9) Diana Lara, Sandra García, Jennifer, Hugo Martínez . El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de Mexico. Gaceta Médica de México, Julio-Agosto 2003 volumen 139 www.imbiomed.com/./articulos.php?
- 10) Diana Lara, Sandra García, Jennifer, Hugo Martínez . El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de Mexico. Gaceta Médica de México, Julio-Agosto 2003 volumen 139 www.imbiomed.com/./articulos.php?
Evelio Cabezas-García, Ana Langer-Glass, Perfil sociodemográfico del aborto inducido Salud Pública de México/ Vol. 40 No 3 pags. 265 – 270. .
www.scielosp.org/scielo.php?script=sci...pid

11) Dalia Szulik, Mónica Gogna, Mónica Petracci. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. Publica Mex 2008;50:32-39. www.scielosp.org/pdf/spm/v50n1/a09v50n1.pdf

12) Facultad de ciencias médicas "Miguel Enriquez" Algunos Aspectos Históricos Del Aborto Rev. Cuba Obstet Ginecol 2020;28(2): 128-133-

13) Vitelio Velasco-Murillo, Eduardo Navarrete-Hernández Págs. El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública. Mortalidad Materna En El Instituto Mexicano Del Seguro Social 1992-2000 Gaceta Médica de México Volumen 139; Suplemento 1; Julio-Agosto 2003 Academia Nacional de Cuba Salud Pública 2003;29(2):183-87 www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista. Medicina de México, A.C S 17-S 21 www.imbiomed.com/1/1/articulos.php

14) Libertad Martín Alfonso y Zuñilda Reyes Díaz conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia, un enfoque integral de promoción de salud.

15) Fátima Juárez, Susheela Singh, Sandra G. García y Claudia Díaz Olavarrieta estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006? Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva Número especial de 2009, págs. 4-14 www.guttmacher.org/pubs/journals/3500409S.pdf

16) Pío I. Gómez-Sánchez¹, Inés Escandón² y Hernando Gaitán-Duarte¹ Evaluación de la Atención Integral al Pos-aborto en 13 Hospitales de Colombia Rev. Salud pública. 9 (2) 241-252, 2007 www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a08.pdf -

17) Elena Prada y Edgar Kestler Aborto Inducido y Embarazo No Planeado En Guatemala año 2003-2006 www.infomed.com

18) Dr. Edgar Kestler. El aborto en la región de centro América Octubre 2008.

19) "Ana Betancourt de Mora", Camagüey embarazo en la adolescencia. incidencia, riesgos y complicaciones Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-88 www.obgyn.net/displayarticle.asp?

20) Dr. José Francisco Cascante E; Dr. Edgar Kestler; Dr. Douglas Jarquín G.; Dra. Eliete Jirón G.; Dra. Ligia Altamirano; Dr. Oscar Carazo C.; Dra. Magalli Moreno de Zevallos Págs. 8 – 12 morbilidad materna en centroamérica: el aborto revcog vol. 5, No.1 1995

21) Lic. Biverly Grajales L.; Ing. Amarilis O. De León H el costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Remon, 1990 Revcog Vol. 7 No.1 1997 Págs. 33 – 37

22) .Carbonell,1 L. Varela,2 A. Velazco,3 R. Tanda4 y C. Sánchez4 misoprostol vaginal para el aborto del segundo trimestre temprano Rev Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(1):28-35

www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26.../gin05100.htm

23)vitelio velasco-murillo,* eduardo navarrete-hernández* el embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública mortalidad materna en el instituto mexicano del seguro social 1992-2001 gac méd méx vol.139, suplemento no. 1, 2003 mg

24)Dr. Sigfrido Valdés Dacal,1 Dr. John Essien,2 Dra. Jessica Bardales Mitac,3 Dra. Daymi Saavedra Moredo2 y Dra. Edith Bardales Mitac4 Embarazo En La Adolescencia. Incidencia, Riesgos Y Complicaciones Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RESPONSABLE: **NESTOR SOLARES.**
HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA

“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO”
Boleta de recolección de información

No. de Registro Hospitalario _____ Departamento _____ Fecha de atención __/__/__

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

1. Edad: _____ años

<15

16 – 20

21 _ 25

2. ANALFABETA SI NO

3. Grado de Escolaridad

Primaria

Secundaria

Universidad

4. Grupo étnico

Indígena

No indígena

5. Extranjeras _____

6. Estado civil:

Casada

Soltera

Unida

Divorciada

7. Ocupación

Ama Casa

Estudiante

Agricultura

Comerciante

8. Religión:

Católica

Otras

9. procedencia:

Rural

Urbano

10. Trabajo

Público

Privado

Salario < 1200

> 1200

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

11. No. de Gestas Primigesta Secundigesta Multípara

12. No. de abortos _____

13. PES PDS

14. No. de hijos vivos 1 – 2 2 – 4 >5

ABORTO:

15. Edad gestacional _____ semanas.

16. Tipo de aborto: Espontáneo

Diferido

Séptico

Inevitable

Incompleto

Habitual

17. Tratamiento Médico

* Farmacológico: Antibióticos
Reposición de líquidos/electrolitos
Transfusiones
Analgésicos
Sedantes

* Quirúrgico

Legrado: LIU

AMEU

18. Hubo complicaciones: SI
NO

19. Complicaciones del aborto registradas

Rasgadura
Perforación
Endometritis
Peritonitis
Septicemia
Shock séptico
Salpingooforitis
No dato

20. Tratamiento de las complicaciones:

Laparotomía
Corrección de perforación
Sutura de rasgadura

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “ **CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y TRATAMIENTO DE LA PACIENTE POST ABORTO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2011.**” para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.