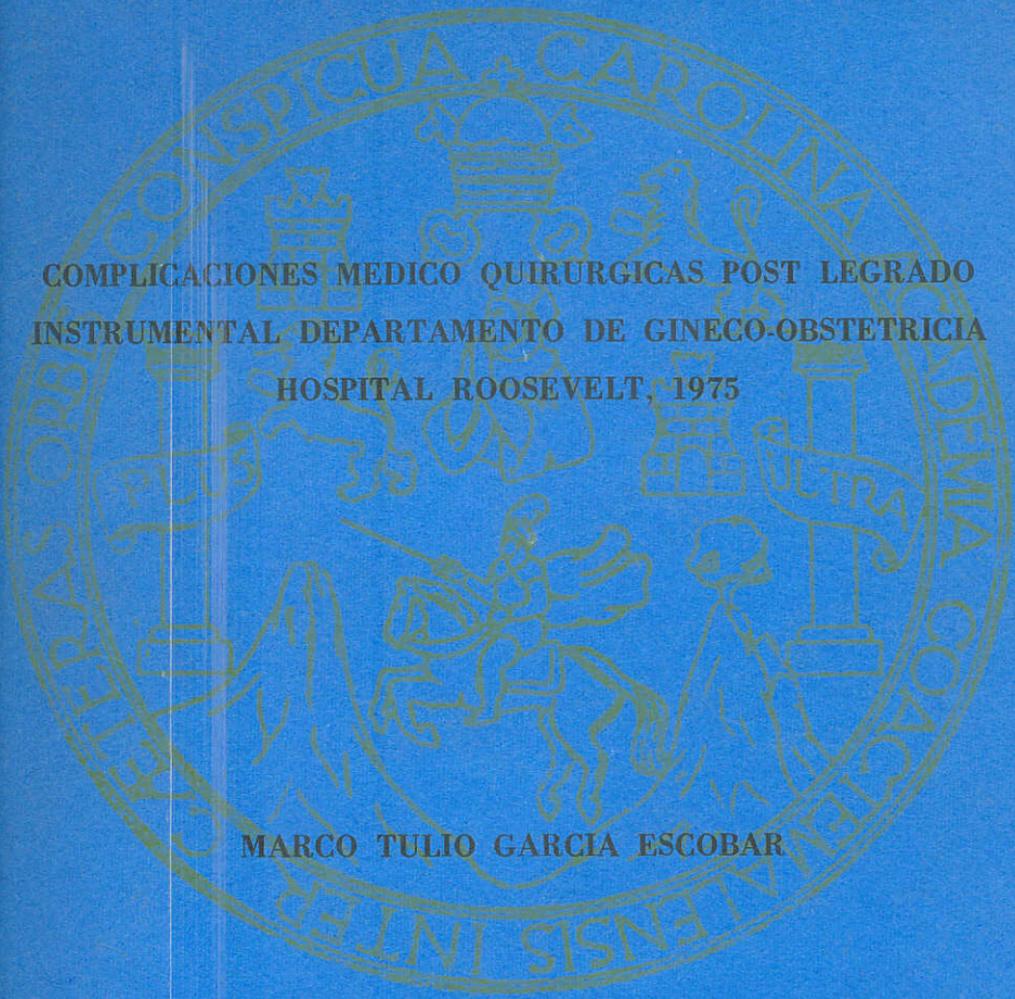


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



COMPLICACIONES MEDICO QUIRURGICAS POST LEGRADO
INSTRUMENTAL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL ROOSEVELT, 1975

MARCO TULIO GARCIA ESCOBAR

GUATEMALA, MAYO DE 1978

I N D I C E

- 1. INTRODUCCION**
- 2. JUSTIFICACION**
- 3. OBJETIVOS**
- 4. ANTECEDENTES**
- 5. HIPOTESIS**
- 6. MATERIAL Y METODOS**
- 7. DEFINICION DE CONCEPTOS**
- 8. ANALISIS Y DISCUSION**
- 9. CONCLUSIONES**
- 10. RECOMENDACIONES**
- 11. BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

Después de haber efectuado mis prácticas correspondientes a externado e internado hospitalario en el Hospital Roosevelt, y haber estado en el Departamento de Gineco-Obstetricia, me dí cuenta de la numerosa cantidad de procedimientos quirúrgicos que se efectúan en dicho departamento debido a la numerosa demanda de atención médica que cubre este hospital.

Fue durante mi internado en el Departamento de Obstetricia, que tuve la oportunidad de efectuar Legrados Uterinos Instrumentales por aborto incompleto, así como seguir la evolución de dichas pacientes intrahospitalariamente, también me dí cuenta de diversas complicaciones que podían presentar estas pacientes, principalmente si dichas pacientes habían referido manipulación previa por comadrona.

Asimismo, es de nuestro conocimiento que la gran mayoría de las pacientes que acuden a nuestros hospitales nacionales, son de escasos recursos económicos, lo cual como es lógico pensar, les impide satisfacer muchas de sus primordiales necesidades, máxime si la familia es numerosa, por lo cual en ocasiones se ven impulsadas cuando presentan un embarazo, a acudir con la comadrona para que les provoque un aborto el cual es realizado como es de esperar, en malas condiciones de asepsia y quien sabe con qué técnica.

Muy pocas veces se logra determinar con certeza si hubo o no manipulación, ya que las pacientes no aceptan que previamente fueran vistas por comadrona, por temor como es de suponer, al castigo que la ley da al que comete este delito.

Motivado de esta manera, decidí efectuar un estudio sobre las complicaciones aparecidas post aborto, tomando como universo a aquellas pacientes a quienes se les había efectuado Legrado Uterino Instrumental, durante el año de 1975. Asimismo, incluyo

en forma separada, lo concerniente al servicio privado, que aunque son pocos, pueden darnos una pequeña visión del problema a ese nivel.

Esperando que este estudio nos ayude a analizar los diversos factores que influyen en el apareamiento de dichas complicaciones, y así tener un criterio más amplio con respecto al problema, y con el deseo de que con este aporte, se logre disminuir la morbilidad materna post Legrado Uterino en el Hospital Roosevelt.

JUSTIFICACION

Las complicaciones graves del aborto, están por lo general asociadas al aborto ilegal. En el aborto espontáneo también se han encontrado ocasionalmente casos de hemorragia grave, sepsis, insuficiencia renal aguda y de choque bacteriano (9).

La incidencia del aborto ilegal, es por razones obvias, desconocida, pero se sospecha que es en extremo elevada, considerando que en nuestro medio es una forma de impedir el aumento de los innumerables problemas que significa para una familia de escasos recursos económicos, el tener muchos hijos. Es posible formarse alguna idea de la magnitud del problema, haciendo un estudio retrospectivo, respecto a las complicaciones post aborto en un hospital nacional, tomando como universo a las pacientes a quienes se les realizó Legrado Instrumental.

Asimismo, la razón de este estudio es analizar los diferentes factores que en una u otra forma influyen para el apareamiento de dichas complicaciones.

OBJETIVOS

1. De la Facultad de Ciencias Médicas:
 - a. Brindar la oportunidad a los futuros profesionales, de poner en práctica lo aprendido a lo largo del curriculum de estudios de la Facultad, en lo que específicamente se refiere a Investigación Científica.
 - b. Fomentar la adquisición de habilidades, conocimientos y actitudes favorables al desarrollo de la investigación científica como elemento esencial para una práctica profesional responsable y objetiva.
 - c. Cumplir con lo establecido en los fines de la Universidad de San Carlos, de investigar, interpretar y denunciar la problemática general del país.
 - d. Cumplir con el Artículo 110 de los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y regulado por el Reglamento de Tesis de Graduación de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas.

2. Del Trabajo de Investigación
 - a. Establecer las principales complicaciones que se presentan en las pacientes con aborto incompleto, y son atendidas en la Maternidad del Hospital Roosevelt.
 - b. Analizar los múltiples factores asociados al apareamiento de dichas complicaciones.
 - c. Tratar de establecer posibles medidas aplicables para disminuir la incidencia de complicaciones.

- d. Establecer los principales procedimientos quirúrgicos que se efectúan en la resolución de las complicaciones.

ANTECEDENTES

Como todo trabajo de investigación, para la realización del presente investigué algunos trabajos previos relacionados en alguna forma con el tema a investigar, encontrando únicamente los siguientes:

1. Un estudio sobre Aborto Séptico, Hospital Roosevelt, año 1971-1972. En este estudio sólo se tomaron en cuenta los abortos sépticos (10).
2. Estudio sobre Incidencia de Aborto y sus complicaciones, revisión de dos meses año 1970 (18).
3. Estudio sobre Muerte Materna Post Aborto, Hospital Roosevelt, revisión de 4 años (19).

Todos estos estudios son tesis de grado, los cuales difieren del presente trabajo ya que se tomaron diferentes variables, así como diferentes períodos de tiempo.

HIPOTESIS

1. Las complicaciones médico quirúrgicas post legrado uterino instrumental en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt por aborto incompleto, son comparables a las encontradas en hospitales de otros países.
2. Las complicaciones más graves ocurren en pacientes a quienes se les diagnosticó aborto incompleto séptico.
3. La mayoría de complicaciones ocurren en pacientes multíparas.
4. La mayoría de complicaciones ocurren en pacientes cuyo embarazo es mayor de 9 semanas.
5. En muy pocos casos se logra determinar con certeza, si hubo manipulación por comadrona.

MATERIAL Y METODOS

1. Material:

- a. Libro de anotaciones de abortos, proporcionado por el Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt, correspondiente al año de 1975.
- b. Libro de Operaciones de la sala de Labor y Partos, correspondiente al año de 1975.
- c. Historias Clínicas proporcionadas por el Departamento de Registros Medicos.
- d. Hojas para tabular, papel bond, regla, lápiz, etc.

2. Métodos:

- a. Anotación de los nombres y registros médicos de las pacientes a quienes se les efectuó legrado uterino instrumental, por aborto incompleto durante el año de 1975.
- b. Revisión de las historias clínicas, detectando quienes tuvieron alguna complicación.
- c. Tabulación de los datos, poniendo énfasis en factores causales o condicionantes, tales como edad, antecedentes obstétricos, tipo de aborto, complicaciones aparecidas, tratamiento, etc.

DEFINICION DE CONCEPTOS

ABORTO

En términos generales, podemos decir que, aborto es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, antes de serle posible sobrevivir fuera del claustro materno, o sea antes de la 28 semana del embarazo (9, 14). Por otro lado, nuestro Código Penal, define el aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez (6).

CLASIFICACION

A. ABORTO ESPONTANEO

Son los que se producen sin intervención de circunstancias que artificialmente interfieren en la evolución de la gestación. Se dice que el 10o/o de los embarazos terminan en aborto espontáneo.

B. ABORTO PROVOCADO

Aquellos en los que se induce premeditadamente al cese del embarazo (aborto intencional), pudiendo subdividirse a su vez en aborto terapéutico y aborto ilegal o criminal. Nuestro Código Penal define el aborto terapéutico, "como aquel practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, y si se realiza sin la 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 científicos y técnicos" (6).

ETIOLOGIA DEL ABORTO ESPONTANEO

Durante los primeros meses del embarazo la expulsión espontánea del huevo está precedida, casi siempre, por la muerte del feto. Por esta razón, las consideraciones etiológicas del aborto precoz comprenden la dilucidación de la causa de la muerte fetal. En los meses últimos, por el contrario, a menudo el feto nace vivo, por lo cual su expulsión tiene que atribuirse a otras causas. La muerte fetal puede ser debida a anomalías del huevo propiamente dicho o del aparato reproductor, o a una enfermedad general de la madre y, a veces del padre. A continuación describimos las diferentes causas del aborto espontáneo.

1.— Desarrollo anormal: La causa más frecuente de muerte fetal consiste en una anomalía del desarrollo, incompatible con la vida. La incidencia de huevos anormales entre los abortos espontáneos disminuye ostensiblemente desde el primero al cuarto mes de la gestación. La causa de tales anomalías en los seres humanos es todavía desconocida, pero si se razona a partir de la teratología experimental, parece probable que existan dos grupos principales de factores: anomalías en los estadios más precoces de la segmentación del óvulo y alteraciones en el medio que lo rodea. En el caso de los fetos patológicos, se ha encontrado que el término medio del tiempo de expulsión es de 10.2 semanas en términos de edad menstrual. Casi siempre el feto lleva muerto, por término medio unas seis semanas antes que se haya completado el aborto (9).

Son muchos los factores que afectan tanto al medio intrauterino como al embrión. Algunos de ellos, tales como las radiaciones, los virus y los factores químicos, son bien conocidos. Dado que estos factores pueden producir también malformaciones congénitas, se les llama teratógenos. No obstante, si estos factores ejercen su acción en un momento determinado y a una concentración particular, es posible que provoquen el aborto, ya sea por acción directa sobre el embrión, ya porque se altera su

constitución cromosómica. A esto se debe que sea difícil, a menudo, atribuir la causa del aborto sólo a factores hereditarios o ambientales.

2.— Anomalías de la Placenta. Más avanzado el embarazo, probablemente a partir de la semana 20, ciertas anomalías placentarias causan, a veces aborto, aunque más a menudo dan lugar a un parto prematuro. En las vellosidades puede presentarse endoarteritis, sin relación con la sífilis, e interferir el intercambio placentario de modo que cause la muerte fetal. En caso de grandes infartos puede ocurrir que se destruya una cantidad tan grande de tejido placentario que éste deje de ser adecuado para responder a las necesidades fetales.

3.— Enfermedades maternas. Entre las que podemos mencionar:

A. Infecciones agudas: Las infecciones agudas graves, a veces dan lugar a abortos si bien con más frecuencia tienden a producir partos prematuros. La malaria puede producir abortos a causa de la hipertemia, incidiendo en una mujer sin defensas o bien aunque rara vez, por afectación placentaria de lo cual puede ser afectado el feto, e incluso puede haber transmisión transplacentaria. Las toxinas procedentes de la madre pueden lesionar al feto o causar su muerte y expulsión.

B. Infecciones crónicas: Son muchas las enfermedades infecciosas crónicas de las que se ha sospechado que ocasionan aborto. En especial se ha mencionado a la *Listeria monocytógena*, el *Toxoplasma*, el virus de inclusión citomegálica. La sífilis fue al principio considerada como causa frecuente de aborto, pero en la actualidad se considera que la sífilis rara vez provoca aborto.

C. Enfermedades crónicas consuntivas: En la fase precoz del embarazo, enfermedades tales como la tuberculosis o la

carcinomatosis pueden producir aborto, pero la paciente muere a menudo sin haber dado a luz.

D. Alteraciones endocrinas: El aborto se atribuye a menudo a la deficiente cantidad de progesterona que secretan el cuerpo amarillo del embarazo o el trofoblasto. Puesto que la progesterona mantiene la decidua, su deficiencia relativa podría teóricamente interferir la nutrición del huevo, y así contribuir a su muerte. En algunos casos de aborto, pueden estar también implicados otros órganos endocrinos.

E. Laparotomía: El trauma que representa la laparatomía a veces provoca el aborto. Es también susceptible de provocarlo, de un modo especial, la peritonitis generalizada. Cuanto más próxima a los órganos pélvicos esté la herida quirúrgica, más fácil es que se produzca aborto. No obstante, en general, es posible extirpar los quistes ováricos y los miomas pediculados, durante el embarazo, sin interferir la gestación.

F. Anomalías de los órganos reproductores: Las anomalías locales y las enfermedades del aparato reproductor sólo raras veces son causa de aborto. La inflamación de los anexos, los tumores uterinos y la endocervicitis puede dar lugar a esterilidad, pero no obstante, no es frecuente que provoquen aborto.

Los desplazamientos no complicados del útero no son causa de aborto. No obstante, la incarceration uterina se acompaña, por lo general, de aborto a menos que el útero se extraiga de la pelvis. Ni siquiera los miomas uterinos grandes y múltiples producen necesariamente el aborto. A este respecto, es más importante la localización del mioma que el tamaño del mismo. Los tumores submucosos constituyen la variedad que, con más frecuencia, tiende a producir aborto. La mejor forma de juzgar el comportamiento de un mioma en el embarazo es permitir una prueba clínica (9).

Las lesiones del aparato reproductor que resultan importantes como causa de aborto son el cuello corto congénito y el que ha sido acortado mediante intervención quirúrgica, intervención que ha de evitarse siempre que sea posible durante los años fértiles. Los desgarros cervicales largos que han sido tratados inadecuadamente con ocasión del parto o que curan mal, pueden ser también causa de aborto tardío.

G. Trauma físico y psíquico: Tanto médicos como profanos buscan a menudo una explicación simple de los fenómenos médicos comunes. En el caso del aborto, relacionan a veces el accidente con un susto o quizá con una caída o un golpe reciente. Son múltiples los casos de traumatismos que no han causado ningún aborto y que suelen olvidarse. Sólo se recuerda el suceso particular que en apariencia, está relacionado temporalmente con el aborto. Un importante argumento contra el papel del trauma como causante del aborto espontáneo está basado en el factor tiempo. La mayoría de los abortos espontáneos se presentan una vez muerto el feto; si el trauma fuera la causa, no sería un accidente reciente sino, en general, uno que hubiera acaecido 6 semanas antes del aborto (9).

No obstante, en casos raros, los traumatismos físicos y emocionales pueden ser causa de abortos. En tales casos, probablemente el mecanismo incitante no es la muerte del feto, sino la perturbación de la circulación uterina hasta el punto que se produzca el desprendimiento de la placenta. Por lo tanto, ha de producirse hemorragia y aborto, poco tiempo después del trauma desencadenante. El producto de la concepción, tanto el feto como la placenta, no deberá demostrar señales de anomalía congénita o signos de muerte, anteriores al traumatismo. Además, el trabajo de probar que la causa del aborto es el traumatismo recae siempre en quien sostiene esta afirmación.

FORMAS CLINICAS DEL ABORTO

A. Amenaza de aborto: Es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza, porque en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa desacostumbrada, o sin ella, si el embarazo es de pocos días, y un útero con los ya conocidos caracteres gestacionales y de tamaño acorde con lo correspondiente al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma, ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

B. Aborto inminente: Esto no es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente (dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos).

C. Aborto inevitable: Al cuadro anterior se le agrega un elemento de juicio fundamental para el diagnóstico y el pronóstico del embarazo: comienza a producirse la dilatación del cuello uterino, fundamentalmente del orificio interno del mismo, con exageración de la sintomatología dolorosa y de la hemorragia. El cuerpo uterino puede palparse intermitentemente contraído; a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo.

D. Aborto en curso: Al cuadro anterior se le agrega pérdida de líquido amniótico, no siempre fácilmente visible, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con la emisión sanguínea genital, y aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado, que muchas veces no lo es en forma directa hacia el exterior, sino que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma, y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos formas que adopta en general el aborto a esta altura de su evolución, y que constituyen otras formas clínicas.

E. Aborto incompleto: Los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, permaneciendo ésta aún parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, como cuando se evacua por completo su contenido; el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

F. Aborto completo: En este caso el huevo ha sido expulsado espontánea y completamente del útero. Después de un acmé doloroso y hemorrágico, todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos, cesa completa o casi completamente la hemorragia, y se recuperan el tamaño y consistencia uterina previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, el que vuelve a presentar su forma normal.

G. Aborto diferido. Recibe este nombre al cuadro en el que, muerto el huevo intraútero (antes de la 28 semana de embarazo), por diversas razones no es expulsado al exterior, permaneciendo el útero por más de 6 semanas.

H. Aborto infectado o séptico: Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado con la rapidez indicada, y permanece durante muchas horas abierto el orificio interno del cuello uterino, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital, hacia la cavidad uterina; hasta donde también pueden arrastrarse bacterias patógenas, por la realización de maniobras llevadas a cabo en forma no aséptica. Pueden producirse en esta forma infecciones como: endocervicitis, endometritis, miometritis, parametritis, salpingitis aguda, pelviperitonitis, abscesos pélvicos, y en ocasiones shock séptico e incluso puede llevar a la muerte.

I. Aborto habitual: Es aquel que ocurre después de tres o más abortos consecutivos. Los factores etiológicos pueden clasificarse en dos grupos principales: 1. Células germinales

anormales, como anomalías del óvulo o del espermatozoide; y 2. medio materno defectuoso, como por ejemplo, disfunción tiroidea, déficit nutricional, alteraciones uterinas anatómicas, cérvix incompetente, sífilis, enfermedad vascular hipertensiva, incompatibilidad de grupos sanguíneos (9).

CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DEL ABORTO

Las complicaciones graves del aborto están por lo general asociadas al aborto ilegal. Así tenemos que en el Kings County Hospital (9), por ejemplo, el aborto representa un tercio de todas las muertes maternas, más o menos una proporción de 1.3 muertes por cada 1,000 abortos. En la ciudad de Nueva York antes de la liberación de la ley sobre el aborto, se demostró que la tasa de muertes debidas a aborto ilegal habían pasado del 1.6 al 3.1 muertes por 10,000 nacidos vivos (9).

Las complicaciones graves del aborto están relacionadas con la infección y con la hemorragia, y como de pronóstico muy letal la insuficiencia renal aguda y el choque bacteriano.

A. Infección: La infección que se da en el aborto se atribuye las más de las veces a microorganismos entéricos, en especial a bacterias del grupo E. Coli aerógeno. En la actualidad son menos frecuentes las infecciones causadas por estreptococos hemolíticos, estafilococos y Clostridium. Lo más corriente es que la infección quede limitada al útero en forma de endometritis. No son raras, las parametritis y las peritonitis. La infección se trata mejor evacuando con rapidez los productos de la concepción, y dando antibióticos de amplio espectro, a dosis que dependerán de la gravedad del cuadro. Cuando la infección se hace crónica, con la formación de un absceso pélvico, puede esperarse que se presente un estado de enfermedad largo y debilitante. En general, si se puede conseguir la evacuación de estos abscesos por vía vaginal, este es el tratamiento de elección. Si bien, en algunos casos, será necesario intervenir por vía abdominal extirpando el

absceso junto con el útero, las trompas y los ovarios. Por otro lado hay estudios en los que se ha demostrado que el ser intervencionistas en un período más corto, en casos de aborto séptico, y que no responde al tratamiento médico, ha logrado disminuir notablemente la mortalidad materna.

B. Hemorragia: Es raro en extremo que sobrevenga una hemorragia fatal debida a un aborto, por lo menos en la práctica hospitalaria, aunque las pacientes a menudo ingresan con grados extremos de pérdida sanguínea. El tratamiento se efectúa a base de transfusiones y con la evacuación del útero.

C. Choque bacteriano endotóxico: La bacteriemia, provocada casi siempre por E. Coli, pero también por otras bacterias Gram-negativas y por anaerobios, algunas veces da lugar a un choque grave, el cual a menudo es fatal. Este choque, afortunadamente raro, se relaciona en la mayoría de los casos, con el aborto provocado, si bien puede darse a consecuencia de una infección del aparato genitourinario en cualquier momento del embarazo o del puerperio. El transtorno no se observa únicamente en obstetricia, sino que se da en una amplia variedad de infecciones postoperatorias, en especial urológicas. El choque endotóxico complica entre el 0.1 al 0.2o/o de los abortos y la tasa de mortalidad alcanza al 50 al 70o/o dependiendo de la gravedad del proceso y del grado de afectación renal (9).

D. Insuficiencia Renal: La insuficiencia renal aguda y la crónica que pueden presentarse en el aborto, derivan de la infección. Pero es posible que también se deba, aunque raras veces, a la acción de los compuestos tóxicos empleados para provocar el aborto, como por ejemplo el jabón, etc. Es de la mayor importancia diagnosticar precozmente esta complicación de carácter grave.

E. Perforación Uterina: No es rara la perforación accidental del útero durante una dilatación o legrado. En general

es fácil reconocerla, ya que el instrumento pasa sin dificultad más allá de lo que podría hacerlo de no haberse producido la perforación. Puede bastar la observación, si el orificio en el útero es pequeño como bien puede suceder, si ha sido causado por una sonda o un dilatador de pequeño calibre.

La perforación producida con motivo de un aborto provocado criminal, constituye un problema bastante distinto. En estas pacientes el desgarro puede ser grande y afectar a una porción vascular del útero e incluso al intestino o a la vejiga. Tales perforaciones a veces ya son obvias al ingresar la paciente, la cual presenta señales evidentes de hemorragia grave en la cavidad peritoneal, o de peritonitis generalizada. No obstante, otras veces están enmascaradas por la existencia de peritonitis pelviana, o bien pasan inadvertidas porque todavía no ha producido hemorragia grave ni infección. En un caso conocido de aborto provocado, siempre hay que realizar un examen radiológico de tórax y abdomen; por lo general, de existir perforación, la placa demostrará la presencia de aire bajo el diafragma, e incluso algunas veces la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad peritoneal. En estas circunstancias es imprescindible la laparatomía. La intervención no sólo es necesaria para reparar el desgarro uterino, sino que además ha de estudiarse minuciosamente el estado del intestino en busca de una posible lesión del mismo.

ANALISIS Y RESULTADOS

El presente estudio se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante el año de 1975. En la tabla No. 1 se presentan datos generales en cuanto a servicios prestados en el citado departamento.

TABLA No. 1

Datos generales Depto. Maternidad, Hospital Roosevelt.* (1975).

Total de admisiones	20,307	100o/o
Total de partos	14,436	71o/o
Total de abortos	2,612	13o/o
Total de nacimientos	14,562	
Tasa de abortos	12.8 x 1,000 nacimientos	

* En estas cifras se incluyen lo atendido en el servicio privado. Es significativo el hecho de que el 13o/o de las admisiones, corresponden a pacientes con aborto, cifra que ha ido en aumento año con año como lo demuestran los trabajos de Soto Vásquez (16). En promedio se atendieron un total de 7.1 abortos al día durante 1975.

TABLA No. 2

Abortos, distribución por servicios

Ingresos por aborto servicio público	2,480	95.49o/o
Ingresos por aborto servicio privado	132	5.1o/o
Total de ingresos por aborto	2,612	100.0o/o

Como se puede observar, el 95o/o de los abortos que ingresan al Hospital Roosevelt, corresponden al servicio general y el 5o/o al servicio privado.

TABLA No. 3

Legrado uterino instrumental. Distribución por servicios*

Legrados efectuados servicio general	2,393	95.5o/o
Legrados efectuados servicio privado	115	4.5o/o
Total de legrados efectuados	2,508	100.0o/o

* Debo aclarar que el número de legrados no es igual al número de abortos, ya que muchos casos de aborto no necesitan de este procedimiento quirúrgico por haberse diagnosticado como completos.

Antes de considerar las complicaciones encontradas en pacientes a quienes se les efectuó legrado uterino instrumental por aborto incompleto, debo aclarar que algunas de éstas, no aparecieron necesariamente después del legrado, ya que muchas a su ingreso, presentaban algún cuadro infeccioso, lo que hacía sospechar manipulación, lo que sólo se pudo confirmar en tres pacientes del servicio público. La razón por la cual es negado que se hayan hecho maniobras para provocar el aborto, es que esto es penado por la ley (6).

CUADRO No. 1

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental

Casos de legrado servicio público revisados	2,125	100.0o/o
Pacientes que presentaron complicaciones*	69	3.2o/o
Casos de legrado servicio privado revisados	96	100.0o/o
Pacientes que presentaron complicaciones	2	2.08o/o

* Dos de estas complicaciones, aparecieron en pacientes a quienes se les había efectuado el legrado uterino por retención de restos placentarios post parto.

Arbitrariamente, se ha dividido el estudio en dos grupos: pacientes del servicio privado, y pacientes del servicio general. Se puede observar (cuadro No. 1) que el porcentaje total de complicaciones en pacientes del servicio público es de 3.2o/o, comparado con las del servicio privado que es de 2.08o/o. Aplicando la prueba Chi-cuadrado, vemos que tal diferencia no es estadísticamente significativa (15).

CUADRO No. 2

Clasificación de las pacientes con complicación, según edad. Servicio Público.

Menores de 15 años	0 pacientes	0.0o/o
De 16 a 20 años	17 pacientes	24.6o/o
De 21 a 25 años	21 pacientes	30.4o/o
De 26 a 30 años	14 pacientes	20.2o/o
Mayor de 30 años	17 pacientes	24.6o/o
TOTAL	69 pacientes	100.0o/o

En el cuadro No. 2 se observa que no hay edad predominante en las complicaciones, únicamente se nota que la frecuencia más baja está en la edad de 26 a 30 años (20.2o/o).

CUADRO No. 3

Clasificación de las pacientes con complicación, según edad.
Servicio Privado.

De 16 a 20 años	1 paciente	50.0o/o
Mayor de 30 años	1 paciente	50.0o/o
TOTAL	2 pacientes	100.0o/o

CUADRO No. 4

Clasificación de las pacientes con complicaciones Post Legrado Uterino Instrumental, según estado civil

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Pacientes casadas	12	17.3o/o
Pacientes unidas	37	53.6o/o
Pacientes solteras	20	28.9o/o
Total de pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Pacientes casadas	1	50.0o/o
Pacientes unidas	1	50.0o/o

En el cuadro No. 4, en lo que respecta al servicio general (público) podemos ver que un 82o/o de las pacientes eran unidas o solteras, lo cual nos refleja la forma de unión conyugal y el número de madres solteras que acuden a nuestros hospitales nacionales por problema de aborto, lo cual puede considerarse como un factor importante en el apareamiento de las complicaciones, bajo el supuesto de que estas pacientes son las que usan el aborto como una forma de control de la natalidad, y

siendo ésto ilegal en nuestro medio, acuden a centros que operan al margen de la ley, con la ya sabida alza en la morbilidad materna, comparada con lugares en donde el aborto es legal.

CUADRO No. 5

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según su procedencia

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Residentes en la capital	61	88.4o/o
Residentes fuera de la capital	8	11.6o/o
Total de pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Residentes en la capital	2	100.0o/o

Siendo la cobertura del Hospital Roosevelt para pacientes de cualquier zona de la capital, excepto las zonas 1, 2 y 3, es lógico pensar que la gran mayoría de pacientes con complicaciones procedían de la capital. Por otro lado el Hospital Roosevelt funciona como hospital de referencia, lo que puede explicar el 11.6o/o de pacientes que residían fuera de la capital.

CUADRO No. 6

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según su raza*

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Pacientes ladinos	67	97.1o/o
Pacientes indígenas	2	2.9o/o
Total de pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Pacientes ladinos	2	100.0o/o

* En la hoja de sumario de los registros médicos, ésta es la forma en que se clasifican los grupos humanos, y la cual considero incorrecta, pues adolece de varios errores, ya que el término ladino es incorrecto, y su interpretación depende del criterio que subjetivamente prive en el personal paramédico de admisión.

En el cuadro No. 6, podemos observar que el 97o/o de los pacientes del servicio público están clasificados como ladinos, lo cual es lógico considerar que éstos hacen un 92o/o de la población del municipio de Guatemala. (5).

CUADRO No. 7

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental Clasificación de las pacientes según alfabetismo*

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Pacientes alfabetos	50	72.4o/o
Pacientes analfabetos	19	27.6o/o
Total pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Pacientes alfabetos	2	100.0o/o

* Lo anterior se determinó de acuerdo si la paciente había firmado (alfabeto) o colocad su huella digital (analfabeto) al momento del ingreso; bajo el supuesto que todo paciente que firme sabe leer y escribir.

En el cuadro anterior, podemos ver que únicamente 27.6o/o de las pacientes en servicio público eran analfabetas, lo cual puede ser factible, considerando que la mayoría residían en la capital.

CUADRO No. 8

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental Clasificación de las pacientes según ocupación

Total pacientes servicio privado y público	71	100o/o
Pacientes con ocupación oficios domésticos	71	100o/o

Aquí vemos que el 100o/o de las pacientes tienen como ocupación la de oficios domésticos, esto nos parece lógico, pues en nuestro medio es la principal actividad de la mujer.

CUADRO No. 9

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental Clasificación de las pacientes según número de gestaciones

Total pacientes servicio público	69	100.0o/o
Primigestas	9	13.0o/o
Pequeñas multíparas	26	37.5o/o
Con 4 y más gestas anteriores	34	49.2o/o
Total pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Primigestas	1	50.0o/o
Con 4 y más gestas	1	50.0o/o

Vemos en el cuadro anterior, que 49.2o/o de las pacientes del servicio público, habían tenido 4 ó más embarazos previos. Bajo el supuesto de que el aborto ilegal es frecuente, una razón para el mismo sería el tener muchos hijos.

CUADRO No. 10

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según número de partos

Total pacientes servicio público	69	100.0o/o
Con cero partos anteriores	10	14.4o/o
Con 1 parto anterior	15	21.7o/o
Con 2 partos anteriores	15	21.7
Con 3 partos anteriores	11	15.9o/o
Con 4 y más partos anteriores	18	26.0o/o
<hr/>		
Total pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Con cero partos anteriores	1	50.0o/o
Con 2 partos anteriores	1	50.0o/o

Vemos en el cuadro anterior, que un 43o/o de las pacientes del servicio público habían tenido más de 3 partos. Las pacientes que están clasificadas como con cero partos, son las primigestas o bien las que únicamente habían tenido abortos.

CUADRO No. 11

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según número de abortos

Total pacientes servicio público	69	100.0o/o
Con cero abortos anteriores	42	60.8o/o
Con 1 aborto anterior	16	23.1o/o
Con 2 abortos anteriores	7	10.1o/o
Con 3 abortos anteriores	3	4.3o/o
Con 4 y más abortos anteriores	1	1.4o/o
<hr/>		
Total pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Con cero abortos anteriores	1	50.0o/o
Con 3 abortos anteriores	1	50.0o/o

En el cuadro anterior, vemos que en el servicio público el 60.8o/o de las pacientes no habían tenido abortos. Debo aclarar que las pacientes que habían tenido tres o más abortos previos, no necesariamente habían sido consecutivos; asimismo la causa de dichos abortos no se había determinado.

CUADRO No. 12

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según No. hijos vivos

Total pacientes servicio público	69	100.0o/o
Cero hijos vivos	10	14.4o/o
1 a 2 hijos vivos	30	43.4o/o
3 a 4 hijos vivos	21	30.4o/o
5 y más hijos vivos	8	11.5o/o
<hr/>		
Total pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Cero hijos vivos	1	50.0o/o
1 a 2 hijos vivos	1	50.0o/o

Podemos ver que el 42o/o de las pacientes del servicio público, tienen más de 3 hijos vivos. Recordemos en este momento que la mayoría de complicaciones post legrado uterino, se observaron en pacientes solteras y unidas.

CUADRO No. 13

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación según edad embarazo a la que ocurrió el aborto*

Total pacientes servicio público	67	100.0o/o
Menor de 8 semanas	21	31.3o/o
De 9 a 18 semanas	35	52.2o/o
De 19 a 27 semanas	11	16.4o/o

* No se incluyen dos legrados post parto.

En el cuadro anterior, vemos que el 31.3o/o de las pacientes tenían una edad de embarazo menor de 8 semanas. Según algunos autores, si el aborto es ovular, el huevo es expulsado generalmente en su totalidad (aborto completo); sin embargo, las complicaciones aumentan en proporción directa a la edad de embarazo, sobre todo después de la 12 semana de gestación (9, 14).

De las pacientes privadas, solamente se pudo determinar la edad de embarazo en una, la cual era de 13 semanas.

CUADRO No. 14

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según diagnóstico ingreso*

Total pacientes servicio público	69	100.0o/o
Aborto incompleto no séptico	50	72.4o/o
Aborto incompleto séptico	17	24.6o/o
Retención restos placentarios postparto	2	2.8o/o
Total pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Aborto incompleto no séptico	1	50.0o/o
Aborto diferido no séptico	1	50.0o/o

* Estos diagnósticos se hicieron según las características clínicas de las pacientes a su ingreso.

En el cuadro anterior, vemos que un 24.6o/o de los casos fueron considerados como aborto incompleto sépticos.

CUADRO No. 15

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según quien realizó el legrado

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Legrado por médico interno*	51	73.9o/o
Legrado por médico residente	18	26.0o/o

* Médico interno = estudiante de 6to. año de Medicina.

En el cuadro anterior, vemos que el 73o/o de los legrados los realizó el médico interno, lo cual era de esperar, pues es éste quien realiza la mayoría de los legrados, y posee menor experiencia que un médico residente. Es de hacer notar también que el 26o/o de las complicaciones se observaron en pacientes legradas por residente.

CUADRO No. 16

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Tiempo después del ingreso que se hizo el legrado

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Menos de 6 horas después de ingreso	27	39.1o/o
De 6 a 12 horas después de ingreso	14	20.2o/o
De 12 a 14 horas después de ingreso	15	21.7o/o

En el cuadro No. 16, vemos que el 59o/o de las pacientes fueron intervenidas antes de las 12 horas después de ingreso. En los casos en que hubo mayor tardanza, se debió probablemente a algunos factores como: aborto séptico en el cual había que cubrir con antibióticos a la paciente por lo menos 12 horas antes del

legrado; no disponibilidad de equipo quirúrgico en ese momento; no disponibilidad de anestesista, etc.

CUADRO No. 17

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes por complicaciones presentadas

SERVICIO PUBLICO

1. LEGRADO INCOMPLETO	43 casos	62.3o/o
a) Solo legrado incompleto	32 casos	
b) Más endometritis	7 casos	
c) Más infección pélvica aguda	2 casos	
d) Más anemia severa	2 casos	
2. INFECCION PELVICA AGUDA	13 casos	18.8o/o
a) Infección no localizada	2 casos	
b) Salpingitis bilateral	4 casos	
c) Absceso tuboovárico bilateral	2 casos	
d) Endometritis	2 casos	
e) Absceso tuboovárico unilateral con salpingitis contralateral	1 caso	
f) Anexitis derecha	1 caso	
g) Pelviperitonitis con absceso	1 caso	
3. SEPTICEMIA	5 casos	7.2o/o
a) Insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica, endometritis	1 caso*	
b) Embolia pulmonar, absceso tuboovárico unilateral, tromboflebitis miembro inferior	1 caso	
c) Ictericia, síndrome de coagulación intravascular, absceso pélvico	1 caso	
d) Absceso pélvico, salpingitis bilateral, piosalpinx	1 caso*	
e) Sepsis con ictericia	1 caso	

4. PERFORACION UTERINA	4 casos	5.7o/o
a) Complicada con pelviperitonitis, embolia pulmonar, fístula entero-cutánea	1 caso	
b) Complicada con parametritis	1 caso	
c) Sin complicaciones	2 casos	
5. HEMORRAGIA MODERADA	2 casos	2.8o/o
6. INSUFICIENCIA CARDIACA, EDEMA AGUDO DEL PULMON, FIEBRE TIFOIDEA (?)	1 caso*	1.4o/o
7. TROMBOFLEBITIS MIEMBROS INFERIORES	1 caso	1.4o/o
TOTAL DE PACIENTES	69 casos	100.0o/o

* Pacientes fallecieron

En el cuadro No. 17, vemos que el 62o/o de las complicaciones corresponden a legrados incompletos, en ocasiones acompañados de procesos infecciosos, lo cual puede explicarse por el hecho de que la mayoría de los legrados son efectuados por practicantes.

El segundo lugar en complicaciones (19o/o) lo ocupan las infecciones pélvicas en sus diversos grados, lo cual pudo deberse en alguna cantidad de casos, al hecho (no comprobado) de que hubiese habido manipulación por comadronas.

En lo que respecta a septicemia, hace un 7.2o/o de las complicaciones. Todos estos abortos fueron diagnosticados a su ingreso como abortos sépticos, de acuerdo al cuadro clínico, ya que no se obtuvo información de manipulación; en todos los casos se dió tratamiento antibiótico. En tres casos se intervino quirúrgicamente, y fueron 2 exploraciones pélvicas (inciso b y d, cuadro No. 17), y una

colpotomía posterior (inciso c). En el mismo cuadro podemos ver que fallecieron 2 pacientes de éstas. Al respecto de las intervenciones quirúrgicas, considero que cuando se sospeche que hay abscesos localizados, debe intervenir.

En el mismo cuadro No. 17, vemos que las perforaciones uterinas hicieron un 5.7o/o (4 casos). En dos casos las pacientes refirieron que habían sido manipuladas por comadrona, y en ambos casos el tratamiento fue conservador, complicándose uno con parametritis. Los otros dos casos, supuestamente fueron producidos intrahospitalariamente, en uno de los cuales se había sospechado aborto séptico y que se complicó posteriormente con pelviperitonitis, embolia pulmonar y fístula enterocutánea, efectuándose una colpotomía posterior para drenaje; el otro caso no se complicó y el tratamiento fue conservador.

CUADRO No. 18

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes por complicaciones presentadas

SERVICIO PRIVADO		
1. PERFORACION UTERINA	1 caso	50.0o/o
2. SINDROME DE COAGULACION INTRAVASCULAR	1 caso	50.0o/o
TOTAL DE PACIENTES	2 casos	100.0o/o

En el cuadro anterior, vemos que hubo una perforación uterina, la cual se complicó con absceso tuboovárico, infección pélvica aguda; el tratamiento quirúrgico fue una histerectomía subtotal con salpingectomía unilateral.

El síndrome de coagulación intravascular fue secundario a aborto diferido, se trató medicamente, con heparina.

CUADRO No. 19

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según tratamiento recibido

Total de pacientes servicio público	69	100.0o/o
Con tratamiento quirúrgico	56	81.1o/o
Con tratamiento médico	13	18.8o/o
Total de pacientes servicio privado	2	100.0o/o
Con tratamiento quirúrgico	1	50.0o/o
Con tratamiento médico	1	50.0o/o

Aquí vemos que predominó el tratamiento quirúrgico en el servicio público con un 81o/o.

CUADRO No. 20

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según tratamiento quirúrgico

SERVICIO PUBLICO		
1. LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	43	76.7o/o
2. EXPLORACION PELVICA	9	19.6o/o
a) Salpingectomía bilateral	2	
b) Salpingectomía unilateral	2	
c) Liberación de adherencias	2	
d) Histerectomía total y anexectomía	1	
e) Anexectomía unilateral y salpingectomía contralateral	2	
3. COLPOTOMIA POSTERIOR	4	7.1o/o
TOTAL DE PACIENTES	56	100.0o/o

Como se aprecia en el cuadro No. 20, predominó como procedimiento el legrado uterino (76.7o/o) por legrado uterino incompleto. El segundo lugar para las exploraciones pélvicas (19.6o/o), en las que hay una histerectomía total que se realizó en una paciente con absceso pélvico, y que posteriormente presentó septicemia (falleció).

CUADRO No. 21

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental
Clasificación de las pacientes según antibióticos utilizados*

SERVICIO PUBLICO		
1. Penicilina	9	26.4o/o
2. Penicilina y cloranfenicol	15	44.1o/o
3. Penicilina, cloranfenicol y gentamicina	5	14.7o/o
4. Penicilina, cloranfenicol y bactrin	2	5.8o/o
5. Penicilina, cloranfenicol y lincomicina	1	2.9o/o
6. Penicilina, cloranfenicol y kanamicina	1	2.9o/o
7. Penicilina, cloranfenicol y estreptomina	1	2.9o/o
TOTAL DE PACIENTES	34	100.0o/o

* Se usaron antibióticos en el 49o/o de las 69 pacientes con complicaciones.

En el cuadro anterior, podemos apreciar que la asociación penicilina-cloranfenicol fue lo que más se utilizó (44o/o). La clase de gérmenes que generalmente participan en estas infecciones, más las limitaciones económicas de la institución, es la razón por la cual se prefiere usar penicilina-cloranfenicol y los aminoglicósidos son poco empleados.

En las pacientes privadas, se utilizó antibióticos sólo en una, la de la perforación uterina, y éstos fueron

penicilina-estreptomina.

CUADRO No. 22

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental

RESUMEN GLOBAL SERVICIO PUBLICO

1. Casos de legrado uterino revisados	2,125	100.00o/o
2. Total de complicaciones	69	3.24o/o
3. Legrado incompleto sin otra complicación	32	1.50o/o
4. Legrado incompleto asociado a infección	9	0.42o/o
5. Infección pélvica aguda	13	0.61o/o
6. Septicemia	5	0.23o/o
7. Insuficiencia renal asociado a sepsis	1	0.04o/o
8. Perforación uterina	4	0.18o/o
9. Hemorragia	2	0.09o/o
10. Insuficiencia cardiaca, edema agudo del pulmón, fiebre tifoidea (?)	1	0.04o/o
11. Tromboflebitis miembros inferiores	1	0.04o/o
12. Defunciones	3	0.14o/o

En el cuadro No. 22, podemos ver que el porcentaje total de complicaciones de 3.24o/o, correspondiendo en su mayoría a legrado incompleto sin otra complicación (1.5o/o). Asimismo el legrado incompleto asociado a infección (pelviana) hace un 0.42o/o.

La infección pélvica como entidad única hizo un 0.61o/o, y sumándole lo referente a legrado incompleto asociado a infección, obtenemos como cifra 1.03o/o, lo que puede considerarse como bajo comparada a la cifra de 3.7o/o tomada de un estudio del Kings County Hospital (9).

Asimismo vemos que la septicemia hizo un 0.23o/o, lo

cual es comparable a otros estudios extranjeros (9). De éstos, fallecieron 2 pacientes (40o/o), porcentaje de letalidad comparable a datos de otros estudios (9, 11). La insuficiencia renal aguda se presentó en un caso (0.04o/o), lo cual puede considerarse bajo (9).

En el mismo cuadro No. 22, tenemos que la perforación uterina hizo un 0.18o/o (2 casos intra-hospitalariamente, y 2 casos provocados por comadrona), lo que resulta un porcentaje bajo según comparación a otros estudios (8). El tratamiento fue quirúrgico en un caso y conservador en tres, siendo la evolución satisfactoria en los tres últimos.

La hemorragia hizo un 0.09o/o, lo cual puede considerarse bajo (9).

Vemos (cuadro No. 22) que hubo un caso de probable fiebre tifoidea (no comprobado), la cual se complicó con insuficiencia cardíaca y edema agudo del pulmón, falleciendo antes de cumplir 24 horas de hospitalización.

En el mismo cuadro anterior, vemos que hubo tres defunciones (0.14o/o), 2 con cuadro de septicemia, y el otro caso es el referido en el párrafo anterior. En un caso la muerte ocurrió antes de tener 24 horas de hospitalización; en otro caso antes de cumplir 48 horas de hospitalización, y en el último a los 18 días de hospitalización.

CUADRO No. 23

Complicaciones post Legrado Uterino Instrumental

RESUMEN GLOBAL SERVICIO PRIVADO

1. Casos de legrado uterino revisados	96	100.00o/o
2. Total de complicaciones	2	2.08o/o
3. Perforación uterina, complicada con infección pélvica aguda	1	1.04o/o
4. Síndrome de coagulación intravascular por aborto diferido	1	1.04o/o

En el cuadro No. 23, vemos que el número de legrados es mucho menor que el correspondiente al servicio público. El porcentaje de complicaciones es bastante bajo, y comparado con las complicaciones del servicio público, no es estadísticamente significativa la diferencia.

CONCLUSIONES

1. El número de pacientes que son atendidas por aborto en la Maternidad del Hospital Roosevelt, comprenden un 13o/o del total de las admisiones de dicho departamento.
2. Al servicio público, corresponden el 95o/o de los ingresos por aborto.
3. Las pacientes en su gran mayoría (96o/o) niegan haber sido manipuladas.
4. El total de complicaciones en el servicio público, representa el 3.2o/o, lo cual comparado con el 2o/o de complicaciones del servicio privado, no es estadísticamente significativa la diferencia aplicando la Prueba del Chi-cuadrado (4, 15).
5. En el servicio público, el 97o/o de las pacientes eran ladinas, y el 3o/o indígenas.
6. En el servicio público, el 72o/o de las pacientes eran alfabetas y el 28o/o analfabetas.
7. El 49.2o/o de las pacientes del servicio público, habían tenido cuatro o más gestaciones. De las pacientes privadas, una era primigesta y la otro había tenido más de cuatro gestas.
8. El 43o/o de las pacientes del servicio público, habían tenido más de tres partos. De las privadas, una había tenido dos.
9. En lo que respecta a aborto, un 61o/o de las pacientes del servicio público nunca habían tenido. De las pacientes privadas, una había tenido tres abortos.

10. Un 42o/o de las pacientes del servicio público, tenían más de tres hijos vivos.
11. La edad de embarazo en que ocurrió el aborto, fue mayor entre la 9a. y 18a. semana (52o/o), y en segundo término, antes de la 8a. semana (31o/o).
12. En el servicio público, a un 25o/o de las pacientes se les diagnosticó aborto incompleto séptico. En lo privado no hubo ningún aborto séptico.
13. En el servicio público, el 74o/o de los legrados fueron efectuados por personal médico en fase de aprendizaje.
14. El tiempo transcurrido entre el ingreso y la intervención (legrado) en el servicio público fue de menos de 12 horas en un 59o/o, y menos de 24 horas en un 80o/o. Las pacientes privadas fueron intervenidas antes de las seis horas después de su ingreso.
15. En lo que respecta al servicio público, la principal complicación fue el legrado uterino incompleto (62o/o), algunas veces acompañado de infección (13o/o). En segundo término está la infección pélvica aguda con 19o/o; seguidamente la septicemia (7o/o); perforación uterina (5.7o/o); hemorragia (2.8o/o); insuficiencia cardiaca con edema agudo del pulmón y probable fiebre tifoidea (1.4o/o), y tromboflebitis de miembros inferiores (1.4o/o).
16. En el servicio privado, hubo dos complicaciones: un caso de perforación uterina, que se complicó con infección pélvica aguda, habiéndose hecho histerectomía subtotal. El otro caso fue un síndrome de coagulación intravascular, por aborto diferido.
17. El tratamiento quirúrgico predominó con un 81o/o de los

casos (servicio público). El principal de estos tratamientos fue el legrado uterino por legrado incompleto (77o/o). En segundo lugar la exploración pélvica con un 19.6o/o, y por último la colpotomía posterior (7o/o).

18. En lo que respecta a antibióticos, se utilizó principalmente la asociación penicilina-cloranfenicol (44o/o), la cual es muy efectiva en infecciones a gram-negativos (Sabbaj, referencia personal, Hospital Roosevelt), además por su bajo costo sí es posible su obtención por el hospital.
19. En resumen, el número total de complicaciones sobre el total de legrados realizados es bajo (3.2o/o), y las diferentes complicaciones son comparativamente iguales o menores, que las encontradas en estudios hechos en el extranjero.
20. El número de defunciones en general es bajo, pero tomadas sobre el número de complicaciones es alta (4.34o/o).

RECOMENDACIONES

1. En los casos en que se sospeche que hubo aborto provocado, interrogar detenidamente a la paciente, para así tomar las medidas pertinentes para un mejor tratamiento, de acuerdo al protocolo para el manejo de aborto séptico del Hospital Roosevelt.
2. Que el residente de primer año, sea quien realice los legrados uterinos y muestre la técnica al interno.
3. Realizar los legrados uterinos lo más tempranamente posible, después del ingreso de las pacientes.
4. Seguir el protocolo para tratamiento de aborto séptico y shock séptico del Hospital Roosevelt.
5. Insistir para que se estudie profundamente el problema del aborto criminal, y los numerosos factores condicionantes del mismo, tales como pobreza, falta de educación, etc.
6. Tratar de anotar correctamente los registros médicos de las pacientes a quienes se les efectúa cualquier procedimiento quirúrgico, para facilitar estudios posteriores.

APENDICE I

REGISTROS MEDICOS UTILIZADOS

298142	564131	565645	203692
332248	569552	567599	157570
360018	540611	542837	375623
379326	563769	567597	520478
395215	276223	548972	382243
443065	276833	537471	396826
444469	538016	533616	427179
459580	478602	553552	438567
464852	481439	527985	454658
490330	498728	484961	466008
528429	499309	524056	511421
528743	516046	526353	508768
535760	526100	253780	542837
556675	512014	247654	527479
557562	540594	504076	512014
557730	528756	295429	526100
558067	541416	199084	323966
561886	560765	383141	

BIBLIOGRAFIA

1. Agüero, O. y José Torres.
"Frecuencia y Letalidad del aborto, Maternidad Concepción Palacios", *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, XXXII, No. 1(1972), 3-7.
2. Aragón, Héctor A.
Medicina Forense. Guatemala: Imprenta Universitaria, 1968.
275 p.
3. Benson, Ralph C.
Manual de Ginecología y Obstetricia: Tercera edición. Versión española por L. Antonio Palacios E. México: El Manual Moderno, S.A. 1973. 735 p.
4. Castillo, Marciano y Francisco Leal.
Apuntes de Estadística Médica. Guatemala: Correo Médico Internacional, 1977. 169 p.
5. *Censos de Población del Municipio de Guatemala*. Dirección General de Estadística. Guatemala, 1973.
6. *Código Penal*.
Publicaciones del Congreso de la República de Guatemala. Guatemala: Editorial Landívar, 1973. 141 p.
7. Goodman, Louis S. y Alfred Gilman.
Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Cuarta Edición. Versión española por Alberto Folch, Miguel A. Mota y Santiago Sapiña R. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1974. 1472 p.
8. Hodgson, J. E.
"Complications of abortion". *American Journal Obstet. Gynecol.* 117 (Sep. 1973), 293-4.

9. Hellman, Louis M. y Jack A. Pritchard.
Obstetricia de Williams. 14a. Edición. Versión española por Alfonso Fernández Cid y José M. Carrera M. México: Salvat Editores, S.A., 1973. 1076 p.
10. Lira D., Humberto E.
Aborto Séptico en la Maternidad del Hospital Roosevelt, año de 1971-1972. Tesis de Grado Fac. de Medicina. Guatemala; Editorial Universitaria. 1973. 45 p.
11. López, Etelberto.
"El aborto séptico en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano de Seguridad Social". Revista de Obstetricia y Ginecología de México. 35 (febrero 1974).
12. Nathanson, Bernard N.
"Management of uterine perforations suffered at elective abortion". American Journal Obstet. Gynecol. 114 (Dec. 1972), 1107-8.
13. Novak, E.R., G.S. Jones y H.W. Jones, Jr.
Tratado de Ginecología. Octava edición. Versión española por Alberto Folch y Pi. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1971. 839.
14. Schwarcz, R., Silvestre Sala y Carlos Duverges.
Obstetricia. Tercera edición. Argentina: El Ateneo Pedro García, S.A, 1977. 944 p.
15. Spiegel, Murray R.
Estadística. Versión en español de J. L. Gómez E. Colombia: Libros McGraw-Hill. 1969. 357 p.
16. Soto, Carlos F.
"La Maternidad del Hospital Roosevelt". Trabajo presentado al VII Congreso Nac. de Ginecología y Obstetricia.

Guatemala, febrero de 1978.

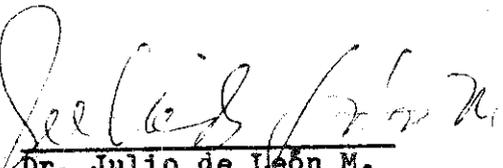
17. Velasco, Germán L.
"Aborto Séptico en el Instituto Colombiano de Seguridad Social". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. XXVI. No. 6 (Nov.-Dic. 1975).
18. Velásquez, B. Telma.
Incidencia de Aborto, Complicaciones, Revisión de 2 meses. Tesis de Grado Fac. de Medicina. Guatemala: Editorial Universitaria. 1970. 35 p.
19. Villatoro M., Hugo E.
Muerte Materna post aborto en el Hospital Roosevelt, Revisión de 4 años. Tesis de Grado Fac. de Medicina. Guatemala: Editorial Universitaria. 1974. 40 p.


Br. Marco Tulio Garcia Escebar

ASESOR


Dr. Eduardo Fuentes Spross

REVISOR


Dr. Julio de León M.

DIRECTOR DE FASE III


Dr. Raúl A. Castillo R.

SECRETARIO

Vo.Bo.


Dr. Rolando Castillo Montalvo

DECANO