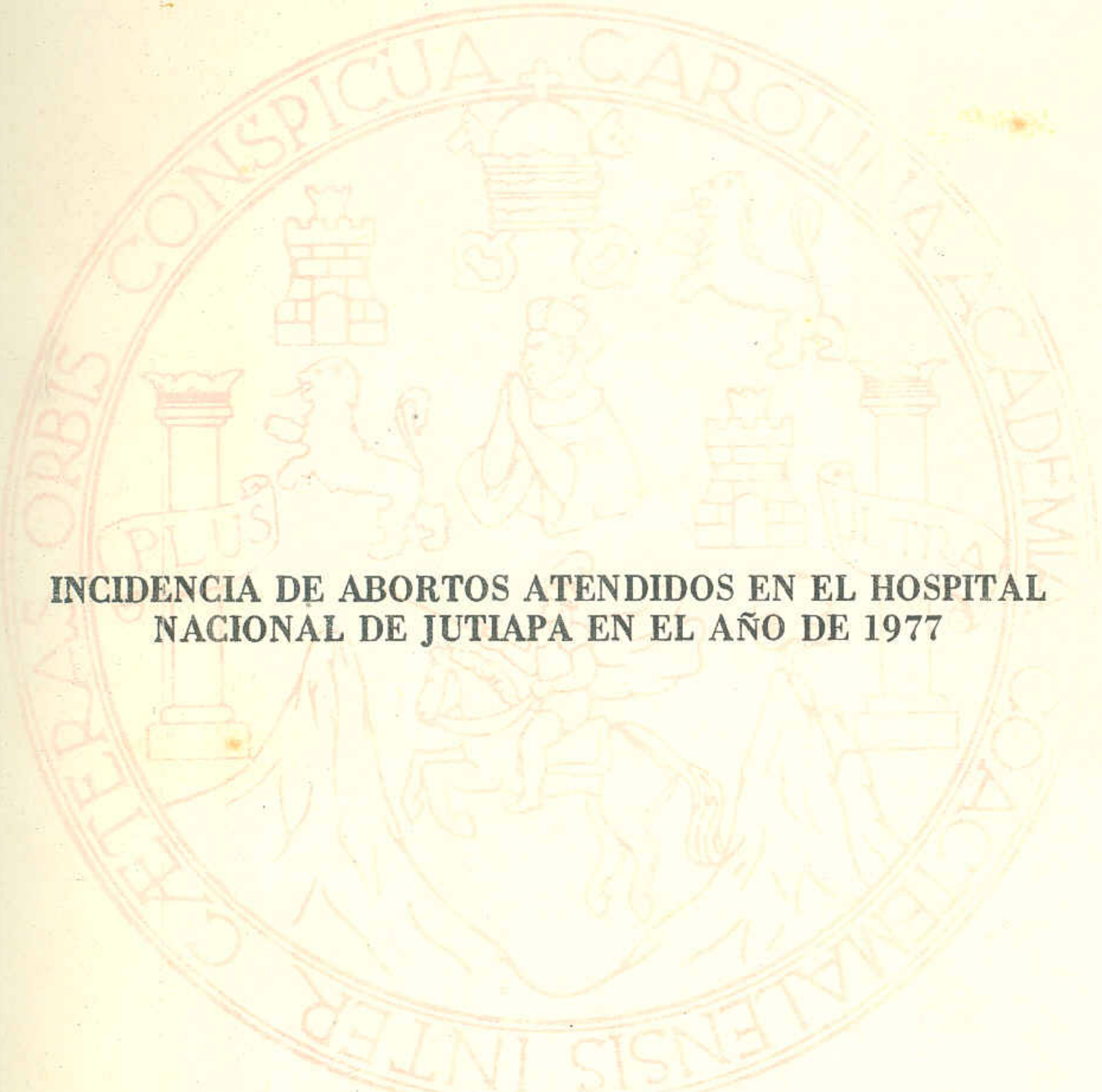
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INCIDENCIA DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA EN EL AÑO DE 1977

EDGAR ROLANDO VARGAS MONTUFAR

GUATEMALA, C. A.

INDICE DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. RECURSOS

IV. METODOLOGIA

V. GENERALIDADES

VI. ETIOLOGIA DEL ABORTO.
- — Definición
- — Clasificación

VII. TECNICAS PARA PROVOCAR EL ABORTO

VIII. CUADRO CLINICO

IX. PRESENTACION DE RESULTADOS

X. ANALISIS DE RESULTADOS

XI. CONCLUSIONES

XII. RECOMENDACIONES

XIII. BIBLIOGRAFIA

I
INTRODUCCION

Estando consciente de la actual problemática de salud de nuestro país, decidí efectuar el presente trabajo, con el fin de conocer la Incidencia de Abortos en el departamento de Jutiapa en donde, por el sistema socio-económico en que se vive, en algunas ocasiones es imposible que el embarazo llegue a su término.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Jutiapa, en el Departamento de Maternidad, habiéndose investigado un total de 219 pacientes que ingresaron en el año de 1977 con diagnósticos de Aborto y amenaza de Aborto, descartándose los casos de hemorragias vaginales al verificarse que eran manifestaciones de otras entidades patológicas.

La Incidencia del Aborto ha ido creciendo cada día más, aumentando las tasas, tanto de morbilidad como de mortalidad, por lo que considero de suma importancia el estudio de este problema.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Conocer exactamente en qué consiste la Incidencia de Abortos, así como su magnitud.

2. Relacionar el Aborto con la ignorancia sobre sus posibles consecuencias tanto psíquicas como somáticas para promover, si fuera posible, una campaña nacional con el fin de disminuir su incidencia.

3. Contribuir al manejo de pacientes con diagnóstico de hemorragia vaginal en general.

4. Hacer conciencia en todos nosotros de la realidad nacional y que en nuestras manos está parte de su solución.

5. Motivar a investigaciones de este tipo.

ESPECIFICO:

1. Contribuir al conocimiento exacto sobre el problema de abortos atendidos en el hospital Nacional de Jutiapa, así como sus factores predisponentes y desencadenantes.

2. Motivar para el estudio científico y socio-económico del problema de aborto en el Depto. de Jutiapa, logrando así probables soluciones al mismo.

3. Promover la realización de investigaciones de este tipo dentro del Depto. de Jutiapa, para mejorar las condiciones de salud de la población.

4. Proporcionar una serie de datos para relacionarlos y compararlos con estudios previos, en otras localidades de la misma región, lo que serviría de ayuda para encontrar causas y soluciones de este problema.

III
RECURSOS

MATERIALES:

1. Archivo general del Hospital Nacional de Jutiapa.

2. Historias clínicas de las pacientes atendidas en el Departamento de Maternidad y Ginecología, durante el año de 1977.

3. Fichas de registro individual, en las cuales se tomaron los siguientes datos: GENERALES: número de historia, nombre, edad, estado civil, procedencia y ocupación.
   Motivo de la consulta.
   Cuadro clínico-edad gestacional.
   Diagnóstico de ingreso y egreso.
   Antecedentes gineco-obstétricos.
   Tratamiento. Evolución. Estancia Hospitalaria.
   Complicaciones, observaciones y perfil social.

4. Fichas para encuestas de investigación.

5. Tiempo para realizar la investigación.

HUMANOS:

1. Pacientes mujeres comprendidas entre los 10 y más de 45 años.

2. Médicos jefes de servicio.

3. Mujeres habitantes de Jutiapa que fueron entrevistadas.

IV
METODO

1. En primer lugar, se utilizó el método de encuesta con sus dos técnicas. a) Papeletas y entrevistas personales. Con éste método se logró una mayor confiabilidad ya que en las papeletas las pacientes responden con mayor sinceridad. Con la entrevista personal, las pacientes, motivadas por el encuestador, exteriorizó factores que eran de importancia para mi investigación, y que me permitieron profundizar en el estudio.

2. Se utilizó además el método de la observación en 2 sentidos:

   a) Conforme interrogaba a las pacientes, las observaba, de manera de captar exactamente su respuesta.
   b) En su examen médico también tuve que observar para determinar cuadros clínicos y pasar luego a una clasificación general de los datos.

3. Al usar el método de observación utilicé el de experimentación en la siguiente forma:

   a) Comparación de una respuesta con otra.
   b) Comparación de un cuadro clínico con otro, etc. para luego sacar conclusiones.

4. Otro método importante utilizado, fue el histórico, ya que revisé los archivos del Hospital Nacional de Jutiapa para recabar informaciones pasadas y llevar a cabo comparaciones que sirvan de base para mis conclusiones. Además se consultaron otros archivos.

PREMISAS Y POSTULADOS:

a) Sería el mismo número de pacientes ingresadas a la sala de Maternidad del Hospital Nacional de Jutiapa por número de Partos y Abortos?

b) Serían más los abortos ocurridos en mujeres jóvenes que los partos en ese mismo grupo?

c) Serán las mismas complicaciones para todas las pacientes en caso de un aborto?

d) Ocurre que: sea más alto el número de abortos en mujeres casadas que en el grupo de las solteras?

e) Sobrepasa el número de abortos al número de casos de amenaza de aborto?

f) Influye la ocupación de la mujer en la incidencia de abortos?

Todas las interrogantes que anteriormente se detallan o exponen nos condujeron a plantear el objetivo de nuestra investigación:

"INCIDENCIA DE ABORTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA EN EL AÑO DE 1977".

V
GENERALIDADES

DATOS HISTORICOS:

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos debido al deseo de limitar el número de nacimiento. Por ejemplo, en un manuscrito chino que data del año 2737 a 2696 A de C, el cual es considerado como el trabajo médico más antiguo de la China, ya se encuentra mencionado el mercurio como substancia abortiva.

En Babilonia no se ha encontrado ningún dato de interés, pero sí mencionan que el hecho de la interrupción del embarazo era debido a espíritus diabólicos.

En Egipto encontramos descrito, en el Ebers Papyrus, procedimientos que servían para provocar el Aborto y es aceptado por todos, que eran muy conocidos.

En la India, se le practicaba desde épocas muy lejanas con toda libertad. Dicen que ningún país del mundo ha inmolado tanto recién nacido, como la India; ni raza alguna de la humanidad ha practicado, como los hindús, el abominable arte de matar al feto en el vientre materno. Lo provocaban introduciendo palillos en la matriz o con brebajes de asa fétida, jengibre, etc. Los hebreos y la raza judía, fueron, desde un principio, guiados para la multiplicación ilimitada que aumentaría su poderío, y la mujer que hiciera o se provocara el Aborto, era castigada. En Grecia, el Aborto era casi siempre impune y la ley no aludía a su penalidad. Platón y Aristóteles, fueron los primeros en cosiderar razones económicas y sociales en la determinación del Aborto.

Platón aconsejaba la limitación de los nacimientos y deseaba el Aborto obligatorio para toda mujer que concibiera después de los 40 años de edad. Se dice que las opiniones de los médicos de esa época, no estaban del todo de acuerdo con las teorías de los filósofos y, sin embargo, en las lecturas de Hipócrates, se

encuentran métodos para provocar el aborto espontáneo, algunas de las cuales son aceptadas en la actualidad, siendo él quien describió las primeras nociones anatómicas del aborto.

Galeno, por su parte, hizo el primer estudio semiológico de los dolores y la hemorragia vaginal en el aborto.

En la época romana, el aborto fue practicado con mayor difusión, libre de toda restricción legal. El feto era considerado como un "Portio Viscerum matris"; por consiguiente, la mujer que abortaba no hacía sino disponer de su cuerpo. El cristianismo se opuso abiertamente al aborto. Los discípulos de Cristo lo calificaron de inhumano y absolutamente criminal, catalogándolo en sus disciplinas como un verdadero infanticidio.

Entre los árabes, el Korán no lo condena, aunque prohibe el infanticidio. En el Tratado de Avicina, se leen algunas medidas profilácticas del aborto, a la vez que establece el aborto terapéutico en casos de estrechez pélvica.

Durante el Renacimiento muchas normas de la Iglesia Católica fueron olvidadas y no fue sino hasta en 1521, en la dieta de Worms, en que se volvió a declarar el aborto como un acto criminal y castigado con penas como la crucifixión, que llevaban a aquellas mujeres a la muerte.

Existen pruebas de que en el Viejo Mundo, el aborto también era practicado desde épocas inmemorables. Así, por ejemplo, en las tribus del Orinoco era particularmente difundido.

Los mayas provocaban el aborto haciendo que las gestantes acostadas, soportaran el peso de mujeres corpulentas que les daban luego puntapiés hasta que la hemorragia apareciera. El Padre Fray Bartolomé de las Casas, refirió muchas muertes por estas maniobras.

En Guatemala no se encuentra referencias especiales sobre esta cuestión, pero sí es conocido que durante la Colonia ello constituía un gran escándalo por parte de la Iglesia Católica, siendo ésta la que, a través de sus conceptos del hombre, ha resultado más conflictiva con relación al aborto.

VI
ETIOLOGIA DEL ABORTO

— DEFINICION:

Se entenderá por "aborto" a la expulsión o desprendimiento, o ambos casos, del huevo, aún no viable, o sea antes de que le sea posible sobrevivir fuera del claustro materno, estando comprendidos estos límites dentro de los primeros seis meses de gestación (24 a 28 semanas o menos).

La palabra "aborto" se deriva del latín "abortus", que a su vez viene del verbo "aboriri", que significa "alguna cosa que ha sido desprendida de su sitio". En nuestro medio se le conoce como "mal parto".

— CLASES DE ABORTO:

1. Aborto Espontáneo.
2. Aborto Provocado.
   - A. Aborto Profiláctico.
   - B. Aborto Terapéutico.
   - C. Aborto Habitual.
   - D. Aborto Séptico.

1. Aborto Espontáneo: Es aquel en el cual no ha existido ninguna circunstancia que artificialmente interfiera en la evolución de la gestación, significando el fracaso de la función generativa, es decir la imposibilidad de llevar el fruto hasta su madurez; pocas ginecopatías son tan complejas en su etiopatología y tan dinámicas en su evolución como el aborto espontáneo.

   A continuación se presenta un cuadro de los factores desencadenantes:

Factores Ovulares	–Ovulo y espermatozoide anormales (50o/o de Ab. en las primeras semanas de gestación) –Inadecuada conclusión de los gametos (división celular con errores). –Tumores de útero (miomas, pólipos).
Factores anatómicos	–Malformaciones uterinas (útero tabicado, bicorne, doble, etc.) –Hipoplasia Uterina (disminución del tamaño del útero) –Insuficiencia istmicocervical (congénita, traumática y funcional).
Factores endocrino-metabólicos	–Insuficiencia del cuerpo amarillo. –Hipo e hipertiroidismo. –Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. –Déficit nutricional. –Tóxicos (plomo, mercurio, arsénico, fósforo)
Factores infecciosos y parasitarios	–Toxoplasmosis –Sífilis –Listeriasis –Brucelosis –Enfermedad de Chagas –Infecciones crónicas generales.
Factores psicógenos	–O sea profundos traumatismos emocionales conscientes o subconscientes capaces de provocar el aborto.
Factores Inmunológicos.	

2. Aborto provocado o inducido: es la interrupción intencional o consciente de la evolución del embarazo, que se supone capaz de seguir progresando hasta el final de la gestación. "Se está utilizando como un método de control de la natalidad y es uno de los más difundidos en el mundo, a la vez el más fructífero. Aproximadamente entre 25 a 30 millones de mujeres se someten al aborto cada año, siendo en su mayoría practicados fuera de los hospitales y el mayor porcentaje de los mismos se presenta en mujeres jóvenes". Dice el Dr. Maxón: "muchas mujeres jóvenes, no casadas, no muestran miedo al procedimiento e ignoran las consecuencias potenciales que él implica".

A. Aborto profiláctico: aunque es poco frecuente, puede ocurrir que el embarazo actué agravando una patología preexistente o bien generándola. Para estos casos el aborto es considerado como un recurso médico y de allí que su aceptación moral y jurídica haya sido casi universal.

B. Aborto terapéutico: es aquel que la Medicina usa para curar o aliviar la enfermedad y la diferencia en el profiláctico consiste en que este último no sólo intenta curar sino también prevenir patologías severas que puedan producir la muerte.

C. Aborto Habitual: conocemos como aborto habitual, la interrupción reiterada del embarazo, tres o más veces antes de su completa madurez. También es conocido con el nombre de aborto-enfermedad.

Se le ha clasificado en:

1. Aborto precoz del tercer mes de gestación y por lo general deriva de causas endocrinas.
2. Abortos tardíos: son aquéllos que por lo general, por causas anatómicas e infecciosas, no pueden llegar a su término.

D. Aborto séptico: es el aborto complicado con infecciones superficiales o profundas de la herida uterina, capaz de prolongarse en profundidad y aún, de generalizarse por vía venosa o linfática. Schwars sobre el tema dice: "Un aborto séptico es aquél que ha resultado complicado por una infección localizada o general."

La ley permite el aborto sólo en ciertas y calificadas circunstancias. Sin embargo, las autoridades competentes son tolerantes en cuanto al aborto que ellos consideran ilegal y saben que se efectúa sin cortapisa alguna, no ignorando la tremenda demanda en los hospitales nacionales, a donde llegan a completar el procedimiento provocado o auto-inducido.

* Juan Carlos Ahumado: Aspiración Uterina, Revista de Obstetricia y Ginecología. Venezuela. Vol XXXV, No. 3-1975

VII
TECNICAS UTILIZADAS PARA EFECTUAR EL ABORTO

El aborto puede ser inducido por múltiples procedimientos, algunos elaborados por las experiencias médicas, otros debido a la imaginación popular y otros a la superchería. Entre todos, a continuación algunos de los métodos más utilizados en nuestros pueblos:

1. Evacuación Quirúrgica del Utero.
2. Succión del Huevo.
3. Raspado Uterino evacuador
4. Estimulador de las contracciones uterinas:

	por
—Pituitina.	acción directa
—Cornezuela de centeno.	sobre las fibras musculares uterinas.
—Quinina.	
—Aceites esenciales	
—Estricnina.	por acción indirecta
—Prostigmina.	A través del Sistema Nervioso Central
—Nicotina.	
—Eserina.	
—Prostaglandinas.	

5. Traumatismo mecánico del huevo: Se realizan por ruptura del saco amniótico que, es seguido por hemorragia y desprendimiento de la placenta. Ejemplo: Histerómetros, sondas rectas, agujas de tejer o cualquier otro objeto largo y punzante.

6. Agresion Química: Introduciendo en el útero sustancias tóxicas, cáusticas o simplemente hipertónicas, como por ejemplo: se han publicado complicaciones severas por la introducción de Jabones, detergentes, benzoles, etc. Se han observado ulceraciones causadas por el Permanganato de Potasio, formol, la dextrosa al 50o/o y el Cloruro de Sodio al 33o/o.

VIII
CUADRO CLINICO

1. Amenaza de aborto: cronológicamente es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza porque en una paciente con signos presuntivos de embarazo, por ejemplo náuseas y vómitos, acompañado de amenorrea, dependiendo del tiempo de gestación, aparecen dolores hipogástricos, tipo cólico, coincidiendo con las contracciones uterinas, sin modificación de la forma ni dilatación del cuello uterino. Puede acompañarse de leve hemorragia vaginal.

2. Aborto Inminentes: es la exageración de los síntomas y signos de la amenza de aborto. Los dolores son más fuertes y sostenidos, hemorragia vaginal más abundante, acompañada de coágulos sanguíneos.

3. Aborto Inevitable: al cuadro anterior se le agrega que empieza a producirse la dilatación del cuello uterino, fundamentalmente el orificio interno del mismo, aumentando el dolor y la hemorragia o sangrado vaginal.

4. Aborto en curso: al cuadro anterior se le agrega pérdida del líquido amniótico (hidrorrea) y aparecen partes o la totalidad del huevo expulsado.

5. Aborto incompleto: los restos ovulares no han sido totalmente expulsados de la cavidad uterina, por lo cual permanece parcialmente ocupada, manteniéndose el útero blanduzco, grande y sin retraerse; además el cuello permanece dilatado y la hemorragia continúa.

6. Aborto completo: el huevo es eliminado totalmente, desaparecen los dolores, cesa la hemorragia, la matriz recupera su tamaño normal y se cierra el orificio interno del cuello uterino paulatina y respectivamente.

7. Aborto Diferido o retenido: es cuando, muerto el huevo intrauterino por diversos factores, no es expulsado al exterior, significando que el útero no ha tenido retracción y el cuello no se ha dilatado completamente, requiriéndose para ello las siguientes 2 condiciones:
   a) Que se haya producido en el útero el mecanismo del aborto.
   b) Que el huevo quede retenido.

IX

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA EN EL AÑO DE 1977

	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Agost.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
No. Partos	136	133	145	135	174	129	156	120	127	131	132	134
No. Abortos	17	31	24	7	,28	20	15	14	, 13	18	19	13
No. Amenaza de Abortos	2	2	6	1	4	1	8	4	8	5	11	17
TOTALES	155	166	175	143	206	150	179	138	148	154	162	164

Total de Partos en 1977	1652	85.15o/o
Total de Abortos en 1977	219	11.29o/o
Total de Amenazas de Abortos: en 1977	69	3.56o/o
TOTAL	1940	100.00o/o

1940 ./. 100

1652 — X

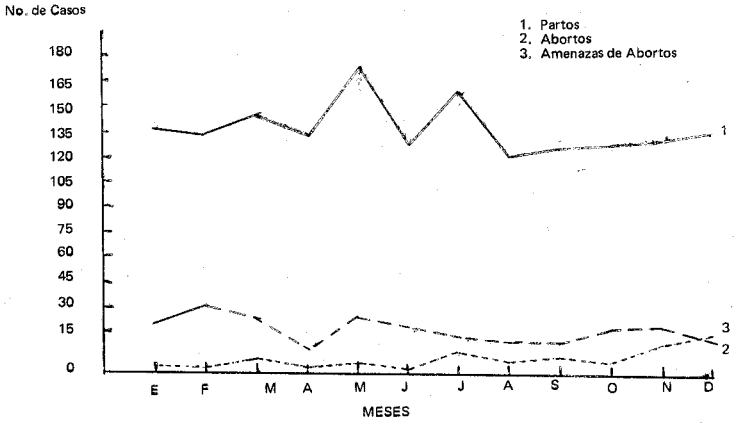
$$X: = \frac{1652 \times 100}{1940} : 85.15o/o$$

De la población atendida en el Departamento de Maternidad, se determinó una incidencia de 10.73o/o Abortos.

En próximos años se sugeriría observar si en los mismos meses del año 1977, se repiten la cifras más altas de "abortos" y "amenazas de abortos", y estudiar los factores que puedan incidir en ese tiempo.

CUADRO COMPARATIVO DE:

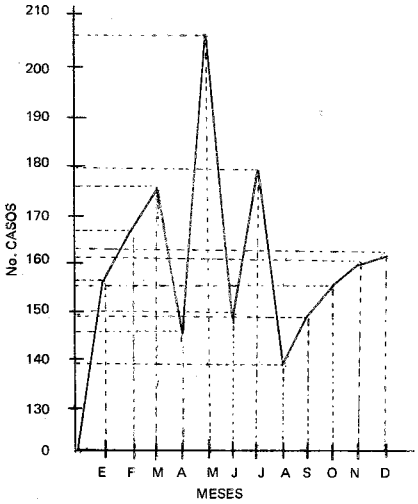
PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA EN 1977



CUADRO No. 2

PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE LOS MESES DEL AÑO 1977

Enero	155
Febrero	166
Marzo	175
Abril	143
Mayo	206
Junio	150
Julio	179
Agosto	138
Septiembre	148
Octubre	154
Noviembre	162
Diciembre	164
Total casos:	1940



Nota: Observando la curva anterior, se puede concluir que ésta tiende a descender en los últimos meses del año.

CUADRO No. 3

NUMERO DE CASOS POR SU PROCEDENCIA

Procedencia	No. de Casos	o/o
Jutiapa	88	40.18
Asunción Mita	37	16.89
Santa Catarina Mita	21	9.58
Agua Blanca	13	5.93
Progreso	13	5.93
Jalpatagua	9	4.10
Quezada	8	3.65
Atescatempa	7	3.19
Yutiltepeque	7	3.19
Acatempa	5	2.28
Zapotitlán	2	0.91
Jerez	2	0.91
Lagunilla	2	0.91
Comapa	2	0.91
Cuilapa	1	0.45
Capital	1	0.45
San Salvador	1	0.45
	219	100.00

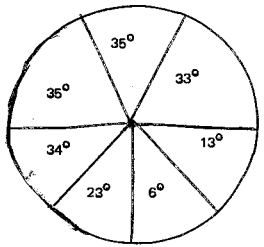
En el presente cuadro podemos observar, un total de 219 casos que ingresaron al Hospital Nacional de Jutiapa, siendo 88 originarios de la cabecera departamental, siguiéndole Asunción Mita con 37 casos. Sumando estos resultados hacen más del 50o/o de los casos observados, lo cual nos hace suponer que a mayor cantidad de población, mayor es el porcentaje de abortos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE NUMERO DE CASOS POR EDADES

	No. de Casos	o/o	Grados
10 a 14	1	0.46	1°
15 a 19	40	18.26	33°
20 a 24	42	19.19	35°
25 a 29	43	19.63	35°
30 a 34	41	18.72	34°
35 a 39	28	12.79	23°
40 a 44	16	7.30	13°
45 y más	8	3.65	6°
Totales	219	100.00	180°

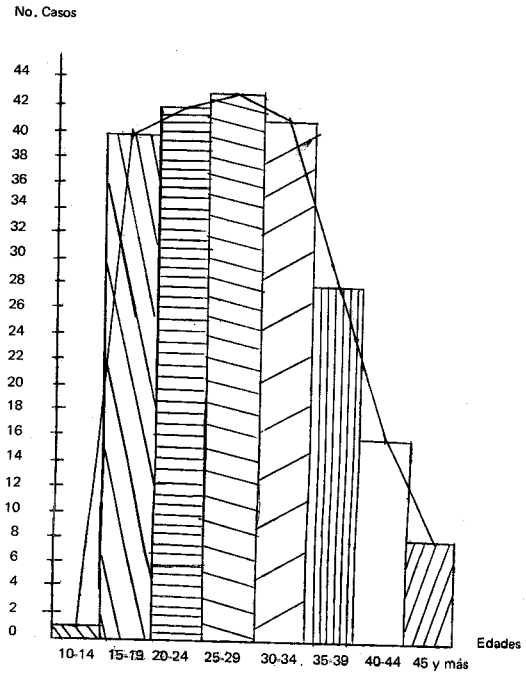
Representación de porcentajes en pastel:



Como lo demuestra el presente cuadro (No. 2), la edad del paciente es de suma importancia, ya que la mayoría de los casos están comprendidos entre los 20 y los 34 años, (57.52o/o). Siendo este grupo de edades por excelencia en las mujeres, el de reproducción, coincidiendo estas cifras con otros trabajos que tratan del mismo tema.

Además, observando la gráfica siguiente, notamos que la curva decrece conforme aumentan las edades.

REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS DEL CUADRO No. 4



CUADRO No. 5

ESTADO CIVIL

	No. de Casos	o/o
Casadas	125	57.07
Unidas	76	34.70
Solteras	17	7.76
Divorciadas	1	, 0.45
Viudas	0	0
Totales	219	100.00

De acuerdo a este cuadro, podemos notar que no es más elevado el número de abortos en las mujeres solteras, como podría pensarse, ya que en ellas influyen una serie de factores que no es nuestro trabajo mencionar. Sin embargo, es mayor esta incidencia en el grupo de las mujeres casadas, con un total de 125 casos (57.07o/o). Esto demuestra la poca profundidad que se ha logrado con respecto a la planificación familiar dentro de la República de Guatemala. También puede pensarse, como ya se hizo notar anteriormente, que el aborto se está utilizando como un método de control de la natalidad y es uno de los más difundidos en el mundo.

CUADRO No. 6

OCUPACION

	No. de Casos	o/o
Oficios domésticos	103	47.03
Estudiantes	5	2.28
Comercio	6	2.73
Enfermería	2	0.91
Oficinistas	2	0.91
Educación	1	0.45
Total	219	100.00

De acuerdo a los datos de este cuadro, y al interrogatorio que llevé a cabo, las personas que realizan oficios domésticos están más propensas a abortos por las siguientes dos causas fundamentales:

a) El trajín de la casa las predispone y las imposibilita para guardar un reposo requerido ante una amenaza de aborto.

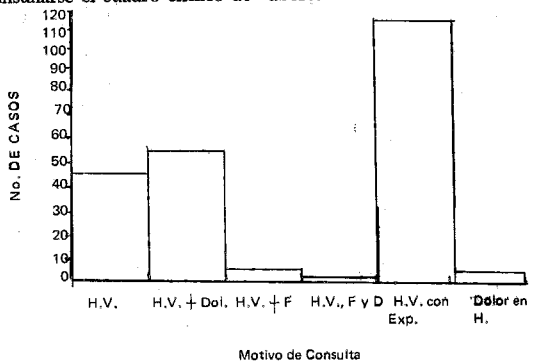
b) Son personas con menos recursos económicos, y tienen que recurrir al aborto como solución, a criterio de ellas, a sus problemas futuros en esta índole.

CUADRO No. 7

MOTIVO DE CONSULTA

	No. de Casos	o/o
Hemorragia vaginal	43	19.63
Hemorragia vaginal más dolor abdominal	54	24.65
Hemorragia vaginal más fiebre	3	1.36
Hemorragia vaginal, fiebre y diarrea	1	0.45
Hemorragia vaginal con expulsión de restos placentarios	114	52.05
Dolor en Hipogastrio	4	1.82
Totales	219	100.00

En el cuadro anterior podemos observar que el motivo principal de consulta fue el de "hemorragia vaginal con expulsión de restos placentarios, en un número de 114 pacientes (52.02o/o), llamando la atención que las pacientes esperen tanto tiempo para hacer la consulta, pues es sabido que este cuadro va precedido por hemorragia, luego se inician los dolores y así sucesivamente, hasta instalarse el cuadro clínico de "aborto en curso".



CUADRO No. 8

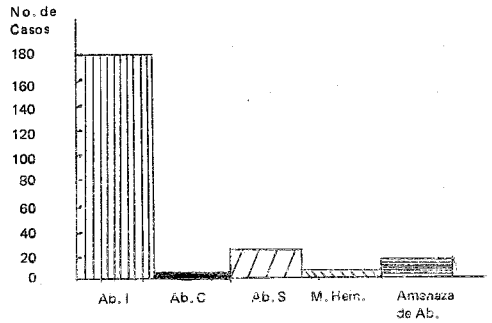
DIAGNOSTICO DE INGRESOS

	No. de Casos	o/o
Abortos Incompletos	180	81.191781
Abortos Completos	2	0.913242
Aborto Séptico	21	9.589041
Metropatía Hemorrágica	3	1.369863
Amenaza de aborto	13	5.936071
Total de casos	219	100

De los 219 casos atendidos, en dos de ellos se tomó conducta expectativa sin legrado, evolucionando satisfactoriamente las pacientes, aunque no se pudo averiguar la edad gestacional.

Tres pacientes fueron ingresadas con impresión clínica de Metropatía Hemorrágica, efectuándoseles legrado uterino, obteniéndose restos placentarios.

De 69 pacientes ingresadas con amenaza de aborto, evolucionaron a aborto en curso trece de los casos.



Diagnóstico de Ingresos

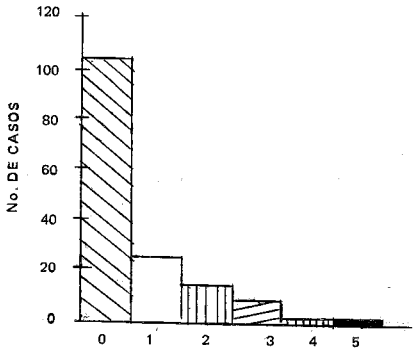
CUADRO No. 9

ABORTOS PREVIOS

No. de abortos previos	No. de Casos	o/o
0	105	67.30
1	,24	15.38
2	14	8.97
3	9	5.76
4	2	1.28
5	2	1.28
TOTALES	156	100.00

De los 219 casos que se han venido estudiando, solamente se investigaron 156 pacientes (71.23o/o), ya que en los otros 63 casos (28.76o/o) no aparecían antecedentes gineco-obstétricos. Estos datos no son completamente confiables ya que donde hubo provocación se ocultó la respuesta.

Las cifras anteriores determinaron que un 32.67o/o de los casos estudiados (156), habían padecido anteriormente de abortos previos.



CUADRO No. 10

TIEMPO DE EVOLUCION POR NUMERO DE CASOS

Horas	1 a 12 hrs.	17
	12 a 24 hrs.	28
Días:	1 a 4 días	58
	5 a 9 días	41
	10 a 14 días	26
	15 a 19 días	29
	20 a 24 días	9
	25 a 29 días	1
Meses:	1 mes	7
	2 meses	3
	Total	219 casos

CUADRO No. 11

REPRESENTATIVO DEL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

Días	No. de Casos	o/o
1	1	0.45
2	158	72.14
3	33	15.06
4	17	7.76
5	3	1.36
6	3	1.36
7	1	0.45
8	2	0.91
9	0	0.00
10	1	0.46
Total	219	100.00

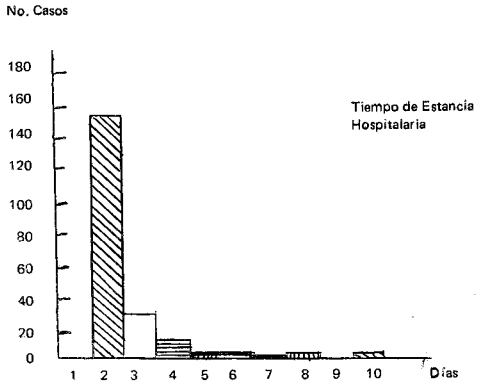
Se determino que el tiempo de hospitalización de 2 (dos) días es el que más número de casos que más más presentó lo cual nos indica que entre 2 y 4 días es el tiempo más elevado de hospitalización dándo un promedio elevado en número de casos.

CUADRO No. 12

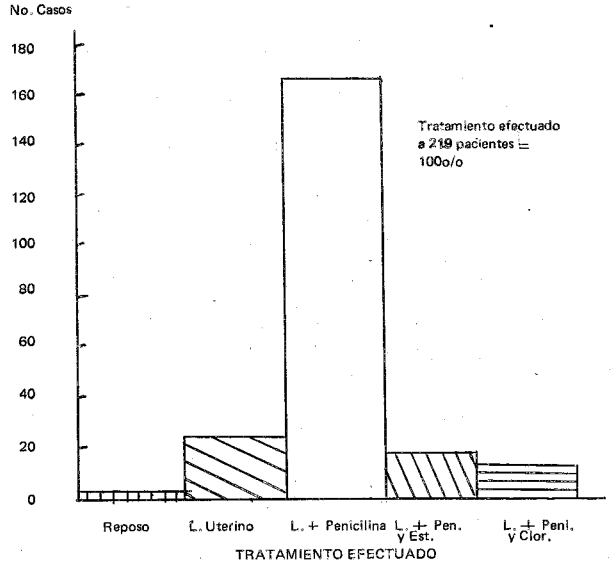
REPRESENTATIVO DEL TRATAMIENTO EFECTUADO EN 219 CASOS

	No. de casos	o/o
Reposo sin legrado	2	0.913242
Legrado Uterino Instrumental	24	10.958904
Legro con inyecciones de Penicilina	161	73.515981
Legrado más penicilina y Estreptomicina	18	8.219178
Legrado, penicilina y cloranfenicol	14	6.392694
Total	219	100.0000000

REPRESENTACION GRAFICA EN BARRAS DEL CUADRO No. 11

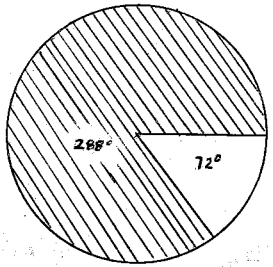


REPRESENTATIVO EN BARRAS DEL
CUADRO No. 12



De los pacientes que recibieron tratamiento con antibiótico que hacen un total de 193 casos, a 68 de ellas se les administró Penicilina procaína sin orden médica y en una sóla dosis de 800,000 U.I. IM.

Evolución	No. de Casos	o/o	o
Satisfactorio	176	80.36	144°
Insatisfactorio	43	19.63	36°
Total	219	100.00	360°



Un total de 80.36o/o de casos han presentado evolución satisfactoria con lo cual se puede afirmar que de cada 10 casos de aborto la evolución de 8 de ellos es satisfactorio y recuperan la salud.

CUADRO No. 13

REPRESENTATIVO DE LAS COMPLICACIONES POR DIAGNOSTICO, SIGNOS Y SINTOMAS

	No. de Casos	o/o
Shock hipvolémico	23	53.488372
Picos Febriles	7	16.279069
Retención de restos placentarios	5	11.627906
Endometritis	3	6.976744
Infección Pévlica	3	6.976744
Perforación Uterina	1	2.325581
Bronconeumonía	1	2.325581
Total	43	100.000000

ANALISIS DE RESULTADOS:

1. En primer lugar es notable el trabajo que hubo en el Departamento de Maternidad durante el mes de mayo, sin embargo el mayor número de abortos atendidos no se verificó en ese mes, sino en el de febrero. Como apunté anteriormente, habría que investigar en próximas oportunidades, para continuar con el análisis de tiempo, si hay factores que influyan en este inciso. En el fin de año se redujo el trabajo.

2. De las pacientes atendidas en ese año, la mayoría (muy carcada por cierto), procedían de la misma cabecera. Considero que dos factores podrían ser la causa: a) La mayor o menor distancia entre el hospital y las pacientes, lo que facilita o dificulta el acercamiento al médico; y b) Mayor o menor número de habitantes, para mayor o menor oportunidad de abortos.

3. Al analizar los resultados de la investigación de "abortos por edades" considero que los datos son bastante representativos de la realidad, ya que entre los 20 y 34 años, la mujer se encuentra en edad fértil o de reproducción. Esto coincide en que a mayor posibilidad de embarazo, mayor oportunidad de aborto.

4. Entrando al análisis de abortos de acuerdo al estado civil, nos encontramos con que no es más elevado el número de abortos en las mujeres solteras, como se supone, sino que ocurre en las casadas. Esto demuestra la poca conciencia y difusión que se ha logrado de la planificación familiar, pues todavía se recurre al aborto como una medida de control de la natalidad, dentro del seno familiar. Estos mismos resultados van ligados a que si las mujeres casadas son las que más recurren al aborto, al investigar abortos dentro de la ocupación de las pacientes, es lógico que los oficios domésticos arrojen el mayor número de abortos. Esta investigación nos demostró que las mujeres que hacen oficios domésticos abortaban en un 47.03o/o.

5. Analizando "motivo de la consulta", tuve oportunidad de analizar también el momento en que las pacientes acuden al médico en casos de presuntos abortos. Y, precisamente por el momento en que visitan al médico, es que llega a culminar el aborto. Analicé e investigué seis distintos cuadros clínicos para poder dejar claramente determinado el diagnóstico, el cual en su mayoría fue de "aborto incompleto".

6. De los 219 casos estudiados, en dos se tomó conducta expectativa sin legrado, evolucionando satisfactoriamente las pacientes, aunque no se pudo averiguar la edad gestacional. Tres pacientes fueron ingresadas con Metropatía Hemorrágica, efectuándoseles legrado uterino, y obteniéndose restos placentarios. De 69 pacientes ingresadas con amenaza de aborto, evolucionaron a "aborto en curso" únicamente trece.

7. Analizando el cuadro de "abortos previos" hay que tomar en cuenta que, donde hubo intención criminal, se ocultó que hubiera antecedentes de aborto, lo cual hace que estos datos del cuadro sean poco confiables.

8. La evolución del aborto en la mayoría de casos, se llevó de 1 a 4 días y las pacientes tuvieron necesidad de hospitalizarse por dos días, aunque otra mayoría hubo de hacerlo de 3 a 4 días, dependiendo del tratamiento que se les aplicara. El más usado fue el de "legrado con inyecciones de penicilina (161 casos de 219), siendo el resultado satisfactorio en la mayoría.

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de casos atendidos procedían de la cabecera Departamental, siguiendolos en segundo lugar los de Asunción Mita, siendo estas poblaciones las que mayor número de habitantes tienen.

2. El 57.52o/o de los casos estuvieron comprendidos entre las edades de 20-34 años, siendo este grupo, el de reproducción por excelencia en las mujeres y el de mayor actividad sexual, coincidiendo este dato con los demás autores del mismo tema.

3. De la población atendida en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Jutiapa durante 1977, el presente estudio determinó una incidencia de 10.73o/o de abortos; en otros terminos, de cada ocho partos atendidos, se encontró 1 aborto.

4. Con respecto a la edad del embarazo, no se pudo obtener un dato exacto ya que las pacientes en su mayoría ocultaron la fecha de última menstruación o no la recordaban y sin tener a la vista el producto de la concepción era aún más dificultoso calcularla.

5. En 1.29o/o de abortos atendidos se investigó la causa del mismo y ninguna paciente reveló haber sido manipulada por ninguna persona abortista y el cuadro estuvo precedido por hemorragia súbita, algún susto o alguna caída pero nunca se aceptó que había sido provocado, aunque como se pudo observar existían historias diferentes proporcionadas por la misma paciente.

6. El aborto continua siendo un problema con muchos puntos de vista médicos, sociales, religiosos, económicos, demográficos, psicológicos, solamente desde el punto de vista médico tiene implicaciones obstétricos, ginecológicos, sanitarios, epidemiologicos, quirúrgicos y psiquiátricos los cuales nos incumben a todos.

7. Hacer consciencia en el operador para que no efectúe un Legrado si no está seguro de hacerlo bien. Esto con el fin de evitar complicaciones posteriores, ya que en 6 casos atendidos quedarón restos placentarios, de los cuales 5 fueron efectuados por el mismo operador.

8. Es necesario un enfoque integral y multidisciplinario del problema de Aborto para su tratamiento adecuado.

RECOMENDACIONES

1. En Jutiapa al igual que en todo el país, el tema sexual para la mayoría de la población continua siendo un tabú del cual no se puede discutir ni hablar con nadie, ya sea por prejuicios religiosos o de otros orígenes relacionados con la sociedad, generando esto una imposibilidad a un conocimiento con bases científicas, resultando así experiencias desastrosas ya que se utilizan otros medios de aprendizaje de lo desconocido o prohibido, por lo que no sería en vano dar educación sexual a la población, si recordamos que todos traemos en nuestro interior el sexo, claro está que tenemos que tener presente que el mayor porcentaje de nuestra población es analfabeta por lo que esto será una tarea ardua y difícil pero no imposible.

2. Mayor difusión de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, los cuales evitarían que las pacientes llegarán hasta el aborto para evitar la concepción y así disminuir los riesgos potenciales que conlleva un aborto.

3. Enfatizar más sobre el nivel socio-económico de los pacientes para así en estudios posteriores relacionar este factor con la incidencia de Abortos, ya que en el presente estudio no fue posible efectuarlo a pesar que era uno de los objetivos del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Abortion. Etiology. Fam Plann Perspect. 9(3). 134-5, May-Jun. 77. U.S.A.

2. Agüer, Oscar: Torres, Jose A. "Frecuencia y Letalidad del Aborto", Revista de Obstetricia y Ginecología. Venezuela. Vol. XXXII' No. 1, 1972.

3. Chang Lau, Rafael. "Aborto". Tesis de Graduación. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1962.

4. Fashen Ortega, Derick. "Amenaza de Aborto Prematuro". Tesis de Graduación, U.S.A.C. de Guatemala, 1974.

5. Gómez Ortega, Jaime. "Fecundidad como Problemática". Tesis de Graduación, U.S.A.C. Guatemala 1976.

6. Lemus González, Sergio. "El Imperialismo Capitalista y el Control de la Natalidad en Guatemala." Tesis de Graduación. U.S.A.C. Guatemala 1977.

7. Lira Dardón, Humberto. "Aborto Séptico en Materniad del Hospital Roosevelt". Tesis de Graduación. Facultad de Medicina. Guatemala 1973, Editorial Universitaria.

8. Mereno de Martinez, Libia. Salazar, Josefina. "Planificación Familiar y Aborto". Un Derecho de la Mujer. Barcelona 1976. Vol. XXXVI. No. 3.

9. Moreno Cambara, Mario Rene. "El Aborto, Consideraciones". Tesis de Graduación. Facultad de Medicina. Guatemala 1974.

10. Rendon, Juan. Ortega, Pedro. "Aspiración Uterina". Revista de Obstetricia y Ginecológia. Venezuela. Vol. XXXV. No. 3. 1975.

11. Reyes R. Arturo. "El Legrado y el Aborto Séptico". Tesis de Graduación. U.S.A.C. de Guatemala, 1951.

12. Ruíz Velasco, Víctor. Conde, Blanca. "Amenaza de Aborto". Pág. 109, Revista de Obstetricia y Genecología. Venezuela. Vol. XXX No. 1, 1970.

13. Salazar G. Ana María. "Aborto Habitual". Tesis de Graduación, Facultad de Medicina. Guatemala, 1973.

14. Solorzano Flores, Mario. "Infecciones Pélvicas post-aborto". Tesis de Graduación, Facultad de Medicina. U.S.A.C. de Guatemala 1965.

15. Vetorazzi, César Augusto. "Aborto. La Evacuación Uterina en el Aborto". Tesis de Graduación. U.S.A.C. de Guatemala, 1967.

16. Villatoro, Hugo Enrique. "Muerte Materna post-aborto en Hospital Roosevelt." Tesis de Graduación, U.S.A.C. de Guatemala, 1974.

17. Zambrano, Elias Joel. "Aborto Frustrado". Tesis de Graduación. Facultad de Medicina. Guatemala, 1977.

18. Zenteno Luarca, Mario Antonio. "Tratamiento en Amenaza de Aborto con sustancias Beta-adrenérgicas". Tesis de Graduación. U.S.A.C. de Guatemala, 1970.

EDGAR ROLANDO VARGAS MONTUFAR.
Br.

Asesor
Dr. HUGO SILVA PANIAGUA

Revisor
Dr. JORGE PALMA MOYA.

Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEON.

Secretario General
Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.

Decano
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.