

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



EDHER WENDELL CIFUENTES BOTELLO

## CONTENIDO

- 1.- Introducción
- 2.- Objetivos, material y métodos
- 3.- Postulados y premisas
- 4.- Revisión Histórica sobre aborto
- 5.- Definición y clasificación de aborto
- 6.- Presentación de Resultados
- 7.- Conclusiones
- 8.- Recomendaciones
- 9.- Bibliografía.

## INTRODUCCION.

No ha habido época en el transcurso de la humanidad, la cual no haya hecho su aparición el problema del aborto, como parte inherente al proceso que la sociedad sigue para su multiplicación.

El enfoque dado al problema ha sido multifacético, debido a los distintos puntos de vista influidos por las diferentes corrientes prevalecientes en el decurso de la humanidad; éstas han oscilado desde consideraciones rudimentarias, hasta el criterio científico de nuestros días.

Guatemala no ha sido un país que haya permanecido al margen de los fenómenos que afectan a la humanidad. El conocimiento de tales fenómenos me han inducido a la estructuración del presente trabajo, con el fin de evidenciar cómo afecta en el área geográfica considerada el problema del aborto.

Sea este trabajo reconocido como un esfuerzo, aunque modesto, para contribuir al conocimiento acerca del aborto en el caso de Jalapa, tratando de encontrar los factores desencadenantes.

Mi sincera gratitud a las pacientes del Hospital Nacional de Jalapa, que aún sin proponérselo, hicieron posible la realización de este trabajo.

## OBJETIVOS.

### Generales:

- 1.- Hacer conciencia sobre la realidad del aborto y las soluciones que están a nuestro alcance.
- 2.- Dar a conocer en qué consiste la incidencia de aborto en el Departamento de Jalapa.
- 3.- Ayudar a que se tome una mejor decisión en el diagnóstico de las hemorragias vaginales en general.
- 4.- Motivar a la realización de investigaciones similares en toda la República.
- 5.- Proporcionar una fuente útil y verídica de información para investigaciones ulteriores.

### Específicos:

- 1.- Conocer amplia y detalladamente el fenómeno del aborto atendido en el Hospital Nacional de Jalapa.
- 2.- Investigar la relación que existe entre el aborto y ciertos rasgos personales de las pacientes tales como edad, profesión, procedencia, etc.
- 3.- Proporcionar a las pacientes obstétricas del Hospital Nacional de Jalapa, una mejor atención por parte del cuerpo médico a través de los resultados obtenidos de este trabajo que evidenciarán la magnitud del problema.

## Material y Métodos:

### 1 - Material

#### 1) Recursos Humanos

- a) Personal Médico
- b) Personal de Archivo
- c) Personal de Secretaría

#### 2) Recursos Materiales

- a) Archivo General del Hospital Nacional "Nicolasa Cruz" Jalapa.
- b) Expedientes clínicos de pacientes hospitalizados en el período comprendido del 1o. Enero 1978 al 31 de Diciembre 1978 por Amenaza de Aborto, Aborto y Parto.

### 2 - Método

En la investigación que pretendo presentar, el material u-  
objeto de estudio, son todos los casos de amenaza de abor-  
to, aborto y partos, atendidos durante 1978 en el Hospi-  
tal Nacional de Jalapa.

Es este el primer trabajo que sobre el tema se realiza en el Departamento de Jalapa. Los datos que se obtuvieron así como los resultados también, se presentan en una forma clara, para que sean dignos de tomarse en cuenta al momento de considerarse decisiones importantes sobre el problema.

## **POSTULADOS Y PREMISAS:**

- 1.- Influye la edad del paciente en la incidencia del aborto?
- 2.- Es más frecuente el aborto entre las mujeres solteras que entre las casadas?
- 3.- Qué influencia tiene la ocupación del paciente sobre la incidencia del aborto?
- 4.- Qué relación existe entre los partos (número) atendidos en el Hospital y el número de casos de aborto?
- 5.- Qué porcentaje de pacientes que consultaron por amenaza de aborto, progresaron a aborto en el Hospital?

## ABORTO

### Revisión Histórica:

La palabra aborto deriva del término latino aboriri que significa "separar del sitio adecuado". Las referencias en la Biblia - (Antiguo Testamento) son generalmente condenas contra el aborto. Esta norma prevaleció hasta que los judíos emigraron a Egipto y estuvieron bajo la influencia de la cultura griega y romana.

Hacia esta época de la emigración apareció el papiro de - Ebers ( 1550 años antes de Cristo ) que describía métodos para inducir al aborto, tal como dátiles, cebollas y el fruto del acanto, todo mezclado con miel y aplicado en la vulva.

En la antigua Grecia hubo mucha atención sobre el tema, - Aristóteles y Platón aconsejaba el aborto para la mujer embarazada que ya tenía el número de hijos deseados, también para la mujer - que concebía después de los 40 años. Por otro lado Solón y Licurgo decretaban leyes prohibiendo el aborto. Lisias señalaba que el principal problema era en saber si el feto era un ser animado o no. El aborto inducido parece fue bastante frecuente en Grecia y lo practicaban las comadronas. La Obstetricia la desempeñaban los grupos: A) las comadronas tradicionales que asistían los partos y B) el grupo mayor llamado "iatpouaiai" que tenía la potestad de provocar el aborto.

Los abortos fueron practicados libremente en la Roma Imperial por comadronas y en menor grado por médicos griegos, principalmente debido a que los médicos romanos libres se veían atados por el juramento Hipocrático.... "Ni ayudaré a una mujer a provocar el Aborto.

Muchos de estos abortos eran efectuados mediante legrados y entonces como ahora, las complicaciones (perforación y sepsis) eran responsables de la mayoría de muertes. Además se emplearon agentes orales (purgantes fuertes) y duchas vaginales con agua caliente, las comadronas probaban una y otra vez hasta que se producía el aborto o se ocasionaba la muerte. Muchos escritores clásicos hacen alusión al tema, Gellius deploró la práctica del aborto por mujeres que únicamente pretendían cuidar su silueta. Ovidio también menciona de una liga de mujeres romanas que luchaban en pro del aborto. Fue hasta la decadencia del imperio en que el estado prohibió la práctica por el hecho de que el marido romano se veía privado de su descendencia a causa del aborto. En los siglos I y II a J.C. Soranus el más importante ginecólogo de la época en un trabajo suyo comentaba que el aborto era más fácil de provocar en el tercer mes, pero podía complicarse con metritis incluso con conversiones (tétanos). Con el cristianismo se generalizó la actitud de que el aborto era un acto vergonzoso y no se debía tolerar o quizás se basó en parte al deseo de que se aumentara lo más rápido posible la población cristiana. Valeció que la mujer que una vez estaba embarazada (voluntad de Dios) no debía hacerse nada sin importar aspectos económicos o de peligro para la madre. La consecuencia fue el desarrollo de la práctica del aborto criminal desconocido anteriormente. Los teólogos cristianos definen que el feto posee un alma desde el momento en que el óvulo es fecundado, por lo tanto era un asesinato el aborto inducido, como decía Worms en 1521.

En épocas más modernas Taussig al revisar las prácticas abortivas entre los pueblos primitivos encontró que casi cada tribu tenía sus métodos para provocar el aborto, variando desde agentes orales, traumas abdominales hasta la introducción de cuerpos extraños. Así mismo las actitudes hacia el aborto varían en las distintas partes del mundo, las razones oscilan desde la vanidad y el

miedo hasta las consideraciones económicas más corrientes.

De hecho se trata de un problema tan viejo como la civilización. Sus secuelas han sido y seguirán siendo no solo problema de tipo médico sino también sociales, políticos, morales y económicos.

**Definición:**

Aborto se refiere a la terminación de un embarazo antes de que el feto haya alcanzado su viabilidad o sea capacidad de vida extrauterina independiente; tomando en cuenta que viabilidad se define en términos de la duración del embarazo y, o peso fetal. Se alcanza la viabilidad a las 28 semanas contando a partir del primer día del último ciclo menstrual normal, lo que corresponde a un peso de 1 Kg. del feto, aproximadamente.

**Procedimientos abortivos:**

Se pueden analizar tres clasificaciones, a) Evacuación instrumental por vía vaginal, b) Estimulación de contracciones uterinas, y c) Cirugía mayor.

**A) Evacuación Vaginal:**

Se usa principalmente para la terminación del embarazo en el primer trimestre, consiste en ensanchar el canal cervical insertando dilatadores metálicos cada uno de calibre ligeramente mayor que el anterior. Cuando el canal se ha ensanchado lo suficiente para permitir el paso de instrumentos a la cavidad uterina, se extrae con una pequeña pinza para óvulo y después se raspan y retiran los tejidos de placenta restantes con una cureta afilada.

**B) Estimulación de contracciones uterinas:**

Durante el segundo trimestre el aborto se inicia generalmente con la estimulación de contracciones uterinas.

Se reemplaza el líquido amniótico con una solución salina-hipertónica. Se punciona el útero con una aguja a través de la pared abdominal, se retira cierta cantidad de líquido amniótico (200)

cc. y se reemplaza con una igual cantidad o algo mayor de la solución salina sin anestesia.

El corazón del feto deja de latir en 1 hora y el trabajo de parto comienza de 12 a 48 horas después de la instilación y la expulsión del feto viene horas después. No se conoce exactamente el mecanismo fisiológico causante de este efecto. Actualmente el proceso se puede acelerar ya sea con administración intravenosa de occitocicos; o como en otros países, empleando una solución de urea que reemplaza a la solución salina, además de inyecciones de prostaglandinas las que acortan el período entre la inyección y la expulsión del feto.

### C) Cirugía Mayor:

Hay dos procedimientos para la terminación del embarazo, la Histerotomía y la Histerectomía. La primera básicamente una cesárea en cualquier etapa del embarazo antes que el feto sea viable. Se llega al útero mediante una laparatomía, pero hasta la 16 semana se puede hacer vía vaginal. Como se considera que la cicatriz en la pared uterina debilita el tejido y puede causar rotura del útero en un parto posterior, algunos médicos sostienen que los embarazos posteriores necesitarán de cesárea, por eso, la histerotomía solo se practica cuando no se desean embarazos posteriores, pues se combina con esterilización por ligadura de trompas. La Histerectomía implica la extirpación del útero no así de los ovarios, con frecuencia se usa cuando el objetivo es extirpar el útero, tumores fibromas, además de la terminación del embarazo. Ambos procedimientos se hacen bajo anestesia.

### Complicaciones:

El aborto inducido en cualquier momento de la gestación expone a la mujer a un riesgo de complicaciones, siempre superior a ce-

ro, dependiendo de las circunstancias en que se practique. Las hay tempranas (antes de 30 días post-aborto) y tardías 30 días después. Entre las primeras están la perforación del útero con los instrumentos usados para la evacuación vaginal, algunas veces combinadas con lesiones a intestinos u otros órganos, hemorragias copiosas, efectos sobre el sistema nervioso central y/o riñones, como resultado de la penetración directa al torrente sanguíneo de la solución salina o por la cavidad peritoneal; efectos de la anestesia; retención de restos placentarios que producen hemorragia; infecciones desde una leve endometritis hasta peritonitis generalizada, septicemia y muerte. Entre las complicaciones tardías: 1) mayor riesgo de parte prematuro, mortalidad del recién nacido y aborto espontáneo en embarazos posteriores debidos a lesión del cuello uterino en el momento de la dilatación; 2) Sensibilización de mujeres Rh- por glóbulos rojos del feto con Rh+ y 3) Endometritis en tejido cicatricial de una hysterectomy. Puede presentarse una esterilidad secundaria, y embarazos ectópicos, resultados tardíos después del aborto.

### A) Aborto espontáneo:

Es la terminación del embarazo antes de que el fruto sea viable, debida a causas naturales sin intervención mecánica o médica. La incidencia se considera, por lo general, que alcanza el 10% de todos los embarazos.

Etiología: Durante los primeros meses del embarazo la expulsión espontánea del huevo está precedida, casi siempre, por la muerte del feto. La muerte puede ser debida a anomalías del huevo o del aparato reproductor, o a una enfermedad de la madre.

a) Desarrollo anormal: La causa más frecuente de muerte fetal consiste en una anormalidad del desarrollo, incompatible con la vida. La incidencia de huevos anormales entre los abortos espontáneos disminuye ostensiblemente desde el 1 al 4 mes de gestación. La causa de tales anomalías en los seres humanos es todavía desconocida, parece que existen dos grupos principales de factores: anomalías del óvulo y alteraciones del medio que lo rodea. Mientras no se tenga un conocimiento más preciso, las anomalías en las fases tempranas de la segmentación se atribuyen a defectos en el plasma germinal de causa materna, paterna o ambas.

Son muchos los factores que afectan tanto al medio uterino como al embrión. Algunos como las radiaciones, los virus y los factores químicos. Dado que estos factores pueden producir malformaciones congénitas se les llaman teratógenos. No obstante si estos factores ejercen su acción en un momento determinado y a una concentración particular es posible que provoquen un aborto, ya sea por acción directa sobre el embrión, ya que se altera su constitución cromosómica.

b) Anomalías de la placenta: A partir de la 20 semana, ciertas anomalías placentarias causan a veces aborto, aunque más a menudo dan lugar a un parto prematuro. En las vellosidades pueden presentarse endoarteritis sin relación con la sífilis e interferir al intercambio placentario de modo que cause la muerte fetal.

#### Enfermedades Maternas:

A) Infecciones Agudas: Estas enfermedades infecciosas agudas en especial la neumonía, la fiebre tifoidea y la pielonefritis a veces dan lugar a abortos si bien frecuentemente tienden a provocar partos prematuros. La malaria puede provocar aborto a causa de la hipertermia, incidiendo en una mujer sin defensa o

bien, aunque rara vez, por afectación placentaria del parásito. Las toxinas procedentes de la madre pueden lesionar al feto o causar muerte y expulsión.

B) Infecciones Crónicas Consuntivas: En la fase del embarazo, enfermedades como la tuberculosis o la carcinomatosis, rara vez causa aborto, la paciente muere a menudo sin dar a luz.

C) Sífilis: Esta enfermedad fue al principio considerada como causa frecuente a aborto. No obstante la espiroqueta no cruza la barrera placentaria hasta después de la 20 semanas.

D) Alteraciones Endócrinas: Se atribuye el aborto a menudo sin razón suficiente, a la deficiente cantidad de progesterona.

E) Laparotomía: El trauma que presenta la laparotomía a veces provoca el aborto. Cuanto más próxima a los órganos pélvicos esté la herida quirúrgica, más fácil es que produzca aborto.

F) Anomalía de los órganos reproductores: Las anomalías locales y las enfermedades del aparato reproductor sólo raras veces son causa de aborto.

Ni siquiera los miomas uterinos grandes y múltiples producen necesariamente el aborto. Es más importante la localización del mioma que el tamaño del mismo. Los tumores submucosos constituyen la variedad que con más frecuencia tienden a producirlo.

El cuadro clínico del aborto espontáneo se divide en cuatro subgrupos. Amenazante, inevitable, incompleto y diferido.

1) Amenaza de Aborto: Se presume que hay amenaza de aborto cuando se aparece flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensi-

dad o una franca hemorragia vaginal durante la primera mitad del embarazo. Puede ir acompañada de dolores leves, semejantes a los que aparecen durante la menstruación o de dolor de espalda.

2) Aborto Inevitable: Se caracteriza por la rotura de las membranas estando el cuello dilatado. En esta condición es seguro que va a producirse el aborto.

3) Aborto Incompleto: Cuando la placenta queda retenida en su totalidad o en parte se produce hemorragia más o menos tarde, siendo éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto.

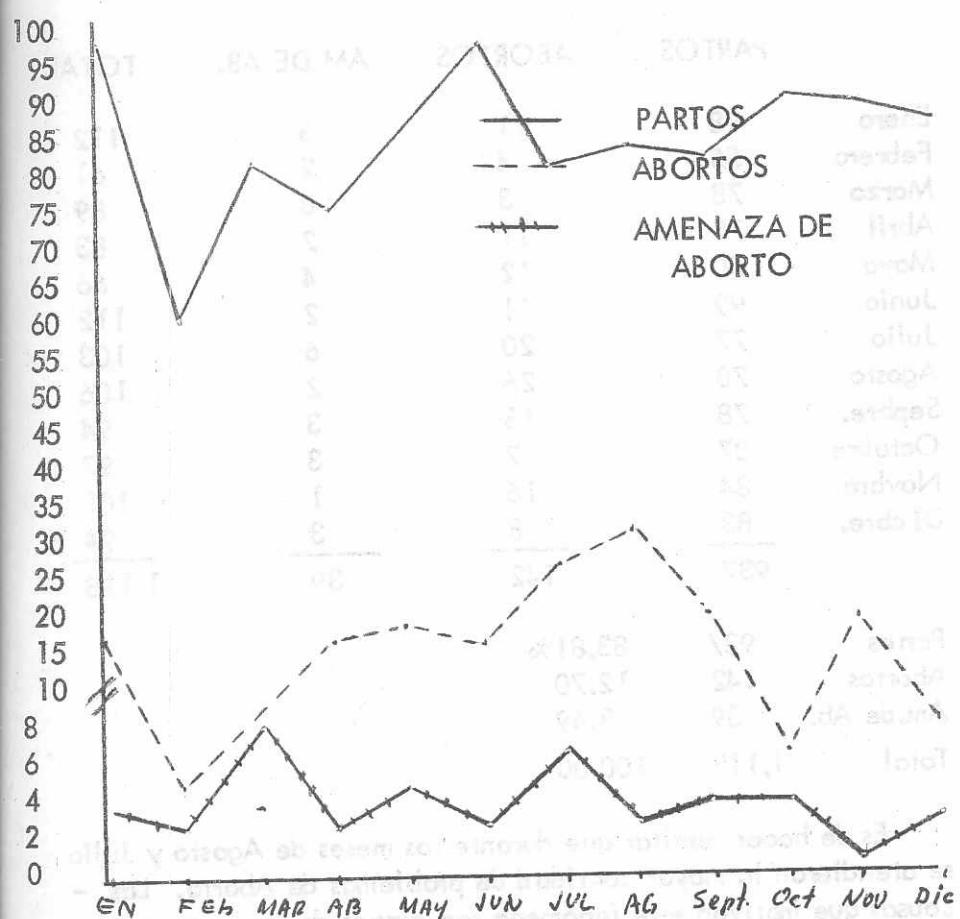
4) Aborto Diferido: Es la retención del producto de la concepción durante dos meses o más después de haber muerto el feto. — Después de la muerte del feto, puede haber hemorragia o no, incluso síntomas transitorios que denotan una amenaza de aborto. — El útero parece entonces estacionario en tamaño y las modificaciones mamarias regresan, es posible que la paciente pierda peso. En la mayoría de los casos el aborto diferido termina en forma espontánea, el proceso de expulsión es igual que en el aborto ordinario. El producto de la concepción si queda retenido varias semanas después de la muerte fetal, es un saco arrugado que contiene un embrión muy macerado, en forma de masa compuesto por tejido viejo y sangre, a veces con áreas de calcificación densa.

5) Aborto Habitual: Se ha definido siguiendo diversos criterios, pero más se acepta cuando la paciente ha tenido tres o más abortos espontáneos consecutivamente.

Etiológicamente los factores se clasifican en dos grupos principales: 1) Células germinales anormales: Por lo general los es-

permatozoides o los óvulos son tan anormales que de cada fecundación se origina un huevo patológico el cual es abortado. 2) Medio Materno defectuoso: Son pocos los casos de aborto habitual producidos por la existencia de un medio materno inadecuado, entre estas causas están: Deficiencia tiroidea, factores nutricionales, alteraciones uterinas anatómicas, cervix incompetente, sífilis, incompatibilidad de grupos sanguíneos y enfermedades vasculares hipertensivas.

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOS-  
PITAL NACIONAL DE JALAPA EN 1978.



CONSULTAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA DURANTE EL AÑO 1978.

	PARTOS	ABORTOS	AM.DE AB.	TOTAL
Enero	98	11	3	112
Febrero	55	4	2	61
Marzo	78	3	8	89
Abri	70	11	2	83
Mayo	50	12	4	66
Junio	99	11	2	112
Julio	77	20	6	103
Agosto	78	26	2	106
Sepbre.	78	13	3	94
Octubre	87	7	3	97
Novbre.	84	16	1	101
Dicbre.	83	8	3	94
	937	142	39	1,118
Partos	937	83.81%		
Abortos	142	12.70		
Am.de Ab.	39	3.49		
Total	1,118	100.00		

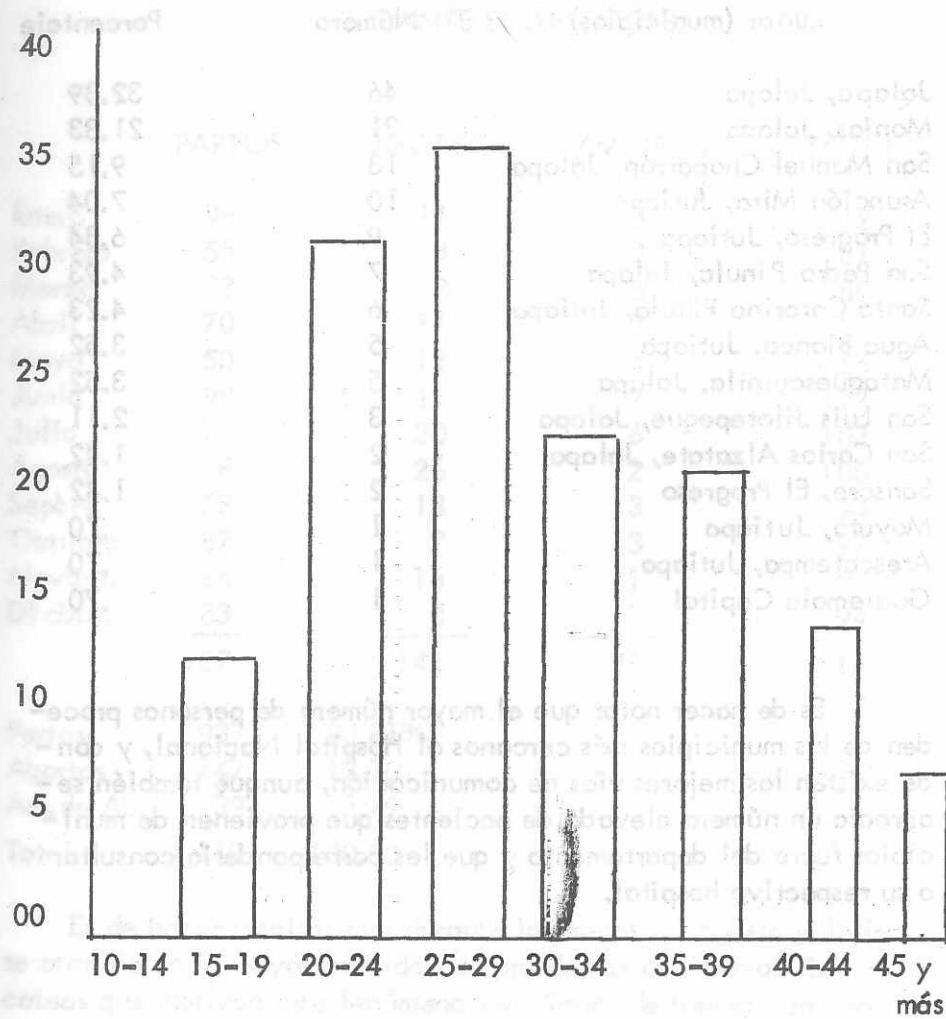
Es de hacer resaltar que durante los meses de Agosto y Julio se atendieron la mayor cantidad de problemas de Aborto. Las causas que motivan este fenómeno son dignas de tomarse en consideración para futuras investigaciones. También es importante aclarar que 15 casos (38.46%) de 39 (100.00%) de amenazas de aborto, evolucionaron a aborto completo.

CLASIFICACION SEGUN LUGAR DE PROCEDENCIA.

Lugar (municipios)	Número	Porcentaje
Jalapa, Jalapa	46	32.39
Monjas, Jalapa	31	21.83
San Manuel Chaparrón, Jalapa	13	9.15
Asunción Mita, Jutiapa	10	7.04
El Progreso, Jutiapa	9	6.34
San Pedro Pinula, Jalapa	7	4.93
Santa Catarina Pinula, Jutiapa	6	4.23
Agua Blanca, Jutiapa	5	3.52
Mataquescuintla, Jalapa	5	3.52
San Luis Jilotepeque, Jalapa	3	2.11
San Carlos Alzatate, Jalapa	2	1.42
Sansare, El Progreso	2	1.42
Moyuta, Jutiapa	1	.70
Atescatempa, Jutiapa	1	.70
Guatemala Capital	1	.70

Es de hacer notar que el mayor número de personas proceden de los municipios más cercanos al Hospital Nacional, y donde existen las mejores vías de comunicación, aunque también se aprecia un número elevado de pacientes que provienen de municipios fuera del departamento y que les correspondería consultar a su respectivo hospital.

### CLASIFICACION SEGUN EDAD



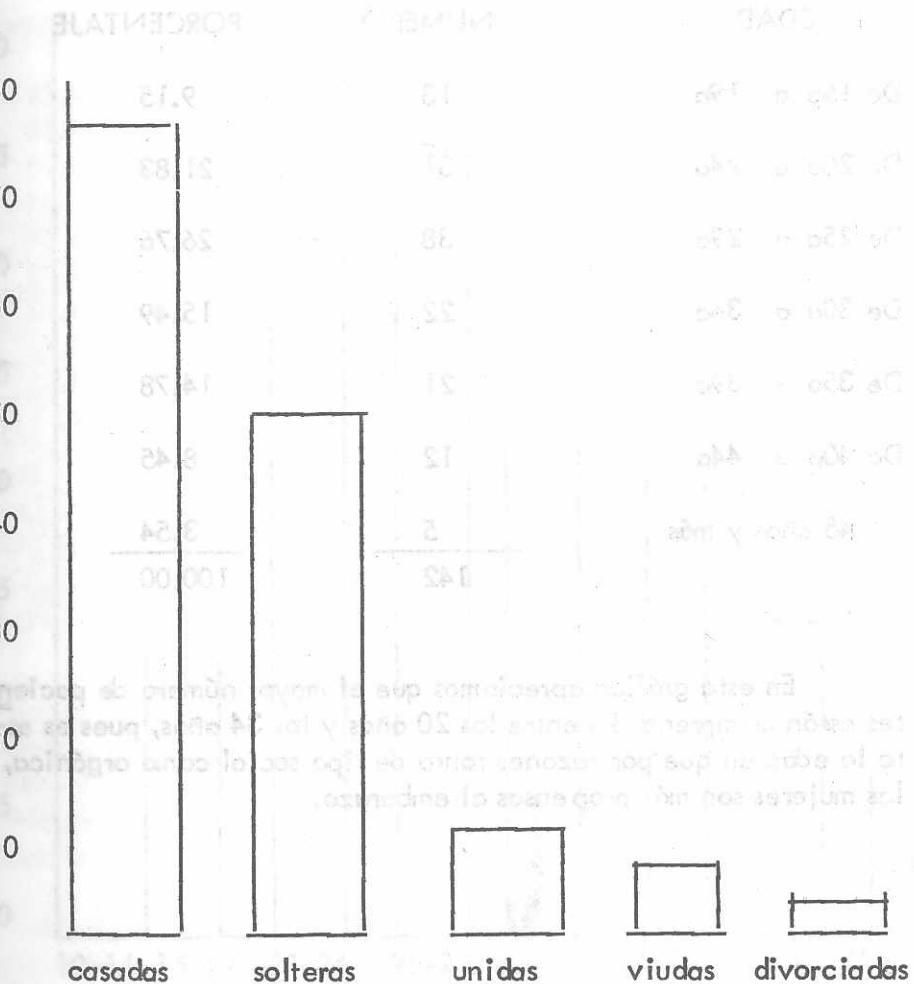
se observa que las edades de las pacientes varían entre 10 y 45 años, siendo la edad media de 28 años. La edad media es de 28 años, lo que indica una tendencia a la madurez temprana. Los datos muestran que 15% (o 46%) de las pacientes tienen entre 15 y 24 años, lo que sugiere una elevación para las edades más jóvenes. Es importante mencionar que 15% (o 46%) de las pacientes tienen entre 15 y 24 años, lo que sugiere una elevación para las edades más jóvenes.

### CLASIFICACION SEGUN EDAD

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
De 15a a 19a	13	9.15
De 20a a 24a	31	21.83
De 25a a 29a	38	26.76
De 30a a 34a	22	15.49
De 35a a 39a	21	14.78
De 40a a 44a	12	8.45
45 años y más	5	3.54
	142	100.00

En esta gráfica apreciamos que el mayor número de pacientes están comprendidas entre los 20 años y los 34 años, pues es ésta la edad en que por razones tanto de tipo social como orgánica, las mujeres son más propensas al embarazo.

### CLASIFICACION SEGUN ESTADO CIVIL



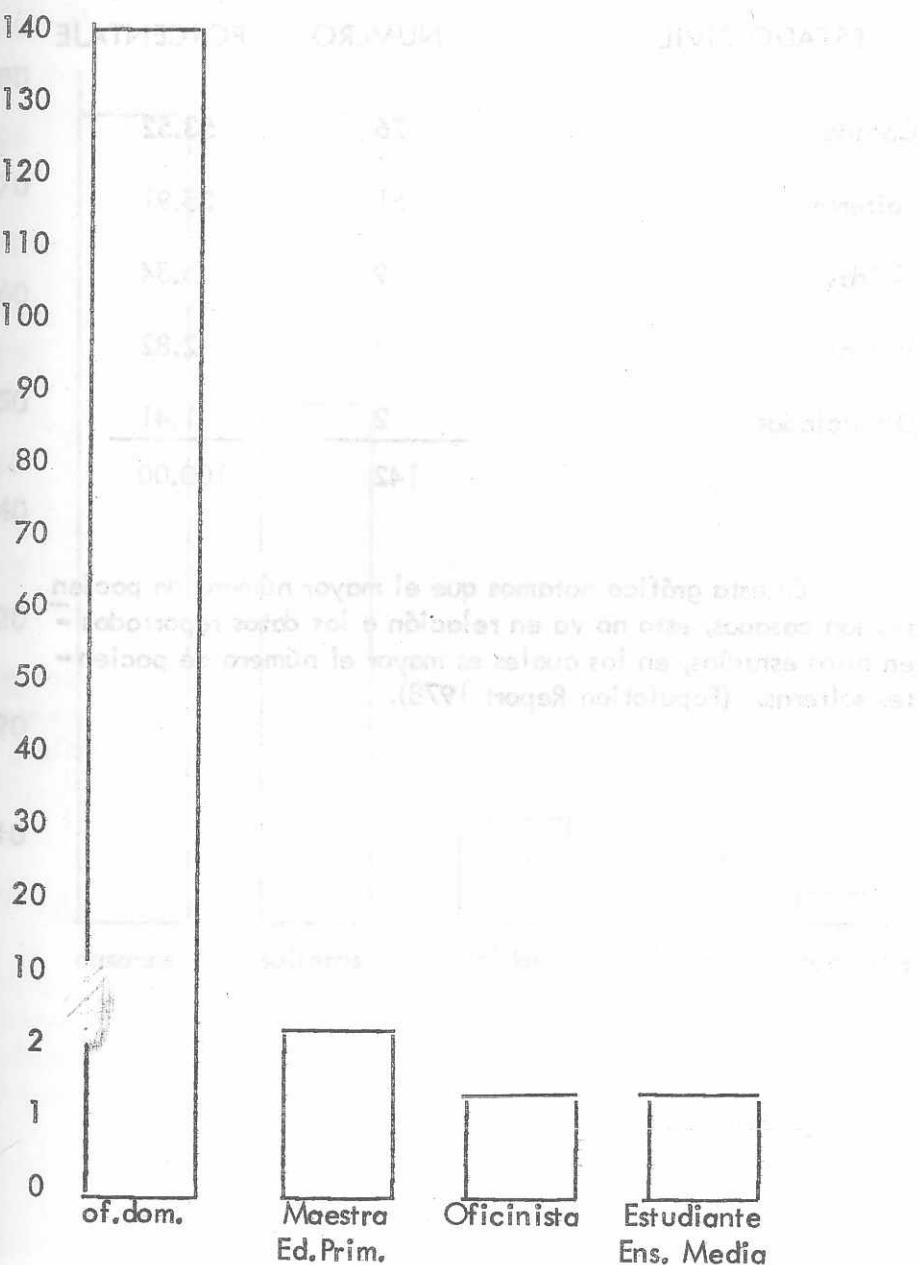
### CLASIFICACION SEGUN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Casadas	76	53.52
Solteras	51	35.91
Unidas	9	6.34
Viudas	4	2.82
Divorciadas	2	1.41
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100.00</b>

En esta gráfica notamos que el mayor número de pacientes son casadas, esto no va en relación a los datos reportados - en otros estudios, en los cuales es mayor el número de pacientes solteras. (Population Report 1978).



CLASIFICACION SEGUN OCUPACION U OFICIO



CLASIFICACION SEGUN OCUPACION U OFICIO

OCUPACION U OFICIO	NUMERO	PORCENTAJE
Oficios Domésticos	138	97.20
Maestra Educ. Primaria	2	1.40
Estudiantes de nivel medio	1	.70
Oficinista	1	.70
	142	100.00

Se nota que un elevado porcentaje de pacientes su ocupación es de Oficios Domésticos, de donde se podría pensar que el nivel cultural de la paciente influye en gran manera en la incidencia de abortos.

CLASIFICACION SEGUN MOTIVO DE CONSULTA

150	REGENERA	ORIGEN	NÚMERO	MOTIVO DE CONSULTA
140				
130				
120	02.79	861		dolor recto vaginal
110				
100	02.71	5		dolor recto vaginal
90				
80	02.	7		dolor vaginal en postura
70				
60	02.	1		dolor vaginal
50				
40	00.001	20		
30				
20				
10				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				
20				
10				
2				
1				

CLASIFICACION SEGUN EL MOTIVO DE CONSULTA

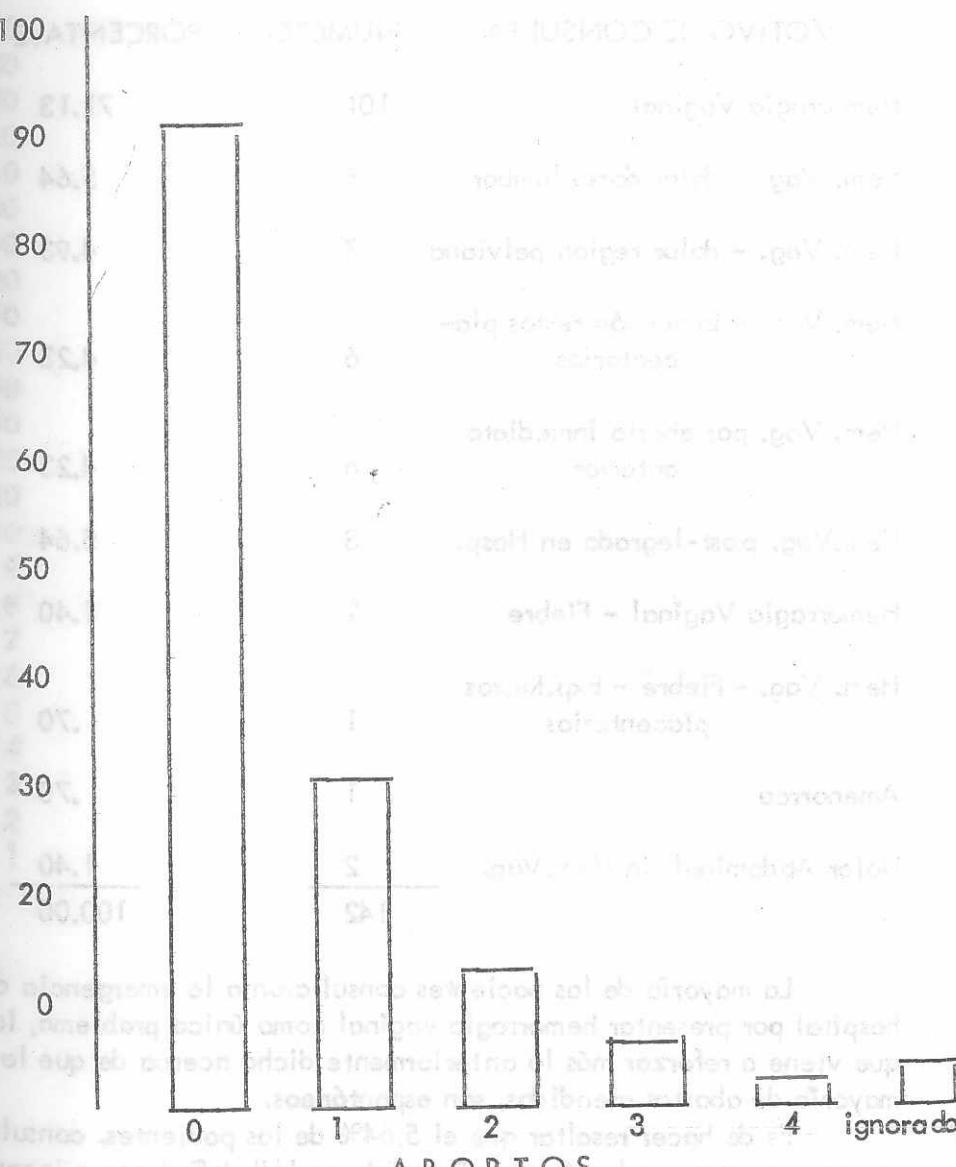
MOTIVO DE CONSULTA	NUMERO	PORCENTAJE
Hemorragia Vaginal	101	71.13
Hem. Vag. - dolor dorso lumbar	8	5.64
Hem. Vag. - dolor región pelviana	7	4.93
Hem. Vag. - Expulsión restos placentarios	6	4.23
Hem. Vag. por aborto inmediato anterior	6	4.23
Hem. Vag. post-legrado en Hosp.	8	5.64
Hemorragia Vaginal - Fiebre	2	1.40
Hem. Vag. - Fiebre - Exp. Restos placentarios	1	.70
Amenorrea	1	.70
Dolor Abdominal sin Hem. Vag.	2	1.40
	142	100.00

La mayoría de los pacientes consultaron a la emergencia del hospital por presentar hemorragia vaginal como único problema, lo que viene a reforzar más lo anteriormente dicho acerca de que la mayoría de abortos atendidos, son espontáneos.

Es de hacer resaltar que el 5.64% de las pacientes, consultaron nuevamente por habersele efectuado un LUI deficiente e incompleto.

CLASIFICACION SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS ANTERIORES.

No.

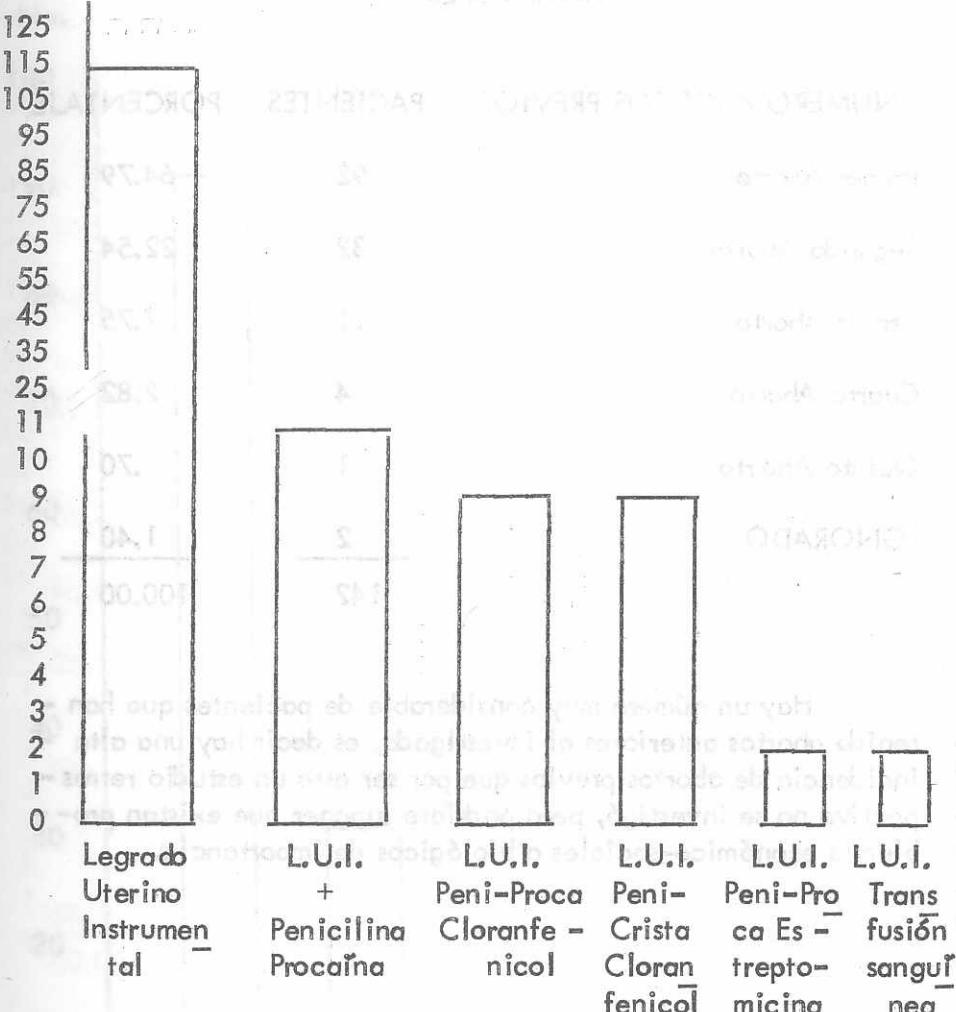


CLASIFICACION SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS ANTERIORES

NUMERO ABORTOS PREVIOS	PACIENTES	PORCENTAJE
Primer Aborto	92	64.79
Segundo Aborto	32	22.54
Tercer Aborto	11	7.75
Cuarto Aborto	4	2.82
Quinto Aborto	1	.70
IGNORADO	2	1.40
	142	100.00

Hay un número muy considerable de pacientes que han tenido abortos anteriores al investigado, es decir hay una alta incidencia de abortos previos que por ser este un estudio retrospectivo no se investigó, pero podríase suponer que existan problemas económico-sociales o biológicos de importancia.

### CLASIFICACION SEGUN TRATAMIENTO

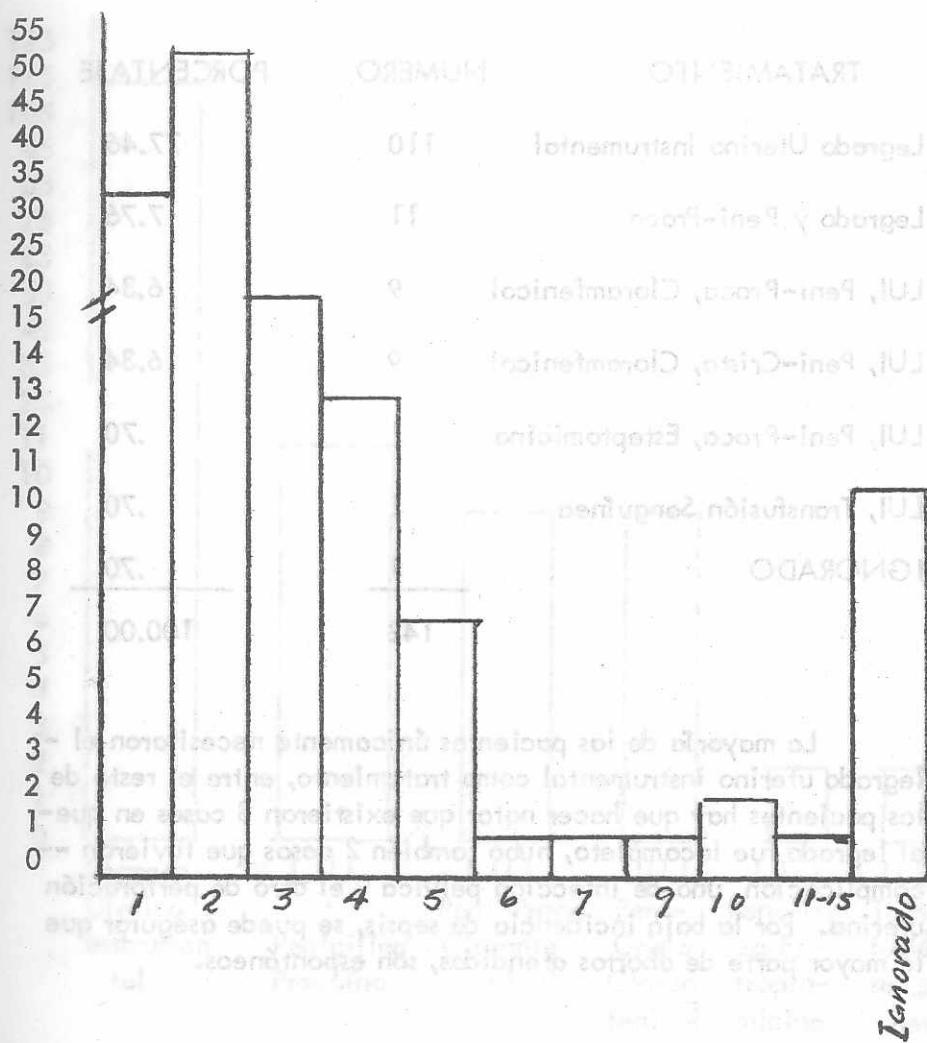


### CLASIFICACION SEGUN TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Legrado Uterino Instrumental	110	77.46
Legrado y Peni-Proca	11	7.76
LUI, Peni-Proca, Cloramfenicol	9	6.34
LUI, Peni-Crista, Cloramfenicol	9	6.34
LUI, Peni-Proca, Esteptomicina	1	.70
LUI, Transfusión Sanguínea	1	.70
IGNORADO	1	.70
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100.00</b>

La mayoría de las pacientes únicamente necesitaron el legrado uterino instrumental como tratamiento, entre el resto de las pacientes hay que hacer notar que existieron 8 casos en que el legrado fue incompleto, hubo también 2 casos que tuvieron complicación, uno de Infección pélvica y el otro de perforación uterina. Por la baja incidencia de sepsis, se puede asegurar que la mayor parte de abortos atendidos, son espontáneos.

### CLASIFICACION SEGUN DIAS DE HOSPITALIZACION



### CLASIFICACION SEGUN DIAS DE HOSPITALIZACION

Días de Hospitalización	Número	Porcentaje
Un día	35	24.65
Dos días	53	37.32
Tres días	17	11.97
Cuatro días	13	9.15
Cinco días	7	4.93
Seis días	1	.70
Siete días	1	.70
Nueve días	1	.70
Diez días	1	.70
De once a quince días		
No hay datos	11	7.75
	142	100.00

Como podrá notarse, la mayor parte de pacientes estuvieron hospitalizadas entre uno y dos días, lo que va de acuerdo con el tiempo normal de hospitalización que se requiere para una paciente cuyo tratamiento de aborto sigue una evolución normal y satisfactoria.

### CONCLUSIONES:

- 1.- Atendiendo al número de habitantes del Departamento de Jalapa, el porcentaje de partos y abortos atendidos durante 1978 en el Hospital, es muy reducido.
- 2.- El bajo índice de complicaciones por aborto y la no existencia de fallecimientos debido a este problema, hacen concluir que el tratamiento médico ha sido satisfactorio.
- 3.- El problema del aborto en Jalapa, presenta las siguientes características:
  - a) Es más frecuente en mujeres de 20 a 30 años
  - b) También lo es en mujeres casadas.
  - c) Es más significativo en mujeres con menor grado de educación y que se ocupan en oficios domésticos.
  - d) La mayoría de pacientes consultaron por presentar únicamente hemorragia vaginal, indicando que seguramente la mayor parte de abortos atendidos son espontáneos.
  - e) Es considerable el número de pacientes que han presentado abortos anteriores, pudiéndose suponer que existan problemas económico-sociales o biológicos de importancia, que desencadenen la frecuencia del aborto.

RECOMENDACIONES :

- 1.- Por lo importante que se hace la investigación científica y lo necesario que es la recolección de datos, el archivo del Hospital Nacional de Jalapa, merece una reclasificación adecuada.
- 2.- Este trabajo demuestra que hubo un porcentaje digno de tomarse en cuenta, de pacientes a quienes se les efectuó un segundo legrado durante su permanencia en el Hospital, por lo que sugiero indagar sobre las causas que lo de terminan.
- 3.- Queda clara la importancia que tiene la ficha médica de cada paciente, por lo que recomienda que dentro de lo posible, se procure llenar todos los datos que ésta demande, para futuras investigaciones que redunden en beneficio del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- Incidencia de Ab. en Hospital General. 1962  
Rafael Chang Lau. Tesis.
- Incidencia del Aborto en Guatemala. 1970  
Thelma Velásquez de Zimeri. Tesis.
- Incidencia de Aborto en Hosp.Nac. Jutiapa 1977  
Edgar Vargas Montúfar. Tesis
- El Aborto, Consideraciones. 1974  
Mario Moreno Cámbara. Tesis
- Obstetricia. Tercera Edición 1970  
Ricardo Schwarcz.
- El Aborto Séptico  
Richard H. Schwarz  
Editora Científica Médica.  
Barcelona, España.
- Obstetricia Williams  
Salvat Editores S.A.  
Mallorca 43 - Barcelona.

Br.

Edher Wendell Cifuentes Botella

Asesor.

lvaro Antonio Carías Recinos

Dr.

Mario Enrique Godoy Men

Revisor.

Director de Fase III

Héctor Nuila

Dr.

Secretario

Raúl Castillo Rodas

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo