

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INCIDENCIA DE ABORTO"

Revisión de casos en el Hospital Modular de Chiquimula en el período de Junio 1979 a julio de 1980

POR

HUGO ITALO FRANCO CARRERA

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Abril de 1981.

CONTENIDO

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- CONOCIMIENTOS Y CONSIDERACION BASICA:
 - a) Definición
 - b) Etiología
 - c) Patología
 - d) Formas Clínicas y Sintomatología
 - e) Diagnóstico Diferencial
 - f) Tratamiento
 - g) Complicaciones.
- 6.- RESULTADOS Y DISCUSION
- 7.- CONCLUSIONES
- 8.- RECOMENDACIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

He podido observar a través de mis años de estudiante practicante en los distintos centros de salud, que el Aborto manifiesta una elevada frecuencia en nuestro medio, así como en el extranjero. Dicha entidad continúa hoy en un ascenso paulatino. El Aborto es un problema que data desde tiempos inmemoriales, y la humanidad ha padecido y tratado de controlar. Así vemos que en la actualidad en el campo de la medicina, se declaró el problema del aborto como una enfermedad social, ya que no es sólo la persona que lo padece la afectada; sino toda la familia, y que deja secuelas en la misma; actualmente se sabe que en la república de Guatemala los problemas de salud son los que más repercuten a su población, debido a que son producto de los factores sociales, económicos y culturales.

Existen dentro del campo de la salud, hechos que dada la dificultad encontrada para su solución, se deben de poner de manifiesto o ir aclarando cada vez más y cuando sea posible, para que al tener pleno conocimiento de su desarrollo, pueda el trabajador de salud encaminarse o encaminarlos hacia su completo tratamiento y pronta resolución.

El presente estudio se realiza en el Hospital Modular de Chiquimula Carlos Arana Osorio, cuyo objetivo primordial es poner de manifiesto la incidencia abortiva en dicha ciudad y sus complicaciones futuras.

ANTECEDENTES

El Aborto se ha estudiado desde diferentes puntos de vista: médico, social económico, legal, etc. Cabe mencionar -- los hallazgos de la Investigación Interamericana de Mortalidad efectuada entre -- 1962 y 1964 por la organización Panamericana de la Salud y los gobiernos de 9 países de las Américas y que permitió evidenciar que en algunos países el aborto inducido llegó a constituir hasta un 33% del total de defunciones maternas, y que en la ciudad de Guatemala la tasa de defunciones debida al aborto es superior a 7.5 por 1000, llegando a constituir casi el 50% del total de la mortalidad materna, y en nuestro medio llega a constituir hasta un 20% de los egresos obstetricos totales.

La tasa de natalidad para Guatemala se ha reducido poco en el lapso de 14 años, en 1960 se presentó 49.5 X 1000 habitantes y en 1974 fué de 42 X 1000, esta reducción se puede atribuir al uso de anticonceptivos, pero se puede decir que estas prácticas no alcanzan a tener significación en el nivel de fecundidad.

Si las medidas para regular la natalidad hasta ahora no han tenido significación, cabe formularse una pregunta: Cual será el medio a que primero recurrirán?... muy probablemente sea el aborto inducido.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Tener conocimiento de las personas que consultan por problemas de Aborto en las diferentes décadas de la vida.
- 2.- Contribuir al conocimiento de las complicaciones más comunes en el Hospital de Chiquimula.
- 3.- Brindar oportunidad al estudiante de medicina (E.P.S.) de poner en práctica -- sus conocimientos al evaluar este tipo -- de pacientes.

ESPECIFICOS:

- 1.- Establecer la incidencia del Aborto por grupo etario en el período Junio de 1979 a Julio de 1980.
- 2.- Determinar el número de complicaciones -- más comunes dentro de dichos pacientes.
- 3.- Determinar la frecuencia del Aborto Séptico.
- 4.- Basado en el conocimiento adecuado de la situación de este tipo de pacientes, elaborar posteriormente un programa para la atención de los mismos.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Para la realización de este trabajo se revisaron las fichas clínicas de las pacientes que ingresaron y/o egresaron con diagnóstico de aborto, en el período de Junio de 1979 a Julio de 1980, para establecer la incidencia de dicho fenómeno, la frecuencia del aborto séptico, la complicación más común y el grupo etario más afectado.

METODO:

Se efectuó un estudio en base a un análisis retrospectivo del período mencionado de los casos de Aborto registrados oficialmente en el Hospital de Chiquimula, teniendo como finalidad el cumplimiento de los objetivos planteados.

RECURSOS HUMANOS:

- 1.- 10 Médicos y Cirujanos
- 2.- 6 médicos E.P.S. Hospitalarios
- 3.- Personal de Enfermería
- 4.- Un E.P.S. de Química Biológica
- 5.- Tres Técnicos en Rayos X
- 6.- Seis Laboratoristas

RECURSOS MATERIALES

- 1.- Fichas Hospitalarias de Ingreso
- 2.- Instalaciones Hospitalarias,

"ABORTO"

DEFINICION:

Se llama aborto a 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 (antes de la 28a. semana de gestación)

Una de las clasificaciones del aborto preconizadas por la escuela norteamericana: divide este cuadro en dos grandes grupos:

- 1) ABORTOS ESPONTANEOS: los que se producen sin la intervención de circunstancias que artificialmente interfieran en la evolución de la gestación.
- 2) ABORTOS PROVOCADOS: Los que se inducen premeditadamente al cese del embarazo. Este grupo puede subdividirse en Abortos Profilácticos terapéuticos y criminales. Los dos primeros (excepcionales hoy) son abortos legales provocados por el médico con el fin de prevenir la aparición o agravamiento de enfermedades generales importantes, con peligro de la vida materna.

El aborto criminal es la terminación del embarazo sin justificación Médico-legal alguna. Según la época de la gestación, el aborto puede ser: Ovular, Embrionario y fetal.

La incidencia de aborto se considera por lo general que alcanza el 10% de todos los embarazos. Esta cifra resultante de dividir el número de abortos de una serie cualquiera por el número total de nacimientos, puede denominarse TASA DE ABORTOS. Los estudios realizados en la actualidad sugieren que posiblemente la cifra del 10% es demasiado baja, y que al menos un 15% ó 20% de los embarazos terminan en abortos antes de la viabilidad del feto.

ETIOLOGIA:

Las causas que pueden generar un aborto, pueden resumirse con criterio lógico y práctico en cuatro grupos fundamentales:

1. CAUSAS ORGANICAS: Entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Pueden subdividirse en enfermedades generales con la Lúes ó la tuberculosis grave y en enfermedades locales, como lo son las organopatías pélvicas de todo orden como: infecciones genitales, tumores, displasias, desgarros cervicales, alteraciones propias del útero, incompetencia del orificio del cuello, etc.
2. CAUSAS FUNCIONALES: Forman este grupo aquellas enfermedades en las que, por lo menos en un principio, sólo -

hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación, por ejemplo: Diabetes, Nefropatías, Endocrinopatías, alteraciones funcionales del ovario, del trofoblasto o de la placenta, etcetera.

3. CAUSAS PSICODINAMICAS: Se incluyen en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes son la noxa que provoca el aborto.
4. CAUSAS OVULARES PROPIAMENTE DICHAS: Cuando el huevo puede estar constituido por elementos genéticamente anormales (genes letales o vicios cromosómicos y que llevan en si mismos una potencia letal.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA PLACENTA ABORTIVA

En los abortos espontaneos de mujeres clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, si han encontrado alteraciones anatomopatológicas del tejido placentario de tres tipos bien definidos: 1) Atrofia del epitelio de las Vellosidades Coriales, el cual se encuentra muy aplanado y funcionalmente insuficiente desde el punto de vista hormonal. 2) Edema de la ESTROMA Vellositaria, en éstos casos el epitelio de revestimiento es normal y -

y la placenta endocrinológicamente funcionañte, pero el gran edema de la estrome - comprime los vasos nutricios de la vello - sidad, creandose pequeños infartos y fo - cos de necrosis que llevan al aborto. 3) Alteraciones Mixtas, con lesiones concomitantes de ambos tipos de lesiones placen - tarias.

FORMAS CLINICAS Y SINTOMATOLOGIA

1. AMENAZA DE ABORTO: Este es, cronológicamente el más precoz de los dis - tintos cuadros que puede presentar - el aborto espontaneo; se caracteri - za por dolores hipogástricos de tipo cólico, que coinciden con las con - tracciones del útero, sin modifica - ciones de la forma, ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.
2. ABORTO INMINENTE: Este únicamente - es una exageración de los síntomas - y signos encontrados en la amenaza - de aborto, (dolores más intensos y - sostenidos, hemorragia más abundante con coágulos), generalmente aparecen pese al tratamiento instituido.
3. ABORTO INEVITABLE: El cuadro comienza a producirse con la dilatación -- del cuello uterino, fundamentalmente del orificio interno del mismo, con exageración de la sintomatología do-

lorosa y de la hemorragia. El cuerpo u - terino puede palpase intermitentemente contraído; a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo, cuando las - membranas están intactas.

4. ABORTO EN CURSO: A todo el cuadro ante - rior se le agrega perdida de líquido am - niótico, no siempre facilmente visible, - en forma de hidrorrea clara mezclada o - con la emisión sanguínea genital y aparición de trozos parciales o de la totali - dad del huevo fecundado.
5. ABORTO INCOMPLETO: Los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, permaneciendo és - ta aún parcialmente ocupada, el cuello - permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es progusa y persistente.
6. ABORTO COMPLETO: El huevo ha sido expulsado espontanea y completamente del úte - ro. Después de un acmé doloroso y hemo - rrágico, todo entra en regresión. Desap - parecen los cólicos, cesa casi completa - mente la hemorragia y la matriz recupera su tamaño y consistencia previous al emba - razo, cerrandose de nuevo el orificio interno.
7. ABORTO DIFERIDO: El cuadro en el que -- muerto el huevo intra-útero, por diversas razones no es expulsado al exterior, re - teniendose, intraútero, por un período - de 6 a 8 semanas. A ésta forma clínica

se le llama también Aborto Retenido queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni dilatado totalmente su cuello como para expulsar normalmente el verdadero "Cuerpo extraño" que es el huevo muerto en su interior (MISSED ABORTION).

Para poder llamarse Missed Abortion se requieren las siguientes condiciones: a) que se haya producido en el útero el mecanismo dinámico del aborto; b) que se produzca la muerte embrionaria y c) que el huevo quede retenido.

8. ABORTO SEPTICO: Cuando el aborto incompleto no es solucionado con la rapidez indicada y permanece durante muchas horas abierto el orificio interno del cuerpo uterino, facilitando la introducción de gérmenes infecciosos. De ésta forma pueden producirse endocervicitis, endometritis aguda, que a su vez por vía hematógena puede originar cuadros sépticos generales (shock séptico). Menos frecuentemente las endometritis pueden extenderse por vía canalicular y generar una salpingitis aguda o un piosalpinx.

9. ABORTO HABITUAL: Llamado así al aborto sucedido después de 3 abortos consecutivos anteriores. La posibilidad de llevar a término un embara

zo después de un aborto anterior es del 78%; después de 2 abortos el 67% y luego del tercer aborto el 25%.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando el aborto es ya un cuadro inevitable o en curso, es decir, con todas las características del mismo ya mencionadas, el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad. Es en cambio en su etapa previa o incipiente de amenaza, durante el primer par de meses, cuando su diagnóstico puede plantear dudas, y deberán descartarse otros procesos, entre ellos tenemos: mola Hidatiforme, embarazo ectópico, metropatía hemorrágica (Enfermedad de Brennecke-Shcroeder), etc.

TRATAMIENTO DEL ABORTO

TRATAMIENTO DE AMENAZA DEL ABORTO: Se debe disminuir la actividad de la paciente, ordenando reposo absoluto; se le debe evitar el coito por lo menos pasadas 2 semanas de desaparecidos todos los síntomas de amenaza de aborto. Se ordenarán uterinhibidores como la Isoxuprina 200-800 mcg/minuto I.V. continuo (1 ampolla en 100 ml D/A 5% 100 mcg/ml).

No se deberá usar hielo local porque estimula las contracciones uterinas. Este tratamiento se establece cuando la causa de la amenaza de aborto no es de origen Endocrinología; pero cuando el origen es ésta, (para cuyo diagnóstico se efectúa un colpocitograma o un urocitograma), entonces se ordena --

tratamiento con progesterona en dosis de 100 a 200 mgs. I.M. diarios.

ABORTO INEVITABLE: Estando el cuello ya dilatado; si el estado general de la pte. permite esperar, para conseguir un aborto espontaneo, se obrará de ésta manera, y se ayudará reforzando las contracciones con Ocitocina 1 ó 2 U.I. c/ 30 ó 60 minutos ó 50 a 100 miliunidades por minuto I.V. continuo hasta lograr la expulsión del huevo. Si el estado de la paciente no lo permite entonces se deberá efectuar evacuación digital (curaje) o instrumental del útero (curetaje).

ABORTO INCOMPLETO: Estando hospitalizada la paciente, se efectuarán análisis sanguíneos y transfusiones P.R.N. Se hará la extracción de restos tenidos lo antes posible por medio de legrado instrumental, es aconsejable efectuar dilatación del cuello antes de realizar el legrado con bujías de HEGAR.

ABORTO DIFERIDO: Dadas las dificultades mecánicas implicadas en la terminación de un aborto diferido por dilatación y legrado, en los casos en que el feto no ha muerto hasta ya muy avanzado el primer trimestre o más tarde y dada la alta incidencia de infección, tiempo atras el tratamiento solía ser de caracter espectante. En los casos en que se tiene seguridad que el feto ha muerto, se ha a--

consejado evacuar el útero mediante la administración oxitocina I.V. Se comienza con 10 U en 500 cc de D/A 5% a la velocidad de 10 a 20 gotas/minuto. La concentración se aumenta en 20 U por hora hasta que se presentan contracciones dolorosas, y se deja que pase la infusión durante 8 a 10 horas.

ABORTO SEPTICO: Cuando la infección se agrega al aborto, deberá ingresarse la paciente al hospital, ordenarle soluciones I.V. y antibióticos (penicilina más cloranfenicol), y en un lapso de más o menos 6 horas después, efectuar se legrado intrauterino, continuando con los antibióticos por lo menos durante 10 días.

ABORTO HABITUAL: Sabiendo que este es aquel que se refiere a tres o más abortos espontaneos consecutivos; para su tratamiento adecuado deberá investigarse la etiología del mismo. Sus factores etiológicos pueden clasificarse en 2 grupos principales:

- 1) Células Germinales Anormales y 2) Medio Materno defectuoso; por lo tanto deberán hacerse análisis específicos y del resultado obtenido dependerá el tratamiento.

INCOMPETENCIA CERVICAL: La incompetencia del orificio interno del cuello del útero (incompetencia cervical; insuficiencia istmico cervical, abertura cervico istmica) es una frecuente causa en la etiología del aborto orgánico habitual. Su frecuencia oscila, según distintos autores entre el 0.5 y el 3% de los partos. Se trata de un proceso esencialmente del segundo trimestre del embarazo a comienzos del ter-

cero (parto prematuro).

Su etiología puede ser: 1) Congénita: malformaciones uterinas, 2) Traumática: dilataciones intempestivas con bujías mayores de 10, legrados, partos difíciles, etc. 3) Funcional: por contractilidad uterina exesiva.

El diagnóstico puede realizarse antes de la gestación o durante ella: clínica o radiológicamente. El examen vaginal revela: 1) presencia de un desgarramiento cervical, 2) dilatación istmicocervical que permite el pasaje de bujías de hegar de 8mm de diametro o más sin dolor ni dificultad.

El examen radiológico se realiza mediante una Histerocervicografía y mostrará el canal cervical dilatado con desaparición del estrechamiento normal del orificio interno. Durante el embarazo el diagnóstico se realizará en base a los antecedentes, síntomas y signos clínicos de la paciente.

El tratamiento consiste en la reparación quirúrgica de la dehiscencia istmicocervical antes del embarazo siempre que sea posible, o durante el.

COMPLICACIONES

La consecuencia más grave del aborto es la muerte. Entre las complicaciones propias del aborto podemos mencionar la retención de los restos ovulares, la hemorragia y las infecciones; la más grave de las cuales da lugar al Síndrome Icteroazoémico de Mondor, además también puede producirse un Shock Bacteriano Endotóxico el cual a menudo es fatal, este choque bastante raro se relaciona con el aborto provocado, alcanzando una mortalidad del 50 al 70%. Otra de las complicaciones propias del aborto es la perforación uterina accidental 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. La perforación producida con motivo de un aborto provocado ilegal, puede presentar un desgarramiento grande y afectar a una porción vascular del útero e incluso al intestino o a la vejiga. Tales perforaciones ya son obvias al ingresar la parte. la cual presenta señales evidentes de hemorragia grave en la cavidad peritoneal o de peritonitis generalizada. En éstos casos siempre debe tomarse Rx de la paciente en ortoposición. De existir perforación, la placa demostrará presencia de aire bajo el diafragma, o un cuerpo extraño en cavidad peritoneal.

NUMERO DE ABORTOS POR GRUPO ETARIO

14 - 20 años	39	22.9 %
21 - 30 años	72	42.4 %
31 - 40 años	51	30.0 %
41 - 5a años	8	4.7 %
TOTAL	170	100.00 %

NUMERO DE ABORTOS POR PROCEDENCIA

CHIQUIMULA	70	41.17 %
MUNICIPIOS	87	51.18 %
OTROS	13	7.65 %
TOTAL	170	100.00 %

NOTA: En otros se incluyen a pacientes que residen en otro Dpto. pero que se les dió asistencia en el Hospital.

ABORTOS SEGUN ESTADO CIVIL

SOLTERAS	14	8.24 %
UNIDAS	100	58.82 %
CASADAS	56	32.94 %
TOTAL	170	100.00 %

NUMERO DE CASOS CON ANTECEDENTES DE ABORTOS ANTERIORES.

CON ABORTOS ANTERIORES	54	31.76 %
SIN ABORTOS ANTERIORES	83	48.83 %
NO DETERMINADOS (*)	33	19.41 %
TOTAL	170	100.00 %

(*) Los casos registrados como no determinados, determinan el número de casos en los que se encontró la información para ésta tabulación en la papeleta respectiva.

PARIDAD DE PACIENTES ASISTIDAS POR ABORTOS

NULIPARAS	23	13.53 %
PRIMIGESTAS	3	1.76 %
MULTIPARAS	99	58.24 %
SIN REFERENCIA	34	20.00 %
TOTAL	170	100.00 %

TIPO DE ABORTO POR EPOCA DE GESTACION

OVULAR	29	17.05 %
EMBRIONARIO	86	50.50 %
FETAL	7	4.20 %
SEPTICO	30	17.65 %
(*) No determinado	18	10.60 %
TOTAL	170	100.00 %

(*) No determinado representa el número de papeletas en las cuales no se encontró fecha de última menstruación.

TIPO DE ABORTO "SEPTICO" SEGUN EPOCA DE GESTACION.

OVULAR	1	3.33 %
EMBRIONARIO	22	73.34 %
FETAL	1	3.33 %
NO DETERMINADO	6	20.00 %
TOTAL	30	100.00 %

COMPLICACIONES REGISTRADAS

ANEMIA	26	15.3 %
--------	----	--------

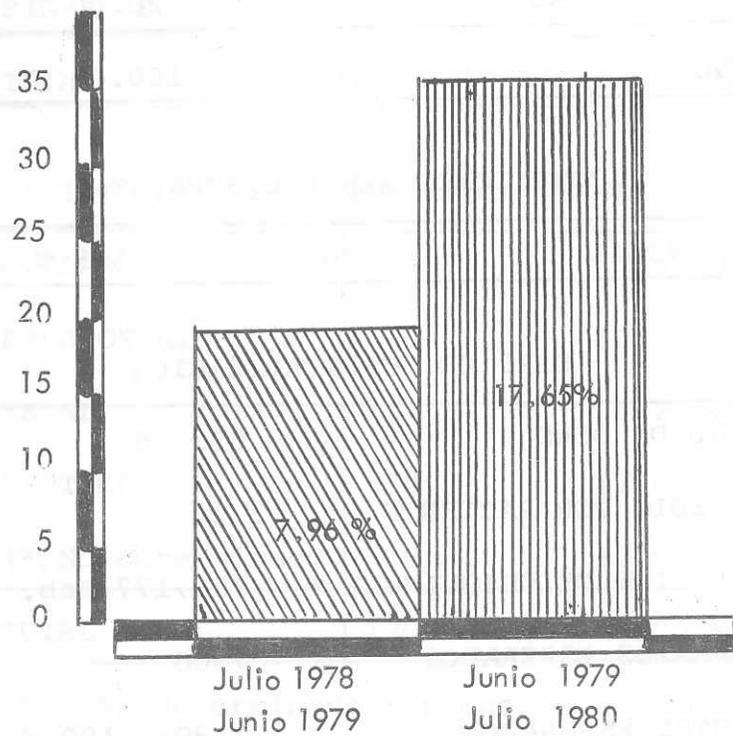
DIAS DE HOSPITALIZACION

TOTAL DE DIAS	533	d
PROMEDIO POR PACIENTE	3.14	d
POBLACION DE CHIQUIMULA *	158,177	Hab.
EMBARAZOS ESPERADOS	7908	
ABORTOS ESPERADOS	190	100 %
ABORTOS ASISTIDOS	170	21.5%

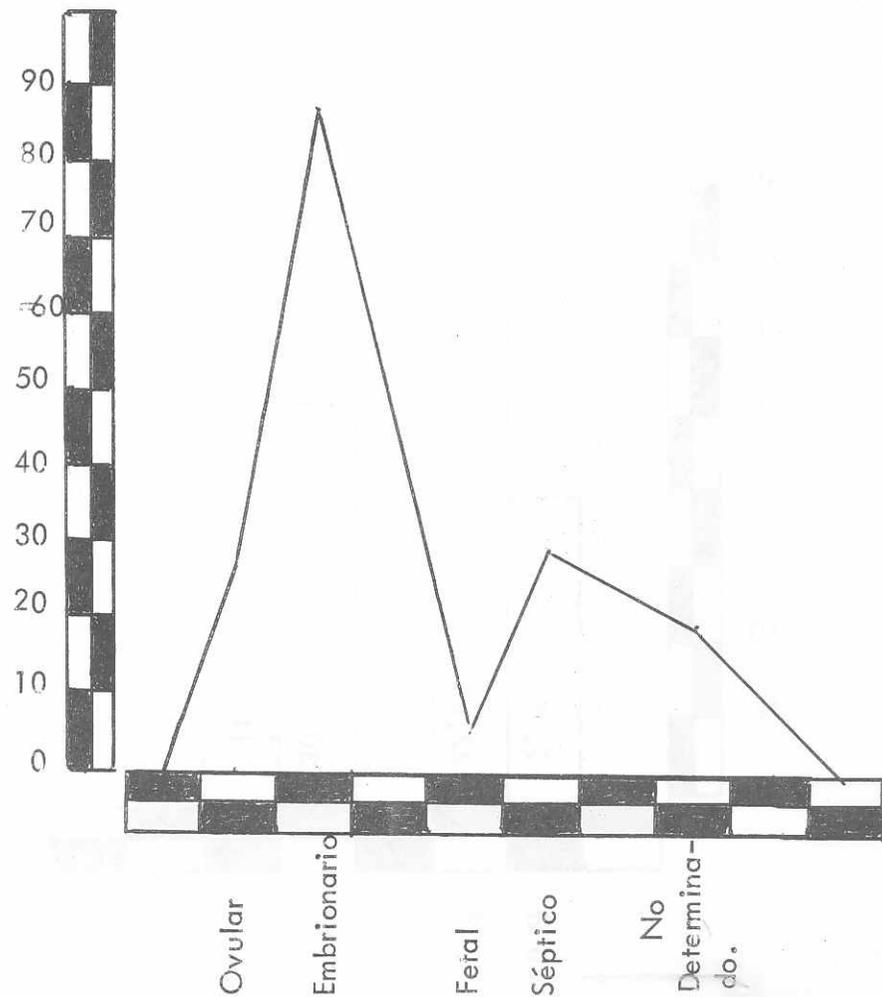
* Dato obtenido del Censo de 1,973.

INCIDENCIA DE ABORTO EN DOS AÑOS EN ESTUDIOS DISTINTOS

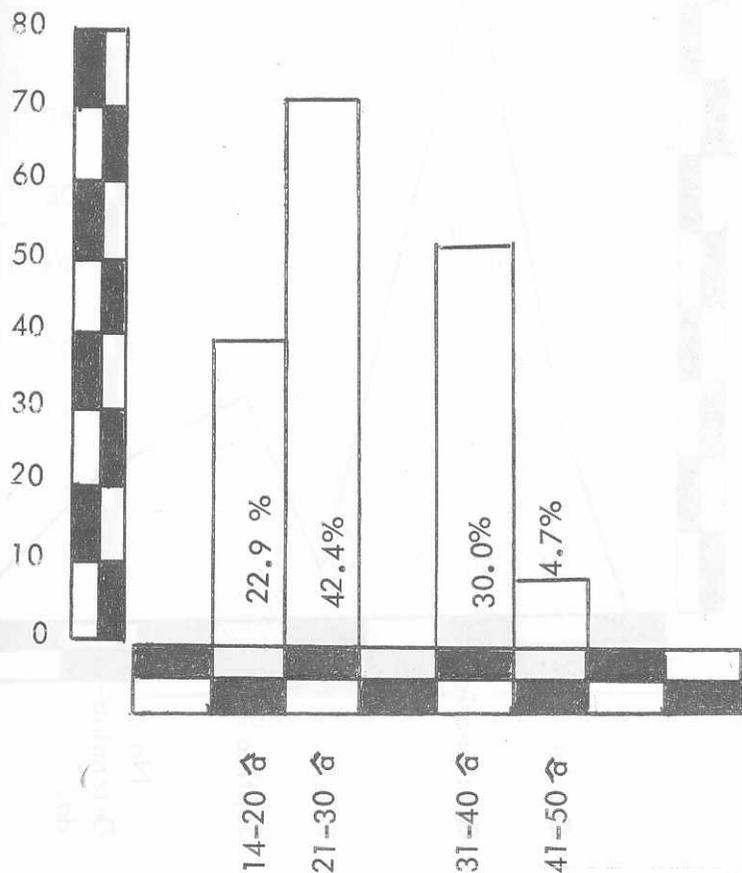
ABORTO SEPTICO



TIPO DE ABORTO POR EPOCA DE GESTACION.



NUMERO DE ABORTOS Y PORCENTAJES POR GRUPO ETARIO



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En trabajo de tesis anterior, efectuado sobre aborto en hospital de Chiquimula por la Doctora Gilma Castillo, en el cual se reportan 206 casos en el período de un año; pero en el se encluyeron casos de Metropatía Hemorrágica, Amenaza de Aborto, Mola Hidatiforme y retención de restos placentarios; con lo cual no se representa la incidencia real de aborto. En el presente estudio se obtuvieron un total de 170 abortos en el período de un año, el cual representa únicamente el 2.2 % del 10 % esperado; lo que denota una incidencia baja con respecto a las estadísticas nacionales, ya que no llega ni a la mitad de lo esperado. Vale la pena decir que se esperaba una cifra baja de abortos, por tabularse únicamente los que asisten en medio hospitalario; escapando del estudio aquellos que por distancia, falta de recursos y negligencias propias, no acuden al hospital; si embargo, a pesar de esto, considero que la incidencia de abortos en el Departamento de Chiquimula está por debajo de lo esperado.

El grupo etario más afectado resulta ser el de 21 a 30 años, lo cual es de esperarse ya que supuestamente es el período en el que hay mayor concivencia sexual a través del matrimonio. La mayoría de abortos registrados se dan en los Municipios, y no en la cabecera departamental, aunque no con marcada diferencia (10%), lo cual es probable que guarde rela

ción con los factores económicos, sociales y culturales; así como la paridad - que suele ser mayor en personas de aldeas de municipios. Cómo era de esperarse y por la misma relación mencionada, el mayor número de casos registrados eran uncamente unidas (58.82 %)

En lo que respecta a la época de -- de gestación abortiva más frecuente, es la del aborto embrionario que se encuentra comprendida entre la 9 y la 18 semana de gestación. En cuanto a la incidencia del aborto Séptico, este manifiesta una marcada elevación, ya que en un trabajo anterior se reporta en un 7%; y -- los resultados del presente estudio, nos arrojan una cifra del 17.65%. Como dato curioso, en la mayor cantidad de pacientes asistidos no presentaban anteceden--tes de abortos anteriores. Para ferminar, la única complicación registrada -- fué la ANEMIA, lo cual es lógico por la constante pérdida sanguínea de cada pa--ciente.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia del Aborto en Chiquimula únicamente es del 2.2 % sobre el 10 % de lo esperado, lo que indica baja incidencia.
- 2.- El Aborto Séptico manifiesta una mayor incidencia en el último año.
- 3.- El grupo etario más afectado es el comprendido entre los 21 a 30 años.
- 4.- El mayor número de Abortos se dan en -- los municipios y no en la cabecera de--partamental.
- 5.- El mayor número de abortos se dan en -- pacienes multíparas.
- 6.- El aborto embrionario es el de mayor -- incidencia en la población de Chiqui--mula.
- 7.- La Complicación más frecuente del Aborto es la Anemia Secundaria.

RECOMENDACIONES

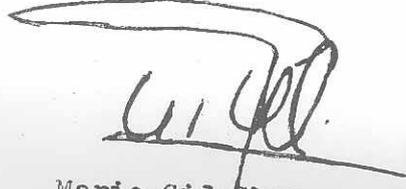
1. Que todo paciente ingresado por aborto se le efectúe por lo menos examen de HB - HT antes de su egreso, para tener un dato concreto sobre su real estado.
2. Efectuar el tratamiento de cada paciente consciensudamente, para evitar así complicaciones posteriores a los mismos.
3. Qué el médico encargado de elaborar la historia clínica de cada paciente se preocupe por hacerlo lo más adecuadamente posible, tanto a su ingreso como a su egreso del hospital, -- sin olvidar antecedentes obstétricos importantes.

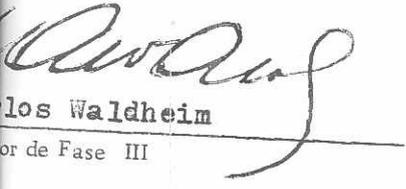
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ricardo Schwarcs
Obstetricia Cuarta Edición 1977
Editorial el Atenso.
- 2.- Louis M. Hellman Jack A. Pritchard
Obstetricia de Williams, primera edición 1978.
Editorial Salvat Mexicana.
- 3.- Dr. Edmund R. Novak
Tratado de Ginecología, Novena edición 1975.
Editorial Interamericana.
- 4.- Galich Luis
El problema del aborto hospitalario en Guatemala
Reporte presentado en el V congreso nacional de Gineco-obstetricia. Guatemala la noviembre 1,975.
- 5.- Castillo Girón Gilma Esperanza
Aborto Revisión de 226 casos en el período 78-79 en el hospital de Chiquimula. TRABAJO DE TESIS
- 6.- Doctor Albert Altcjek
Aborto Terapéutico
Tribuna Médica, segundo número Octubre 1974.
- 7.- Arturo Archard, Manuel Carreros Roca
Emergencias en Tocoginecología
Editorial Rocas 1,972.

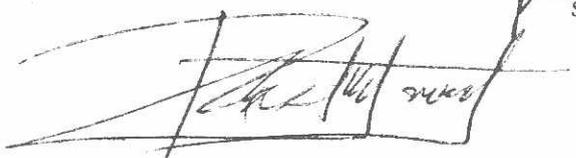

Br. Hugo Italo Franco Carrera


Dr. René Olivett
Asesor.


Dr. Mario Gil Chew
Revisor.


Carlos Waldheim
Director de Fase III


Dr. Raúl Castillo Rodas
Secretario


Dr. Relando Castillo Mentalvo
Decano.