

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU
1,999-2,001**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Medicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

JUAN CARLOS AGUILAR REYES

En el acto de investidura de:

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 2,002

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	6
MARCO TEORICO	7
MATERIALES Y METODOS	24
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	31
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
RESUMEN	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65

I. INTRODUCCION

El aborto es la culminación voluntaria o involuntaria del embarazo, antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir y en Guatemala se limita hasta las 28 semanas de gestación ya que ningún hospital cuenta con recursos e infraestructura necesaria para que los recién nacidos puedan sobrevivir antes de este período. (1,5,20,26).

El aborto genera una condición de duelo en la mujer, y puede ser la causa de complicaciones graves que comprometen la función reproductiva e incluso puede determinar la muerte materna que conlleva una serie de problemas que impactan profundamente a la familia y a la sociedad. (18) Debido a la importancia del aborto como problema de salud pública, este estudio tuvo como objetivo principal determinar la caracterización del aborto en el Hospital Nacional de Retalhuleu, consistió en recolectar información de todos los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto del año 1,999 al año 2,001, a través de una boleta diseñada para cumplir con los objetivos de esta investigación.

En el presente estudio se registro que la incidencia de aborto para los años 1,999, 2,000 y 2,001 fue de 50, 46 y 50 abortos por cada 1,000 nacidos vivos respectivamente; siendo la tasa global durante los 3 años de 46 abortos por cada 1,000 nacidos vivos; se observó que el aborto fue más frecuente en mujeres de 20 a 29 años (46.9%), la mayoría casadas (50.7%) o unidas (37.2%), amas de casa (97.9%), procedentes de la cabecera departamental (35%). También fue más frecuente en pacientes con antecedentes de 2 a 4 gestas, partos o hijos nacidos vivos, 1 o 2 abortos y 1 cesárea. La estancia hospitalaria fue de 1 día (82.3%), la mayoría de abortos ocurrió durante o antes de las 12 semanas de gestación, el tipo de aborto más frecuente fue el incompleto (85.3%), seguido por el séptico (9,1%), y a la mayor parte de pacientes se les practicó LIU (98.55), las complicaciones más frecuentes fueron LIU incompleto, septicemia y endometritis.

La incidencia de aborto fue similar durante los 3 años estudiados, indicado que este problema persiste sin cambios a lo largo de los años por lo que se recomienda crear programas de educación en salud reproductiva, dirigidos principalmente a jóvenes para contribuir a disminuir la frecuencia de aborto en las siguientes generaciones.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Aborto es la culminación involuntaria o voluntaria del embarazo antes de que el feto este suficientemente desarrollado para sobrevivir, este se delimita a la finalización del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, contando desde la fecha de el primer día de la última regla o un feto con un peso menor de 500 gramos (1 libra 2 onzas).

(1,5,26)

El 80 % de los abortos espontáneos ocurren en las primeras 12 semanas de gestación y la frecuencia disminuye rápidamente, después las anomalías cromosómicas causan por lo menos la mitad de estos abortos tempranos, el riesgo de aborto espontáneo aumenta con la cantidad de embarazos, así como con la edad de la madre y el padre. La incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe dentro de los 3 meses posteriores de un nacimiento a término. (1,2)

En un estudio realizado en Guatemala en el Hospital Nacional de Chiquimula sobre caracterización epidemiológica del aborto realizado en el año 2,001, se determinó que el diagnóstico de aborto fue mas frecuente en pacientes de 20 a 29 años de edad (39%), correspondiendo la mayoría de pacientes a la cabecera departamental (42%) por ser la región con mayor número de población y por la cercanía del hospital a su lugar de origen, siendo la ocupación más frecuente ama de casa (47%) seguida por empleadas domésticas (22 %), y pacientes en unión conyugal libre; señalando el autor que estas últimas dos condiciones mencionadas constituyen un factor de riesgo en el aborto inducido, porque producen inestabilidad laboral, económica y sentimental; así como del total de mujeres entrevistadas en dicho estudio presentaron escolaridad baja y/o interrupción de la educación lo cual las predispone a tener menos conocimiento de planificación familiar, además de que el 33% de pacientes tenía antecedentes de haber sufrido abortos previos. (19)

Por otro lado en un estudio realizado en México sobre el aborto como problema de salud pública, se determinó que el 60 % de los embarazos llegan al término de la gestación; el resto se pierde en sus etapas tempranas, sugiriendo los cálculos mas conservadores que la mitad de estas perdidas se refería a abortos inducidos. Con respecto a la prestación de servicios de salud se pudo

establecer que 1 de cada 3 de estas mujeres fue hospitalizada, en este sentido destacó la importancia del aborto como problema de salud pública cuya vigencia persistirá por muchos años mas a pesar de el éxito de las campañas de planificación familiar. En México las causas que se aducen para la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo, revelan que el motivo en la mayoría de los casos se relaciona a bajos recursos económicos, tamaño excesivo de la familia y el bajo nivel de educación , el estudio reveló que la mitad de las mujeres eran amas de casa y solo el 19 % trabajadoras asalariadas; en una tercera parte de los casos fueron médicos quienes procedieron a realizar la interrupción del embarazo, en el 20 % comadronas y la misma mujer en un 19 %. (33).

Por los estudios mencionados anteriormente podemos determinar que para que el embarazo cambie de curso, de un feliz parto a un aborto es necesario que se reúnan factores de riesgo que predisponen a la mujer a un aborto espontáneo o provocado. En consecuencia el presente estudio contribuirá a enriquecer el conocimiento sobre las circunstancias que giran alrededor de un aborto, mismo que se hizo a través de la revisión de las historias clínicas de las pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de aborto (durante el período del 1 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del año 2,001), en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

III. JUSTIFICACIÓN

Guatemala es un país pluricultural donde la religión y las creencias influyen en la forma de vida, de pensar y actuar de muchos de sus habitantes, que pueden llegar a constituirse en factores de riesgo para el desencadenamiento del aborto; partiendo desde este punto de vista se explica, que la fecundidad en Guatemala es de 5 hijos por mujer una de las mas altas en América Latina; supera el número encontrado en Haití (4.8 hijos) y el doble encontrado en Brasil (2.5 hijos). La edad en que las mujeres inician su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos de la fecundidad de una población, pero también determina en gran medida los niveles de mortalidad materna infantil y abortos; en nuestro país, la mujer indígena en el área rural, inicia su vida reproductiva antes de los 15 años lo que se considera como normal basados en aspectos propios de cada cultura, sin embargo desde hace años se ha señalado como un grave problema en salud pública. El conocimiento de cualquier método de planificación familiar es idéntico para todos los subgrupos de edad, lugar de residencia, grupo étnico y educación, y estos conocimientos van desde un 60 % en la región noroccidente hasta un 100% en mujeres con educación secundaria o superior, el uso de métodos anticonceptivos es bajo, eso explica que el 62 % de la población no usa métodos anticonceptivos; la falta de conocimiento y de utilización de métodos anticonceptivos incrementa la probabilidad de que una mujer quede embarazada rápidamente después de un nacimiento a término, que puede predisponerla a un aborto. (6,9)

Los registros de mortalidad materna en 1,997 sitúan el aborto como tercera causa de mortalidad, el cual es un dato alarmante ya que con tratamiento oportuno una paciente con diagnóstico de aborto no debería fallecer. Son excepciones, aquellos casos que se colocan en alto riesgo por practicar un aborto provocado, dado a las complicaciones que se pueden desarrollar entre ellas hemorragia o perforación uterina y con mayor frecuencia infecciones severas. Quizá el hecho lo explique la situación de que en nuestro medio no existe autorización legal para realizar un aborto, las mujeres que no desean concluir el embarazo deben acudir a personas sin capacidad para realizarlo.(9)

Los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística, indican la magnitud del problema, sin estudiar detalladamente cada uno de los factores que influyen en el

desencadenamiento del mismo en nuestra población, los cuales pueden modificarse a través de la educación de los habitantes, en especial las mujer guatemaltecas. Así mismo existen pocos estudios capaces de describir el fenómeno del aborto en algunas regiones de nuestro país, siendo el departamento de Retalhuleu uno de ellos dónde el aborto como causa de mortalidad materna es del 25%, por lo cual el presente estudio persiguió obtener una base sólida de datos sobre la caracterización epidemiológica del aborto en el ámbito cultural del Departamento de Retalhuleu (9,13)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Nacional del Retalhuleu.

B. ESPECIFICOS:

1. Cuantificar la incidencia de aborto en el Hospital Nacional de Retalhuleu.
2. Describir las características generales (edad, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia), de las mujeres atendidas.
3. Identificar las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos y abortos) de las mujeres atendidas.
4. Cuantificar la estancia hospitalaria, de las mujeres atendidas por aborto.
5. Identificar el tipo de aborto mas frecuente.
6. Describir el tratamiento mas frecuente brindado a las mujeres que consultaron por aborto.
7. Describir las complicaciones mas frecuentes encontradas en las mujeres que consultaron por aborto.

V. MARCO TEORICO

A. ABORTO

1. Definición:

Aborto es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero, período que comprende hasta la vigésima semana, o un feto con un peso menor de 500 gramos (1 libra 2 onzas). (1,3,16,17,26,31,32,38)

2. Datos históricos:

La valoración ética del feto es tema de controversia al menos desde los primeros testimonios escritos. Las civilizaciones griega y romana aceptaban la interrupción deliberada del embarazo en sus primeras fases. Las nuevas culturas cristiana e islámica desaprobaban enérgicamente la destrucción del feto.

Durante el siglo XX las sociedades industrializadas advirtieron con inquietud los peligros del aborto ilegal y las dificultades que provocaban los nacimientos no deseados en las mujeres y las familias. El primer país que admitió el aborto por razones sociales fue la URSS en 1,920, la decisión de practicar el aborto se dejaba en manos del médico o de un comité especial, pero no en las de la madre, más tarde en 1,936, introdujo ciertas cláusulas restrictivas. Algún tiempo después, varios países europeos promulgaron leyes y, con ciertas limitaciones autorizaron a los médicos a practicar el aborto si peligraba la salud de la mujer. Tal fue el caso de Islandia en 1,935, Suecia en 1,938 y Dinamarca en 1,939. los países de Europa oriental adoptaron la legislación soviética a fines de los años cuarenta. En cambio, el debate sobre el aborto no se planteó claramente en Europa Occidental hasta la promulgación de la British Abortion Acta de 1,967, que entró en vigor el 27 de abril de 1,968. Esta ley autorizaba solamente el aborto si dos médicos certificaban que éste era necesario para proteger la salud o la vida de la mujer o que había un riesgo grave de que el niño naciera con una minusvalía importante. Más adelante muchos países desarrollados promulgaron leyes por las que autorizaban el aborto a petición de la mujer hasta 10 o 12 semanas de gestación. Casi todas las leyes autorizan también la interrupción

del embarazo hasta las 20 semanas de gestación, si el feto sufre anomalías graves o si la mujer se encuentra en un estado grave susceptible de empeorar si prosiguiera el embarazo. (18)

A nivel mundial, alrededor del 63 % de las mujeres tienen acceso al aborto a petición propia o por razones sociales, otro 25 % viven en países donde se prohíbe el aborto excepto cuando la continuación del embarazo puede poner en peligro la vida de la mujer. El 12 % restante pueden obtener el aborto cuando el embarazo pone en peligro su vida o es el resultado de una violación o un incesto o cuando hay signos fetales que justifican la interrupción. Cuba es el único país latinoamericano donde se ha legalizado el aborto. (Cabezas, 1,992). (10,18)

3. Etiología:

El aborto tiene una incidencia de 10 a 25 % de todos los embarazos, más del 80% de los abortos ocurren en el primer trimestre, hay una declinación constante en el riesgo de aborto conforme el embarazo avanza. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la cantidad de embarazos, así como con la edad de la madre y del padre. La frecuencia de abortos reconocidos clínicamente aumenta desde un 12% en mujeres menores de 20 años al 26% en mujeres mayores de 40 años. Para las mismas edades paternas, el incremento es del 12 al 20%, la incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe dentro de los tres meses posteriores a un nacimiento de término. (1,3,5)

a. Causas de aborto:

i. **Anomalías Cromosómicas:** mientras más temprano el aborto, más elevado es el porcentaje de anomalías cromosómicas, del 40 al 75% de abortos por esta causa suceden en el primer trimestre. (1,3,5,26)

ii. **Abortos con Cromosomas Normales:** estas pérdidas embrionarias pueden ocurrir en etapas posteriores del primer trimestre y se ha demostrado que tienen cariotipos normales en estudios más recientes. (1,3,5,26)

iii. Factores maternos:

- Enfermedades debilitantes: Tuberculosis, desnutrición crónica severa, anemia severa, carcinomatosis , etc.
- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial severa.

- Endocrinopatías: diabetes mellitus, alteraciones funcionales del folículo, hipertiroidismo o hipotiroidismo diabetes.
- Infección genital materna: herpes simple 2 y sífilis; aún se discute la relación de los siguientes microorganismos con la incidencia de aborto: chlamydia trachomatis, micoplasma hominis, listeria monocytogenes, Toxoplasma Gondii y uriaplasma uryaliticun.
- Anticuerpos antifosfolípidos: (anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina), histocompatibilidad materno fetal, gametos post maduros , problemas mecánicos o físicos relacionados con anomalías uterinas, embarazos múltiples o en muy raras ocasiones traumatismos, incompetencia cervical, placentación anormal, algunos teratógenos ambientales.
- Histocompatibilidad materno fetal.
- Problema mecánicos o físicos relacionados con anomalías uterinas, embarazos múltiples o, en muy raras ocasiones traumatismos.
- Patología uterina: leiomiomatosis, incompetencia cervical, pólipos intracavitarios, bridas intracavitarios (síndrome de Asherman), útero bicorne, otras anomalías congénitas.
- Placentación anormal.
- Trauma cíclico severo.
- Intoxicación crónica por: plomo, cromo, mercurio, arsénico, fósforo, intoxicación aguda por cualquier medicamento químico, alcoholismo crónico, drogadicción, altas dosis de radiación, drogas citotóxicas.

Entre otras causa tenemos: hipertermia, enfermedad inmunológica, dispositivo intrauterino e idiopática. (1,3,5,7,12,23,26,28,32.36, 38,)

4. Clasificación del aborto.

a. Por su edad gestacional se divide en:

- i. Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- ii. Embrionario: de la tercera a la quinta semana de gestación.
- iii. Fetal: de la sexta a la 20 semana de gestación. (1,26)

b. Por su evolución clínica se divide en:

- i. Aborto espontáneo: es la interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación producida por una anomalía del producto de la concepción o del ambiente materno. (23)
- Aborto subclínico: aborto sin signos claros. Se produce el aborto entre el momento de la implantación ovular y la semana después de la presunta fecha de la próxima menstruación. Es difícil establecer el diagnóstico exacto. (1,5)
- Amenaza de aborto: Presencia de hemorragia vaginal con dolor tipo cólico sin historia de expulsión de tejido o líquido amniótico. El examen clínico cuidadoso con espejulo, demuestra hemorragia transcervical, orificios cervicales cerrados sin evidencia de tejido placentario ni líquido amniótico en vagina o en fondo de saco. Al tacto bimanual útero reblandecido con signos clínicos de embarazo, tamaño correspondiente al tiempo de amenorrea. Existe sensibilidad leve a moderada. (1, 2,5,26)
- Aborto Inminente: Consiste en una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente: hemorragia vaginal más abundante con coágulos, dolor tipo cólico más intenso y sostenido, empieza dilatación del orificio interno. (1,16)
- Aborto inevitable: además de lo anterior, se produce rotura de las membranas ovulares encontrándose líquido en vagina al examen ginecológico y evidenciándose dilatación de orificios cervicales.

- Aborto en curso: Es cuando se presenta dilatación cervical y se toca el producto de la gestación en el conducto cervical. (1,26)
 - Aborto incompleto: este se produce cuando los restos de placenta y productos de la concepción no hay podido se expulsados completamente, permaneciendo la cavidad uterina ocupada, el útero se mantiene blando y grande, la hemorragia es persistente pudiendo llegar a producir hipotensión, taquicardia, palidez y signos de shock hipovolémico. (1,16)
 - Aborto Completo: este tipo de aborto se produce cuando los productos de la concepción son expulsados completamente, provocando la disminución del tamaño de útero, la retracción y cierre de los orificios cervicales, la disminución y desaparición de la hemorragia uterina y el dolor hipogástrico; siendo un concepto más teórico que práctico de aborto pues siempre existen restos placentarios. (26)
- ii. Aborto Frustrado o Fallido: Este se va ha producir cuando el embrión muere y no es expulsado sino que permanece el útero durante 2 o más meses. El útero disminuye de tamaño y ceden los síntomas de embarazo; puede producirse infección y trastornos en la coagulación de la sangre de la madre. en algunas ocasiones el feto y la placenta experimentan necrosis y con menor frecuencia, el feto se calcifica y el resto de los productos de la concepción son reabsorbidos; en la actualidad se evitan las complicaciones ya que por medio del ultrasonido se detecta la muerte fetal y se realiza legrado. (1,16)
 - iii. Aborto séptico: este se produce cuando se presenta una infección del producto de la concepción y de los órganos pélvicos que puede permanecer localizada o diseminarse a órganos extrapelvico. Generalmente se debe a maniobras abortivas efectuadas en condiciones sépticas e introducción de cuerpos extraños. (1.16)
 - iv. Aborto habitual: recibe este nombre el aborto cuando se ha producido la pérdida espontánea de tres gestaciones sucesivas antes de las 20 semanas de gestación; pudiendo deberse este problema a una infección crónica, anomalías del producto de la concepción, trastornos hormonales maternos o alteraciones uterinas tales como la incompetencia cervical. (26)
 - .
 - v. Aborto electivo o voluntario: es cuando se interrumpe el embarazo antes de su viabilidad por requerimiento de la mujer pero no por motivos relacionados con trastornos de salud materna o enfermedad fetal, la mayoría de los abortos realizados en la actualidad pertenecen a esta categoría. (1,23,26)
 - vi. Aborto Terapéutico: es la interrupción de la gestación por prescripción facultativa. (1)

5. Métodos diagnósticos.

a. **Laboratorios:** de rutina en prenatal: hematología, heces, orina, VDRL, glicemia en ayunas, grupo sanguíneo y factor Rh. (26)

b. **Test de Gonadotropina coriónica:** Sub-unidad beta en sangre seriada., o prueba de embarazo de orina. (26)

c. **Ultrasonido:** método diagnóstico por excelencia para identificar latido cardíaco, longitud cráneo caudal en los primeros meses de embarazo, desprendimiento de placenta o coágulos retroplacentarios. Además detecta los llamados huevos vacíos con exactitud. Al efectuar ultrasonidos seriados puede predecirse cual embarazo no será viable y efectuar un legrado antes que ocurra una hemorragia incontrolable. En casos de duda el ultrasonido se hará cada semana. (26)

6. Diagnóstico diferencial:

Los cuadros clínicos diferenciales son: Lesiones benignas o malignas del tracto genital, pólipos endocervicales, miomas submucosos, hemorragia uterina disfuncional, especialmente si se asocia a períodos de amenorrea, otras causas de hemorragia del primer trimestre: mola hidatiforme, embarazo ectópico., carcinoma del cérvix invasivo, úlceras cervicales y discrasia sanguíneas. (26)

7. Complicaciones del aborto:

Las complicaciones más frecuentes del aborto son: Infección, hemorragia, anemia severa, shock séptico, shock hipovolémico, perforación uterina, esterilidad. (6,17,23,26,27)

8. Tratamiento:

De la clasificación clínica de aborto, el producto de la concepción tiene la posibilidad de salvarse, cuando hay amenaza de aborto o aborto inminente, la diferencia entre ambos es que en el primero el tratamiento es domiciliario ya que los síntomas son leves y la hemorragia es escasa, en el segundo el tratamiento es intrahospitalario. Cuando el aborto forma parte de cualquiera de las otras clasificaciones el producto de la concepción se pierde, el tratamiento es intrahospitalario y se requiere de legrado instrumental uterino (LIU) o aspiración manual endouterina (AMEU), para extraer los restos de placenta, o del producto de la concepción en los casos en que el aborto es incompleto. En el método de LIU se utiliza un instrumento llamado legra para efectuar la limpieza ordenada de la cavidad uterina; en el método de AMEU se utiliza la aspiración por vacío, las cánulas utilizadas son de plástico flexible, plástico rígido o metal. Una vez evacuado el útero puede procederse a una exploración suave con la cureta para confirmar la extracción completa del contenido, pero generalmente suele no ser

necesario ni está siempre recomendado. Para la aspiración con vacío se pueden utilizar jeringas manuales, bombas eléctricas y bombas accionadas por pedal. La investigación clínica de los últimos 25 años ha confirmado la aspiración por vacío como la técnica mas segura de evacuación uterina para abortos incompletos durante el primer trimestre. (1,16,17,26,35)

B. ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Los embarazos no deseados sobrevienen cuando la pareja no utiliza anticonceptivos o cuando el método falla. Tales fallos pueden originar entre 8 y 30 millones de embarazos al año, aunque no se sabe bien cómo acaban muchos de esos embarazos, cabe suponer que contribuyen en medida apreciable al total anual de abortos provocados. (14,18,30)

Los métodos temporales para la regulación de la fertilidad incluyen :

1. Anticonceptivos orales combinados (AOC): proporcionan una protección altamente eficaz y fácilmente reversible para prevenir el embarazo y que no presentan riesgo de complicaciones cardiovasculares. En el caso del postaborto del primero o segundo trimestre del embarazo, puede indicarse la administración inmediatamente o durante la primera semana después del aborto, debido a que la ovulación se reinicia casi de inmediato: dentro de las primeras dos semanas en un aborto del primer trimestre y en las primeras cuatro semanas en un aborto del segundo trimestre. Antes de la sexta semana postaborto, el 75% de las mujeres, han ovulado. Algunos expertos de este método sugieren su uso una semana después del aborto, ya que existe la sugerencia de un leve incremento de los factores de coagulación en los primeros días después de un aborto del primer trimestre. Si se inician después de una semana, es posible que no tengan eficacia inmediata debido a que el ovario reinicia el desarrollo folicular rápidamente hasta una semana después de un aborto del primer trimestre. (11,21)

2. Anticonceptivos inyectables combinados: se administran en forma mensual, liberando un estrógeno natural y una progestina. Su uso es adecuado para la mayoría de mujeres que desean un

método reversible y altamente efectivo para el control de la fertilidad siempre que no presente riesgo de complicaciones cardiovasculares. Los estrógenos utilizados en los anticonceptivos inyectables combinados tienen una vida media más corta y una potencia menor que los que se encuentran en los AOC. El uso de estos métodos no tiene restricciones en el postaborto, deben aplicarse inmediatamente o durante la primera semana después del aborto. (11)

3. Métodos anticonceptivos que contienen sólo progestina: Se encuentran disponibles tabletas, inyectables e implante. Todos ellos son adecuados para mujeres que desean protección anticonceptiva altamente eficaz y que estén dispuestas a tolerar irregularidades en el patrón de sangrado endometrial.

Los métodos compuestos solo de progestinas son apropiadas para su uso inmediato después de un aborto, independientemente del trimestre y deben iniciarse durante los primeros 7 días postaborto, debido al rápido retorno de la fertilidad. (21)

4. Implantes subdérmicos Anticonceptivos Norplant: el sistema de implantes subdérmicos anticonceptivos Norplant es un método hormonal para la regulación de la fertilidad de larga acción, reversible y altamente efectivo que proporciona protección anticonceptiva hasta por 5 años continuos. Los implantes se insertan debajo de la piel por personal capacitado durante cualesquiera de los primeros siete días de un ciclo menstrual o cuando se cuenta con la certeza de que la mujer no se encuentra embarazada. Se ha encontrado, que una de las indicaciones más precisas para el uso de este método es el postaborto, en cuyo caso puede ser colocado inmediatamente. Los implantes pueden ser retirados en cualquier momento, retornando rápidamente la función ovárica y, consecuentemente, la posibilidad de embarazo. Además ofrece la ventaja de que se puede colocar independientemente de la edad gestacional a la que ocurrió el aborto o de la presencia de infección. Debido a que este método contiene solamente una progestina, no aumenta el riesgo de tromboembolismo, una limitante para el uso de anticonceptivos combinados después de la ocurrencia de abortos, sobre todo en el segundo trimestre del embarazo. (21)

5. Dispositivo intrauterino DIU: Ofrece protección anticonceptiva hasta por 8 años. En condiciones habituales de uso, los DIU's ofrecen una protección anticonceptiva de 95 a 99 %. Este método es adecuado para mujeres que deseen un método altamente eficaz y de larga duración. No debe usarse en las siguientes condiciones: embarazo, sepsis puerperal o aborto post-séptico, enfermedad inflamatoria pélvica, o enfermedades de transmisión sexual en los tres últimos meses previos a la inserción, anormalidad anatómica cervico uterina, sangrado vaginal de causa desconocida, enfermedad trofoblástica gestacional maligna, Ca. endometrial, cervical u ovárico y tuberculosis pélvica. Los DIU's no deben insertarse en caso de un diagnóstico confirmado o supuesto de infección, hasta que este riesgo haya sido descartado o hasta que la infección se haya resuelto por completo (aproximadamente 3 meses). (21)

C. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE EL ABORTO

Estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud (Fathalia, 1,990) indican que al año mueren medio millón de mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo, casi el 14 % de esas defunciones son atribuibles a complicaciones del aborto. Además, el 98 % de esa mortalidad materna se produce en los países en desarrollo, en la tasa de abortos influyen diversos factores: edad, estado civil (las tasas de aborto son mas elevadas en las solteras que en las casadas), paridad, origen étnico, prevaecía del empleo de anticonceptivos y el nivel de educación, embarazos no deseados, violación, falta de recursos económicos o porque la relación de la pareja no es estable. (6,8,10,17,29,34,37)

Barrig y Colaboradores (1,993) haciendo referencia a las publicaciones de RoCHAT et al. (1,980) y Royston. E. & Amstrong. S. (1,989) hace ver que el 25 % de las muertes maternas ocurren en América Latina y que el 50 % de estas muertes pueden ser la secuela de abortos ilegales. Debido a que los países de América Latina incluyendo Guatemala no permiten la terminación voluntaria del embarazo y que la mujer y la persona que provoca un aborto son social y religiosamente sancionados, la práctica del aborto ocurre en la clandestinidad y la mayoría de ellos son realizados por personal no calificado y en condiciones higiénicas inadecuadas. (6,10)

Por las condiciones en que se práctica el aborto provocado resulta difícil hacer estimaciones precisas de su incidencia. En 1,991 se estimó que ocurrían cerca de 44 millones de abortos inducidos al año, 4 millones fueron practicados en América Latina . Más recientemente, Paxman J.M. y Colaboradores (1,993) basado en resultados de diferentes estudios estimaron que en América Latina se realizan entre 2.7 y 7.4 millones de abortos al año. (6)

Se estima que 2 de cada 5 abortos ocurren en condiciones de riesgo (Wolf, 1,994). a pesar de las restricciones legales, la incidencia de abortos inducidos en América Latina continúa siendo alto, México 23 %, Colombia 24 %, Brasil 23 %, República Dominicana 20 %, Chile 21 %, Perú 30 % entre otros. En los países en vías de desarrollo, la típica joven que solicita servicio de aborto es menor de 20 años, pero tan bien puede ser mas joven y tener entre 10 y 11 años de edad. En la medida en que tiene menos edad, hay mayores posibilidades de que aborte después del primer trimestre con un proveedor no médico. (8)

La OMS ha establecido una base de datos sobre el aborto en malas condiciones. Esa información proveniente de 67 estudios realizados en 17 países indica que en algunas zonas, hasta el 50 % de las defunciones maternas en hospitales se deben a complicaciones del aborto provocado sin condiciones de seguridad. En muchos países esa proporción representa alrededor de la cuarta parte de todas las defunciones maternas en hospitales (OMS 1,991). (17)

En un estudio realizado en México en dos hospitales públicos, realizado en el período postaborto en adolescentes de 15 a 19 años, señaló que el 75 % tenía conocimiento de prácticas caseras o tradicionales para provocar un aborto. Dentro de los métodos mencionados se incluyen tes, pastillas de quinina, mejoral con limón, ruda; combinados con caídas, ejercicios físicos intensos y levantar cosas pesadas (Romero, 1,994). Se llegan a introducir palos o raíces en el cérvix, recurren a personas sin experiencia quienes masajean su abdomen, practican un legrado con instrumentos sin desinfectar, o administran diversos tipos de inyecciones o prostaglandinas orales (Givaudan, 1,994). Esta falta de conocimiento sobre técnicas adecuadas puede incrementar el riesgo de sufrir una complicación seria durante el aborto. (Wolf , 1,992). (24,34)

Con el objeto de conocer las características sociodemográficas de las mujeres, la morbilidad y mortalidad y el costo hospitalario relacionados con el tratamiento del aborto se identificó y siguió a 6,650 mujeres que ingresaron durante 1 año a 6 hospitales de Guatemala para tratamiento de las complicaciones del aborto, encontrando que 2.7 % de los abortos fueron provocados, certeza; 3.7 % probable, 44.1 % posible y 49.4 % espontáneos. La incidencia de certeza fue mayor entre las menores de 20 años, entre las indígenas, entre las solteras que en las unidas, entre las estudiantes y empleadas domésticas que en amas de casa. El 47.5 % de mujeres respondió que no deseaban quedar embarazadas en el mes en que ocurrió la concepción. (6,20)

En un estudio hecho en Guatemala sobre conocimiento, creencias y actitudes de las comadronas de San Juan Sacatepéquez sobre el aborto se pudo constatar que el 100 % de las comadronas tenían conocimiento sobre el aborto y sabían que el aborto no médico en Guatemala es ilegal, y que practicado en condiciones inadecuadas tiene complicaciones, señalando como la mas común las infecciones. 75 % opino que el aborto es pecado y 25 % que es malo, se indagó sobre las indicaciones que ellas tomaban en cuenta para la realización de un aborto, 55 % respondió que era necesario cuando la madre estaba enferma, 20 % si el bebé se encontraba en malas condiciones físicas y 25 % otro, del 25 % que refirió otro, el 20 % indicó que cuando se da espontáneamente. El 15% de este grupo de

comadronas aceptó haber realizado abortos, el 33 % justifico que lo ha hecho porque no hay médico, 33 % porque no da tiempo y otro 33 % por hemorragia incontrolada; con lo que puede inferirse que el procedimiento se realiza por carecer de medios adecuados para un tratamiento diferente. Se pregunto si en alguna ocasión les habían pedido que realizaran un aborto, el 75 % de las comadronas contestó que si, por lo que 33 % las ha referido al médico o al centro de salud, 60 % no lo hace y 7 % lo hace si es necesario. Se observó que no concuerda la respuesta sobre si han realizado un aborto y si les han pedido que realicen un aborto, por lo que se consideró que la información obtenida no era real y estaba enmascarada. Solo el 5 % opinó estar de acuerdo con la legalización del aborto, el 50 % opino que es mejor legalizarlo porque hay demasiados, con lo que disminuiría el riesgo materno. (22)

En Guatemala, más del 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia son por complicaciones del aborto y de acuerdo al “Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala, 1,989” las complicaciones del aborto son la segunda causa de muerte (24 %). El aborto espontáneo o interrupción no provocada del embarazo, se produce en el 10 a 15 % aproximadamente de todos los embarazos conocidos o presuntos. Aunque el aborto espontáneo suele requerir tratamiento y hospitalización, ocasiona la muerte de la madre con menos frecuencia que el aborto provocado sin condiciones de seguridad. Los pasos más sencillos que un país puede tomar para prevenir la morbi-mortalidad debido al aborto en condiciones de riesgo son: reducir la necesidad del aborto al aumentar el alcance de programas de planificación familiar para las mujeres y parejas que quieren controlar su fertilidad y aumentar el acceso a los servicios de alta calidad para el tratamiento del aborto incompleto. (6,10,17,27))

D. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE RETALHULEU

1. **Características Geográficas:** Esta ubicado en la zona sur de la república, limita al Norte con el departamento de Quetzaltenango, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con el departamento de San Marcos y al Oeste con Suchitepéquez, tiene una extensión territorial de 1,856 kilómetros cuadrados, se encuentra a una altura de 239 m SNM, su cabecera departamental es Retalhuleu, su territorio se desarrolla en las faldas de las montañas que forman parte de la Sierra Madre y que bajan al mar en suave declive, no tiene accidentes de gran importancia, siendo relativamente plana su topografía. Está surcado por varios ríos de importancia: Samalá, Ocosito, Tilapa y Sis; además existen riachuelos, canales y zanjones. El clima en general es cálido con suficiente humedad y un suelo fértil. Consta de 8 municipios además de su cabecera departamental, los cuales son: Champérico, El Asintal, Nuevo San Carlos, San Andrés Villa Seca, San Felipe Retalhuleu, San Martín zapotitlán, San Sebastián, Santa Cruz Muluá. (15)

La cabecera departamental tiene una extensión superficial aproximadamente de 796 kilómetros cuadrados, una altura de 339 m SNM, latitud de 14°32'10'', longitud de 91°40'40'', cuenta con 5 aldeas, 27 caseríos, 4 labores, 7 parcelamientos, 55 fincas y 70 haciendas, el casco urbano está distribuido en 6 zonas, los límites de la cabecera departamental son: al Norte con los municipios de San Sebastián y Nuevo San Carlos, al Sur con las fincas La Pradera y la Cuchilla y Aldea La Guitarra, al Poniente, todo el recorrido del río Ocosito y al Oriente,

Finca las Delicias y Río Samalá. La cabecera del departamento la recorren 15 ríos, 21 zanjones, 1 laguna, 25 lagunetas, 9 pampas, 3 barras, 1 canal y 3 esteros, los principales ríos que recorren el municipio de Retalhuleu son: río Ocosito, río Samalá, río Bolas, río Xula, río Tzununá, y río Ixpat. (15,25)

Entre las vías de comunicación están: la carretera Interamericana del Pacífico CA-2 ó 6-W, que atraviesa el departamento y lo comunica principalmente con Mazatenango a 24 kilómetros de distancia y es la vía de acceso a la ciudad de Guatemala y a la frontera con México por el este. Además cuenta con carretera asfaltada de Retalhuleu a Champerico a 39 kilómetros y con carretera asfaltada de Retalhuleu a Quetzaltenango 53 kilómetros. (15)

Su majestuosa calzada le da una imagen sorprendente al entrar a Retalhuleu, cuenta con una gran variedad de casas que expresan la arquitectura colonial, y una gran variedad de monumentos y sitios arqueológicos los cuales son: Ujuxte, La Chorrera, Cataluna, Caballo Blanco, Montelimar. El chico, La Cuchilla, Las Cruces, San Juan Naj, Baquil, La tortuga, Boxomá, Las Delicias, Chuchupan y Victoria el Salto, Bolas, Casa Blanca, La Tortuga, Las Delicias, Las Ilusiones, Vaquil, Abaj Takalik. (4,15)

2. **Características Históricas:** Retalhuleu significa “Señal hecha sobre la Tierra”, esto se debe a que don Pedro de Alvarado hizo un trazo con la espada en el espacio, señalando a la derecha el territorio mame, y diciendo que todo el de la izquierda correspondía al reino quiché. Dicho límite quedó justamente en el río Nil. Cerca de Retalhuleu por lo cual fue puesto dicho nombre, que equivale a Señal de Tierra. La población del Municipio de Retalhuleu fue formada por un primitivo clan quiché, con influencia mame y cakchiquel. La población blanca, zamba y mestiza de San Antonio Retalhuleu, creó un Barrio hacia el Norte como parte del crecimiento de la ciudad. De 1,881 a 1,883 se construyó la Iglesia de San Nicolás, demolida en 1,932 para construir un mercado. (25)

Retalhuleu recibió el título de Villa por decreto de Asamblea constituyente el 12 de Noviembre de 1,825 y a categoría de Ciudad por Acuerdo Gubernativo del 15 de octubre de 1,892. El decreto de fundación del departamento de Retalhuleu es dado en el año de 1,877, por medio del Decreto Ejecutivo No. 194, ordenado por el General de División y presidente de la República Justo Rufino Barrios. La Fiesta titular y patronal se celebra en la primera quincena de diciembre, siendo el 8 el día principal, en honor a la Purísima Concepción de María, donde además de otras actividades, resalta la exposición ganadera. (4,25)

3. **Características Sociales:** hasta el año 2,000 se registro una población de 254,957

habitantes. El idioma indígena predominante es el Quiché. El ingreso económico, se obtiene a través de la ganadería y la agricultura siendo los principales cultivos de esta región: algodón, maíz, aceites esenciales (té de limón y citronela). En los últimos años el turismo ha ocupado un lugar muy importante debido a que, ha aumentado, gracias al municipio de San Martín Zapotitlán por estar en el fundado el centro acuático IRTRA, cuyos visitantes también visitan otros sitios turísticos de la cabecera departamental. La producción artesanal se lleva a cabo a través de desmotadoras de algodón, fábricas de hilado, de aceite vegetal, beneficios de café, fábricas de camas y de muebles, así como de papel y talleres de reparación de maquinaria agrícola. (15)

Los servicios públicos con que cuenta el departamento son: establecimientos educativos como escuelas, institutos de educación básica de los cuales cabe mencionar el Instituto Adolfo V. Hall del Sur creado por acuerdo gubernativo del 2 de noviembre de 1,971, establecimientos de educación media entre las mas antiguas la Escuela de Ciencias Comerciales y extensión de la universidad de San Carlos de Guatemala y otras de tipo privado. Además cuenta con servicio de energía eléctrica, agua potable, edificio para mercado, correos, telégrafos, teléfono, un Hospital Nacional y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), iglesia parroquial; 9 estaciones de ferrocarril: Caballo blanco, candelaria, Jesús la Bomba, la Cuchilla, La Junta, Las Cruces, Retalhuleu, San Jerónimo y san Juan Zapote; servicio de taxis, radiodifusora, campos deportivos, hoteles y pensiones, salón de cine, servicio de buses urbanos y extra-urbanos y demás servicios propios de una ciudad. (25)

La población de Retalhuleu, se da a conocer en actividades tanto sociales como culturales en lo que podría mencionarse que las personas son colaboradoras. El evento donde se demostró el amor que se tiene a Retalhuleu, fue en la celebración del Centenario en el que el pueblo manifestó su alegría, se realizaron desfiles en los que el pueblo participo recordando como a progresado Retalhuleu; en lo que duro la celebración se realizaron concursos de belleza, desfiles de las escuelas de nivel primario. En los desfiles se recordaron muchos los aspectos históricos de Retalhuleu, entre ellos el ferrocarril, el mercado quemado de San Nicolás, etc. Entre toda esta celebración se hicieron reconocimientos a personas que han tenido participación en el engrandecimiento de Retalhuleu. (15)

Uno de los problemas de la población es la deuda que se tiene por parte de la municipalidad con el INDE, el cual ha reducido los fondos del municipio. Otro problema es la falta de señales de transito en algunos sectores del municipio que ha creado congestionamiento de vehículos en las calles y accidentes. Un problema más es el río que cruza la ciudad de Retalhuleu que es fuente de contaminación ya que las personas tiran la basura en el y esto provoca la acumulación de basura en el río lo cual no deja correr el agua

normalmente y al llover fuerte el río crece y se sale de su cause, afectado a los habitantes circunvecinos. (15)

4. **Características educativas:** Con respecto a la educación pública cuenta con 35 escuelas de educación primaria en el área urbana y 209 en el área rural y otros establecimientos de carácter privado. La educación básica de tipo oficial cuenta se lleva a cabo a través de 37 institutos ubicados en el área urbana y 40 en el área rural, además cuenta con 16 centros de educación privada en el área urbana y 1 en el área rural. El nivel diversificado cuenta con 4 establecimientos nacionales ubicados en el área urbano y 25 particulares también ubicados en el área urbana. Además cuenta con extensiones universitarias de las universidades de San Carlos de Guatemala, Universidad Landivar, Universidad Francisco Marroquín y Mariano Gálvez las cuales cuentan con un buen número de carreras. (15)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA:

1- Tipo de estudios:

Descriptivo retrospectivo.

2. Unidad de análisis:

Todas las historias clínicas con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional de Retalhuleu de 01 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del 2,001.

1. Universo de estudio:

Total de expedientes clínicos de pacientes atendidas en el hospital Nacional de Retalhuleu con diagnóstico de aborto.

2. Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas, encontradas en el archivo del Hospital Nacional de Retalhuleu del 01 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del 2,001, con diagnóstico de aborto.

3. VARIABLES A ESTUDIAR.

Variable	Definición	Operacionalización	Unidad de	Escala de
----------	------------	--------------------	-----------	-----------

			medida	medición
Incidencia	Número de casos en lugares y tiempo definido.	<u>No. de abortos</u> No. Nacidos vivos	Porcentaje	Numérica
Características generales:				
Edad	Tiempo transcurrido en años que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años reportados	Años de vida	Numérica
Estado Civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Tomado de expediente clínico	Casada Soltera Unida Divorciada Viuda	Nominal
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Tomado del expediente clínico	Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormona Otras: _____	Nominal
Grupo Etnico	Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite a grupos raciales y organizaciones sociales varias	Tomado del expediente clínico.	Ladino Indígena	Nominal
	Conjunto de cursos que una persona sigue en un	Años escolares terminados	Analfabeta Alfabeto: No. de años de primaria	Nominal

Escolaridad	establecimiento docente		No. de años de secundaria No. de años en universidad	
Ocupación	Toda actividad susceptible de valoración económica por la tarea, el tiempo o el rendimiento	Dedicación principal	Empleada Estudiante Agricultora Profesional Comerciante Otro: _____	Nominal
	Lugar geográfico dónde reside una persona.	Lugar donde reside	Municipio	Nominal
Procedencia				
Antecedentes obstétricos	Eventos ginecológicos y obstétricos, sucedidos en vida reproductiva.	No. de gestas registradas en expediente clínico No. de partos registrados en expediente clínico No. de abortos registrados en expediente clínico No. de Cesáreas Registradas en expediente clínico No. de hijos nacidos vivos Registrados en expediente clínico	No. de gestas No. de partos No. de abortos No. de Cesáreas No. de hijos nacidos vivos	Numérica Numérica Numérica Numérica Numérica

		No. de hijos nacidos muertos Registrados en expediente clínico	No. de hijos nacidos muertos	Numérica
Tipo de aborto	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos.	Tomado del expediente clínico	Aborto: Provocado Espontáneo Diferido Séptico Inevitable Completo Incompleto Habitual Molar	Nominal
Estancia hospitalaria	Periodo de tiempo que permanece una persona dentro del hospital.	Tomado del expediente clínico	No. de días No. de horas	Numérica.
Tratamiento	Todas las acciones clínicas , farmacológicas y quirúrgicas para la resolución de un problema de salud.	Tomado del expediente clínico	Farmacológico Antibióticos Reposición de líquidos/ Electrolitos Transfusiones Analgésicos Sedantes Quirúrgico Legrado: LIU AMEU	Numérica
Complicaciones	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural o en el intento por resolver la	Tomada del expediente clínico.	Rasgadura Perforación Endometritis Salpingooforitis Peritonitis Septicemia Shock séptico No dato	Nominal

	misma.			
Tratamiento de las complicaciones	Cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el fin de combatir las complicaciones del aborto.	Tomada del expediente clínico.	Laparotomía Corrección de perforación Sutura de la rasgadura Otros: _____ _____	Nominal

6. Instrumento de recolección y medición de variables o datos:

Se utilizó una boleta de recolección de datos, elaborada en base a los objetivos que permitió obtener información sobre datos generales, características gineco-obstétricas, tiempo de estancia hospitalaria, tipo de aborto, tratamiento administrado y complicaciones más frecuentes presentadas por las pacientes estudiadas.

7. Ejecución de la investigación:

Se participó en una charla introductoria sobre Aborto, impartida por el -CICS- y se eligieron los departamentos a estudiar. Luego se buscó material bibliográfico, luego se realizaron los trámites correspondientes para la aprobación del tema por la Unidad de Tesis y se procedió a la elaboración del protocolo, el cual fue revisado y corregido por revisor y asesor y presentado a la Unidad de Tesis para su aprobación. Para realizar el trabajo de campo se solicitó autorización al Director del Hospital Nacional de Retalhuleu para revisar los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto del año 1,999 al año 2,001, la información se recopiló a través de una boleta diseñada para cumplir con los objetivos de la investigación. No fue posible obtener el total de expedientes clínicos, pero se obtuvo la mayoría de ellos, el procesamiento de los datos para el análisis de la información, se realizó a través del programa de computación EPI-INFO.

8. Plan de análisis:

Se analizó:

- a. Prevalencia de aborto en el departamento de Retalhuleu.
- b. Características generales de las pacientes hospitalizadas en el Hospital de Retalhuleu con el diagnóstico de aborto
- c. Características gineco-obstétricas de las pacientes.
- d. Tiempo de estancia Hospitalaria.
- e. Tipo de Aborto más frecuente.
- f. Tratamiento más frecuente
- g. Complicaciones más frecuentes.

9. Aspectos éticos:

Las boletas de recolección de datos se identificaron por números correlativos sin incluir nombres de las pacientes ni número de registro clínico. No se divulgará a que persona corresponde la información obtenida. Solo se anotaron los datos incluidos en la boleta diseñada para la recolección de los mismos..

B. RECURSOS:

1. Humanos:

- Bibliotecarios.
- Personal de Hospital Nacional de Retalhuleu

2. Materiales:

- Boleta de recolección de datos.
- Equipo de oficina
- Biblioteca de Medicina, INCAP, I.N.E.

3. Económicos:

- Hojas	24.00
- Fotocopias	360.00
- INTERNET	40.00
- Transporte	250.00
- Tinta de impresora	195.00
- Curso EPI-INFO 6	25.00
- Impresión de tesis	<u>1,400.00</u>
TOTAL	2,294.00

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU, DEL AÑO 1,999 AL AÑO 2,001

CUADRO 1.

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS POR
AÑO EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA.

AÑO	TOTAL DE INGRESOS AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICA	TOTAL DE INGRESOS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO		TOTAL DE EXPEDIENTES ENCONTRADOS	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1,999	5141	546	10.62	478	87.54
2,000	5241	496	10.56	446	89.91
2,001	5357	562	9.53	451	80.24
OTAL.	15739	1604	10.19	1375	85.72

Fuente: Departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 2
TASA DE ABORTO SEGUN MUNICIPIO DE PROCEDENCIA Y AÑO., DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE ABORTO.

MUNICIPIO	AÑO 1,999			AÑO 2,000			AÑO 2,001			TOTAL GENERAL	
	No de nacidos vivos	No. de abortos	Tasa de abortos x 1,000	No. de nacidos vivos	No. de abortos	Tasa de abortos x 1,000	No. de Nacidos vivos	No. de abortos	Tasa de Abortos X 1,000	No. de nacidos vivos	No. de abortos
Retalhuleu	2279	171	75	2161	158	73	2101	155	74	6544	484
San Carlos	621	30	48	569	22	39	546	29	53	1736	81
San Zapotitlán	239	08	33	229	09	39	248	08	32	716	25
San Juan Mulua	383	09	23	385	06	16	403	13	32	1171	28
San Andrés Villaseca	1227	29	24	1198	30	25	1135	31	27	3560	90
San Sebastián	747	43	58	800	33	41	753	49	65	2300	125
San Miguel	812	36	44	802	33	41	717	29	40	2331	98
San Carlos	1116	53	47	1132	43	38	955	36	38	3203	132
San Juan	1115	46	41	1159	54	47	1032	47	46	4536	147
Departamentos	----	53	----	----	58	----	----	54	----	----	165
	8539	478	50	8435	446	46	7994	451	50	26097	1375

Nota: para estimar la tasa de abortos por año del departamento de Retalhuleu se restaron las frecuencias de otros departamentos.

Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección General del Area de Salud y Departamento de Registro y Estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 3.**EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10-14 años	15	1.1
15-19 años	270	19.6
20-24 años	393	28.6
25-29 años	251	18.3
30-34 años	190	13.8
35-39 años	165	12.0
40-45 años	79	5.7
45-49 años	12	0.9
Total	1375	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 4.**EDAD Y ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO**

EDAD	ESTADO CIVIL							
	CASADA		SOLTERA		UNIDA		VIUDA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10 –14	2	0.2	6	0.4	7	0.5	0	0

15-19	101	7.3	53	3.9	116	8.4	0	0
20-24	198	14.4	55	4.0	137	10.0	3	0.2
25-29	137	10.0	30	2.2	84	6.1	0	0
30-34	103	7.5	14	1.0	73	5.3	0	0
35-39	98	7.2	7	0.5	60	4.4	0	0
40-44	44	3.2	3	0.2	31	2.2	1	0.1
45-49	8	0.6	1	0.1	3	0.2	0	0
TOTAL	691	50.3	169	12.3	511	37.2	4	0.3

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 5.

EDAD Y OCUPACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	AMA DE CASA		ESTUDIANTE		PROFESIONAL		PROSTITUCION		NO DATO	
	No.	%	No.	%	No.	%.	No.	%	No.	%
10-14	14	1.0	1	0.1	0	0	0	0	0	0
15-19	263	19.1	7	0.5	0	0	0	0	0	0
20-24	385	28.0	4	0.3	3	0.2	0	0	1	0.1
25-29	245	17.8	0	0	2	0.1	1	0.1	3	0.2
30-34	184	13.4	0	0	3	0.2	0	0	3	0.2
35-39	164	12.0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
40-44	79	5.7	0	0	0	0	0	0	0	0
45-49	12	0.9	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1346	97.9	12	0.9	8	0.5	1	0.1	8	0.6

Falta una paciente cuya ocupación es prostitución.

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 6.

DISTRIBUCIÓN POR DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

DISTRIBUCION DE PACIENTE POR PROCEDENCIA DE DEPARTAMENTO		
Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Retalhuleu	1210	87.3
Quetzaltenango	112	8.1
Suchitepequez	53	3.8
Total	1375	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 7

EDAD Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	GESTAS					PARTOS				ABORTOS			
	No. de casos	0	1	2-4	5-15	0	1	2-4	5-15	0	1	2-4	5-7
10-14	15	0	10	3	1	10	1	3	0	0	1	0	0
15-19	270	7	13	79	6	137	44	24	0	0	25	9	0
20-24	393	5	63	206	29	92	83	121	7	1	63	13	0
25-29	190	0	19	101	70	23	27	105	35	0	49	22	0
30-34	142	0	3	54	85	5	13	61	63	0	39	16	0
35-39	130	0	5	24	101	6	4	38	84	0	39	19	1
40-44	64	0	1	3	60	1	1	12	50	0	21	20	1
45-49	9	0	0	2	7	1	0	3	5	0	3	3	0
Total %	1375 100	12 0.8	114 8.3	472 34.3	359 26.1	275 20	173 12.6	367 26.7	244 17.8	1 0.07	240 17.4	102 7.4	2 0.1

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 8.

EDAD Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	CESAREAS						HIJOS NACIDOS VIVOS				HIJOS NACIDOS MUERTOS		
	No de Casos	0	1	2	3	4	0	1	2-4	5-15	0	1	2
10-14	15	13	0	0	0	1	10	1	2	1	14	0	0
15-19	270	191	10	4	0	0	125	48	32	0	203	2	0
20-24	393	280	14	7	0	0	77	85	132	8	301	0	1
25-29	251	180	6	2	2	0	17	26	245	34	188	0	1
30-34	190	133	7	2	0	0	3	11	64	64	142	0	0
35-39	165	125	5	1	0	0	6	2	41	83	131	0	1
40-44	79	62	2	0	0	0	1	1	13	49	63	1	0
45-49	12	8	0	0	1	0	0	0	4	5	9	0	0
Total %	1375 100	992 72.1	44 3.2	16 1.2	3 0.2	1 0.07	239 17.3	174 12.6	401 29.2	244 17.7	1051 76.4	3 0.2	3 0.2

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 9.

EDAD GESTACIONAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

SEMANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	2	0.1
4	23	1.7
5	1	0.1
6	42	3.0
7	81	5.9
8	246	18.1
9	41	3.0
10	119	8.6
11	17	1.2
12	523	38
13	11	0.8
14	37	2.7
16	43	3.1

17	5	0.3
18	28	2.1
19	10	0.7
Sin información	146	10.6
TOTAL	1375	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 10.

ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

NO. DE DIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< de 24 horas	27	1.9
1	1123	81.7
2	126	9.2
3	62	4.5
4	17	1.2
5	3	0.2
6	6	0.4
7	1	0.1
8	4	0.3
9	1	0.1
12	1	0.1
Sin información	4	0.3
TOTAL	1375	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 11.

**TIPO DE ABORTO Y ESTANCIA HOSPITALARIA
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ABORTO.**

DIAS	TIPO DE ABORTO															
	Completo		Diferido		Espontáneo		Habitual		Incompleto		Inevitable		Molar		Provocado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< De 24 horas	0	0	0	0	0	0	0	0	18	1.3	0	0	0	0	0	0
1	3	0.2	4	0.3	1	0.1	1	0.1	1030	74.9	16	1.2	2	0.1	20	1.4
2 a 5	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0	0	68	4.9	7	0.5	5	0.4	10	0.7
6 a 12	0	0	0	0	1	0.1	0	0	7	0.5	0	0	1	0.1	0	0
Sin Información	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
No Clasificación	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
TOTAL																

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 12.

TIPO DE ABORTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETO	4	0.3
DIFERIDO	5	0.4
ESPONTANEO	3	0.2
HABITUAL	1	0.1
INCOMPLETO	1123	81.6
INEVITABLE	23	1.7
MOLAR	8	0.6

PROVOCADO	30	2.3
SEPTICO	120	8.7
NO CLASIFICACION	57	4.1
SIN INFORMACION	1	0.1
TOTAL	1375	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 13.

TIPO DE TRATAMIENTO BRINDADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

TIPO DE TRATAMIENTO											
FARMACOLÓGICO				QUIRURGICO				LEGRADO			
SI		NO		SI		NO		SI		NO	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1374	99.9	1	0.1	2	0.2	1373	99.8	1354	98.5	21	1.5

Fuente: Historia clínicas e pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 14.

TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO BRINDADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTIBIOTICOS	200	14.5
REPOSICION DE L/E	1374	99.9
TRANSFUSIONES	130	9.5
ANALGESICOS	1363	99.1
SEDANTES	1359	98.8
FENOBARBITAL	28	2.0
NO TRATAMIENTO (FUGADA)	1	0.1

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 15

TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO BRINDADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

TIPO DE ABORTO		FARMACOLOGICO	LEGRADO
----------------	--	---------------	---------

				LIU		AMEU	
	No. de casos	No.	%	No.	%	No.	%
COMPLETO	4	4	0.3	0	0	0	0
DIFERIDO	10	5	0.4	5	0.4	0	0
ESPONTANEO	6	3	0.2	3	0.2	0	0
HABITUAL	2	1	0.1	1	0.1	0	0
INCOMPLETO	2245	1123	81.7	1122	82.9	0	0
INEVITABLE	46	23	1.7	23	1.7	0	0
MOLAR	16	8	0.6	7	0.5	1	0.1
PROVOCADO	60	30	2.2	30	2.2	0	0
SEPTICO	240	120	8.7	120	8.8	0	0
NO CLASIFICACION	99	57	4.1	42	3.1	0	0
TOTAL	2728	1374	100.0	1353	99.9	1	0.1

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 16.

TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO BRINDADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

TIPO DE ABORTO	No. DE CASOS	ANTIBIOTICOS		REPOSICION DE L/E		TRANSFUSIONES		ANALGESICOS		SEDANTES		FENOLICO
		No.	%	No..	%	No.	%	No.	%	No.	%	
COMPLETO	4	2	1	4	0.3	1	0.7	4	0.3	3	0.2	0
DIFERIDO	5	2	1	5	0.4	5	3.8	5	0.4	5	0.4	0
ESPONTANEO	3	1	0.5	3	0.2	0	0	3	0.2	3	0.2	2
HABITUAL	1	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1	1	0.1	0
INCOMPLETO	1123	55	27.5	1123	81.7	68	52.4	1119	82.0	1120	82.4	12
INEVITABLE	23	6	3	23	1.7	4	3.1	23	1.7	23	1.7	1
MOLAR	8	1	0.5	8	0.6	1	0.7	8	0.6	8	0.6	0
PROVOCADO	30	7	3.5	30	2.2	7	5.4	30	2.2	30	2.2	0
SEPTICO	120	119	59.5	120	8.7	42	32.4	120	8.8	120	8.8	1
NO CLASIFICACION	57	7	3.5	57	4.1	2	1.5	50	3.7	46	3.4	12
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	1											
TOTAL	1375	200	100	1374	100	130	100	1363	100	1359	100	28

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 17.

COMPLICACIONES PRESENTADAS POR PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	5.56
RASGADURA	1	5.56
ENDOMETRITIS	4	22.22
SEPTICEMIA	4	22.22
LIU INCOMPLETO	8	44.44
TOTAL	18	100.00

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 18.

TIPO DE ABORTO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

TIPO DE ABORTO	COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVOCADO	RASGADURA	1	5.56
INCOMPLETO	ENDOMETRITIS	3	16.66
INCOMPLETO	SEPTICEMIA	1	5.56
INCOMPLETO	SHOCK HIPOVOLEMICO	1	5.56
INCOMPLETO	LIU INCOMPLETO	7	38.88
SEPTICO	ENDOMETRITIS	1	5.56
SEPTICO	SEPTICEMIA	3	16.66
SEPTICO	LIU INCOMPLETO	1	5.56
TOTAL		18	100.00

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 19**TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES PRESENTADAS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO**

COMPLICACION	TRATAMIENTO DE COMPLICACION
SHOCK HIPOVOLEMICO	TRANSFUSIONES
ENDOMETRITIS	ANTIBIOTICOS
SEPTICEMIA	ANTIBIOTICOS
RASGADURA	ANTIBIOTICOS, NO SE SUTURO POR TENER MAS DE 24 HORAS PRODUCTO DE ABORTO PROVOCADO
LIU INCOMPLETO	NUEVO LIU POR LIU INCOMPLETO

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

CUADRO 20.**OBSERVACIONES REALIZADAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO**

OBSERVACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenaza de aborto	15	14.6
Aborto frustrado	28	27.2
Aborto en curso	13	12.6
Embarazo ectópico	2	1.9
Aborto por embarazo anembrionico	24	23.3
Segundo Dx. Anemia	10	9.7
Segundo Dx. Miomatosis uterina	2	1.9
Segundo Diagnóstico I.T.U.	5	4.9
Segundo Dx. Masa anexial derecha	1	1.0
Segundo Dx. Leucorrea	2	1.9
Segundo Dx. Bronquitis	1	1.0
TOTAL	103	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes tomadas del departamento de registro y estadística del hospital Nacional de Retalhuleu.

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En la tasa de aborto influyen diversos factores: como la edad, estado civil, origen étnico, nivel de educación, paridad y prevalencia del empleo de anticonceptivos; pero en Guatemala no se dispone de datos para analizar estos factores. (18). Razón por la cual se realizó el presente estudio, el cual describe la incidencia de aborto, las características generales y gineco-obstétricas, estancia hospitalaria, clasificación, tratamiento y complicaciones del aborto, en el Hospital Nacional de Retalhuleu, del año 1,999 al año 2,001, donde del total de ingresos al departamento de Gineco – Obstetricia en los años estudiados, mas o menos el 10 % de pacientes han sido ingresadas con diagnóstico de Aborto. (Cuadro 1)

En este estudio se observó que la tasa de aborto en el departamento de Retalhuleu, en el año 2,001 solo disminuyó en el municipio de San Martín Zapotitlán con relación al año 2,000, pero se mantuvo igual al año 1,999. Se incrementó en tres de sus municipios, los cuales fueron: Santa Cruz Mulua, San Felipe y San Sebastián. De los municipios mencionados San Sebastián es uno de los más cercanos, junto con Santa Cruz Mulua y San Felipe, sus habitantes cuentan con medios de transporte y vías de acceso adecuadas para llegar al Hospital de Retalhuleu o Mazatenango a donde pueden acudir en busca de atención médica, ya que es común en los Hospitales que personas de otros departamentos asistan por sentir cierta preferencia. Es posible que el aumento de la tasa de aborto en algunos municipios se debió a que en el último año el Hospital de Retalhuleu haya incrementado su cobertura en relación a ellos, atendiendo a pacientes que anteriormente no buscaban atención médica o se dirigían a otros centros asistenciales. (Cuadro 2)

La incidencia de aborto a nivel general fue similar en los años estudiados, se registro para los años 1,999, 2000 y 2001 que la tasa de aborto fue de 50, 46 y 50 abortos por cada 1,000 nacidos vivos, indicando que el aborto es un problema de salud pública que persiste a lo largo de los años y que los programas de control prenatal y de métodos para el control de la natalidad no han contribuido a disminuirlo, ya que a través de la supervisión médica del

embarazo, es posible detectar enfermedades metabólicas, infecciones genitales y del tracto urinario que con tratamiento adecuado no se convertirían en causas potenciales de aborto. (26) (Cuadro 2)

En la población estudiada las mujeres entre 20 a 29 años de edad, presentaron en conjunto el mayor número de abortos (46.9 %), esto se explica porque en Guatemala según la encuesta de salud materno infantil, la tasa de fecundidad es alta (5 hijos por mujer), el período de espaciamiento entre cada embarazo es corto, en la edad mencionada es de 15 meses. Partiendo del conocimiento de que el riesgo de aborto aumenta con la cantidad de embarazos y en las mujeres que conciben antes de los 2 años posteriores a un nacimiento a término, se explica que mujeres con madurez fisiológica para el embarazo sufran un aborto. (5, 9) En el rango de quince a diecinueve años se encontró un número considerable de abortos (21%), ya que el ser muy joven (menor de 20 años) predispone al aborto. (5) Se registraron casos de aborto incluso en mujeres mayores de 45 años, quizá porque desconocen que el embarazo por arriba de los 35 años y sobre todo en la edad referida, predispone a complicaciones graves para la madre y el feto, siendo el aborto una de ellas. (5) (Cuadro 3)

El estado civil más frecuente fue casada en todas las edades, incluso en menores de edad, la mayoría de mujeres se encuentra casada o unida, porque es parte de la cultura de Guatemala que la mujer principie su vida en pareja y a la vez reproductiva desde muy joven, incluso antes de los 15 años, sobre todo en el área rural. (9) La vida en pareja aumenta la probabilidad de que la mujer se embarace con mayor frecuencia, si no utiliza un método para el control del embarazo, lo cual es común en los hogares guatemaltecos, ya que está descrito que solo el 38 % de la población utiliza métodos anticonceptivos, esto trae como resultado alta paridad y tiempo de espaciamiento corto entre cada embarazo, las cuales como ya se menciono anteriormente son condiciones que influyen para que se produzca un aborto. (9) Cuadro 4)

La ocupación más frecuente en todas las edades fue ama de casa, esto indica que las persona de la región estudiada viven de forma tradicional, dónde la mujer se encarga del cuidado de la casa y los niños y el hombre de ganar el sustento diario; desde niñas la mujeres son

educadas para desarrollarse de esta forma en la vida adulta, muchas de ellas empiezan muy jóvenes, perdiendo la oportunidad de recibir o alcanzar niveles de educación donde se abarcan temas de sexualidad, que pueden contribuir a planear su vida reproductiva en base a una serie de conocimientos capaces de guiarlas adecuadamente. (9) (Cuadro 5)

Del total de pacientes atendidas en el Hospital Nacional de Retalhuleu, en un bajo porcentaje (12%) se brindó atención por diagnóstico de aborto a pacientes procedentes de Suchitepequez y Quetzaltenango, que son los departamentos más cercanos. Con relación a la procedencia de pacientes del departamento en estudio, el mayor número de pacientes fue de la cabecera departamental ya que esta cuenta con una población mucho más grande que el resto de los municipios. (15,25) (Cuadros 1,6)

En la historia clínica de las pacientes, la mayoría de las veces la gesta actual fue incluida como antecedente obstétrico, es por eso que se observa que el número de pacientes sin antecedente de gestas anteriores es muy bajo y las que no tienen antecedentes de partos anteriores e hijos nacidos vivos es mucho mayor, lo cual indica que las pacientes con antecedente de una gesta en realidad pueden ser primigestas y representan un 9.1 % de ingresos al Hospital, pero el aborto se presentó con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de dos a cuatro gestas, muchas de ellas son mujeres menores de edad, lo cual es un factor de riesgo (5) para sufrir un aborto, pues se encuentran comprendidas entre los 15 y 29 años, además Guatemala como un país en vías de desarrollo presenta una pirámide poblacional de base ancha, con una población en su mayoría joven, incrementando la probabilidad de que un evento suceda en las edades mencionadas. (9) El antecedente de cesáreas o hijos nacidos muertos se presentó en un mínimo porcentaje de pacientes, por lo que no se considera entre las causas principales de aborto. En la región estudiada, el aborto fue más frecuente en mujeres con antecedente de 1 cesárea, 1 ó 2 abortos anteriores, y el período de espaciamiento corto entre el parto por cesárea o el aborto y el próximo embarazo, inferior a 2 años, podría ser la causa. (5,9) (Cuadros 7,8)

Se observó que conforme avanza la edad se incrementó el número de gestas, partos y número de hijos nacidos vivos. En las mujeres de quince a veintinueve años fue frecuente encontrar antecedentes de 2 a 4 gestas y 5 o más en mayores de 30 años, con relación a partos

anteriores y número de hijos nacidos vivos las mujeres de veinte a veintinueve años presentaron dos a cuatro de estos eventos y las mayores de treinta años cinco o más. Esto indica que en la región estudiada muchas mujeres se embarazan a lo largo de toda su vida reproductiva, incluso en edades que colocan el embarazo en una posición de alto riesgo para la madre y el niño. (5) (cuadro 7,8)

Al momento del aborto, la mayor parte de los casos se registraron durante y antes de las doce semanas de gestación, esto puede indicar que la mayoría de pacientes atendidas en el Hospital Nacional de Retalhuleu tuvieron un aborto espontáneo, ya que según la literatura el 80% de este tipo de aborto se presenta en el primer trimestre (5) sin embargo esto no excluye la posibilidad de que algunos abortos sean provocados, ya que esto depende de la decisión de la madre, la cual puede ser tomada en cualquier etapa del embarazo. (Cuadro 9).

La mayoría de pacientes fueron hospitalizadas un día, ya que es el tiempo prudente para detectar complicaciones por legrado instrumental, las pacientes ingresadas por dos o más días son pacientes que sufrieron algún tipo de complicación y muchas de ellas han ingresado por aborto séptico, provocado o resultado de un embarazo molar. (Cuadros 10,11)

El aborto incompleto fue el más frecuente (85.3% de los casos) y aunque otras pacientes ingresaron según el resto de la clasificación clínica, al egreso fueron clasificadas como aborto incompleto, la mayoría de abortos se presentó durante el primer trimestre (79.7% de los casos), el tratamiento quirúrgico solo se utilizó en dos pacientes por diagnosticárseles embarazo ectópico. (Cuadros 9, 12,13,20).

El segundo aborto más frecuente fue el aborto séptico (9.1%), y es el que tiene mas probabilidad de ser resultado de un aborto provocado, pero por ser considerado un delito en nuestro país, las mujeres que practican no refieren información al respecto, y solo se documentó este tipo de abortos con intención criminal, en dos casos ya que el resto de abortos registrados como provocados fueron producto de embarazo anembrionico diagnosticado por clínica y ultrasonido. (Cuadros 12,20)

El tratamiento farmacológico se aplicó a todas las pacientes, excepto una que se fugó, se basó principalmente en reposición de líquidos y electrolitos, analgésicos y sedantes que forman parte del protocolo hospitalario. El fenobarbital fue utilizado en pacientes que ingresaron por amenaza de aborto aunque algunas terminaron en aborto. (Cuadros 13,14,15,20)

Los antibióticos se utilizaron en pacientes con aborto séptico y algunas con aborto incompleto que se complicaron con septicemia o endometritis, las transfusiones fueron necesarias en un 9.46% de los casos, esto indica que aunque la hemorragia no figuraba en el expediente clínico como una de las complicaciones, se produjo con frecuencia, colocando a la paciente en un estado crítico de salud, controlado adecuadamente por el personal médico, ya que solo una paciente presentó shock hipovolémico, (Cuadros 16,17,18,19)

En muy pocos casos se registró un segundo diagnóstico que podría ser causa de aborto tales como: infección del tracto urinario, anemia, leucorrea, miomatosis uterina entre otros (21 casos), esto probablemente se deba a la poca importancia o al desconocimiento mismo que tiene el personal encargado de recolectar información sobre la incidencia de estos diagnósticos como causa de aborto, estos casos se presentaron en pacientes comprendidas entre las edades de 20 a 29 años y durante el primer trimestre de gestación. Según bibliografía (3,5,7,23), durante el primer trimestre de embarazo las enfermedades mencionadas, si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo, son causa directa de aborto, por lo que es de suma importancia realizar diagnóstico precoz y brindarles tratamiento pertinente. Otra probable razón por la que existió un bajo registro de estos casos, pudo haber sido una evaluación incompleta y superficial de la paciente durante el ingreso. (Cuadro 3, 9, 20)

IX. CONCLUSIONES

1. En el departamento de Retalhuleu en los años 1,999, 2000 y 2,001 la incidencia de aborto fue de 50, 46 y 50 abortos por cada 1,000 nacidos vivos respectivamente, indicando que el aborto es un problema de salud pública que persiste sin cambios a lo largo de los años.
2. De las pacientes que recibieron atención intrahospitalaria por diagnóstico de aborto la mayoría se encontraban comprendidas entre los 20 a 29 años de edad, porque a pesar de contar con madurez fisiológica para el embarazo presentan alta paridad y período intergenésico corto, menor de 2 años, que las predispone a un aborto. Además se observó un 20.7% de pacientes menores de 20 años. La mayoría amas de casa, casadas o unidas porque desde muy jóvenes inician su vida en pareja y a la vez reproductiva, la mayoría fue procedente de la cabecera departamental por contar con el mayor número de población y el acceso fácil y rápido al hospital.
3. El aborto se presentó con mayor frecuencia en pacientes con antecedente de 2 a 4 gestas, partos o hijos nacidos vivos, también en pacientes con antecedente de una cesárea y uno o dos abortos.
4. La estancia hospitalaria fue de un día en el 81.7 % de los casos, esto debido a que la mayoría de abortos cursaron sin complicaciones, sin embargo se prolongó incluso hasta 12 días en pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto séptico o provocado.
5. El aborto incompleto fue el mas frecuente (85.3%), sin embargo no se puede afirmar cuales fueron espontáneos y cuales fueron provocados, debido a que en Guatemala el aborto es un delito, y las mujeres que lo practican ocultan información al respecto.
6. El tratamiento brindado con mayor frecuencia a las mujeres que consultaron por aborto incompleto fue legrado instrumental uterino, por ser el método más utilizado en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Con respecto al tratamiento farmacológico que se brindó con mayor

frecuencia consistió principalmente en administrar líquidos y electrolitos, analgésicos y sedantes que es el tratamiento utilizado por protocolo.

7. Las complicaciones observadas con mayor frecuencia fueron: un nuevo legrado por legrado anterior incompleto, septicemia y endometritis sobre todo en pacientes con diagnóstico de aborto provocado.

X. RECOMENDACIONES.

1. Crear programas de educación en salud reproductiva dirigidos principalmente a jóvenes, impartidos en los diferentes establecimientos educativos, para contribuir a que la frecuencia de aborto disminuya en las nuevas generaciones.
2. Elaborar a nivel de Hospitalario, una boleta que de forma fácil y rápida permita recopilar información de datos relacionados con el diagnóstico de aborto, tanto al ingreso como al egreso de la paciente para que sean analizados en estudios posteriores.
3. Capacitar al personal encargado del ingreso de pacientes sobre la importancia y el tipo de datos que se necesita obtener de pacientes ingresados con diagnóstico de aborto.
4. Unificar el criterio dentro personal que toma los datos de las pacientes, para que el evento por el cual ingresa (embarazo, aborto) no se incluya como antecedente, a fin de recolectar información de forma uniforme.

XI. RESUMEN.

El presente estudio es retrospectivo, describe la caracterización epidemiológica del aborto en el hospital Nacional de Retalhuleu, la información necesaria para realizar dicho estudio se recolectó de los expedientes clínicos de las pacientes atendidas del año 1,999 al año 2,001.

Se registró que la incidencia de aborto en el Hospital Nacional de Retalhuleu fue de 50, 46 y 50 abortos por cada 1,000 nacidos vivos en los años 1,999, 2,000 y 2001 respectivamente. En cuanto a las características generales de las pacientes, el aborto fue más frecuente en mujeres entre 20-29 años el (46.9%), y en un considerable porcentaje de pacientes menores de 20 años (20.7%), la mayoría casadas (50.7%) o unidas (37.2%), amas de casa (7.8%) procedentes de la cabecera departamental (40%) y de los municipios más cercanos al hospital. El aborto también fue más frecuente en pacientes con antecedente de 2 a 4 gestas, partos o hijos nacidos vivos, 1 o 2 abortos y 1 cesárea.

Se concluyó que el aborto más frecuente fue el incompleto (81.6%), que el 79.7% de los abortos ocurrió durante el primer trimestre de gestación, el tratamiento más utilizado fue legrado (98.5%), la estancia hospitalaria promedio fue con mayor frecuencia de un día (82.3%) las complicaciones más frecuentes fueron LIU incompleto, septicemia y endometritis.

Se recomienda mejorar en la recolección de datos en los expedientes clínicos, para que la falta de información en estos no sea una limitante en la realización de estudios posteriores.

Crear programas en salud reproductiva dirigidos principalmente a jóvenes, para contribuir a disminuir la frecuencia de aborto en las siguientes generaciones.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alfaro, M. et al. Protocolos obstétricos. 3 edición. Guatemala: Servicios Litográficos, 2,000. (p.p. 4-14)
2. Berek, J. et al. Ginecología de Novak. 12 edición. México D.F.: Mc Graw Hill, 1,996. (p.p. 963-974).
3. Brent, R. et al. Contribución de los teratógenos ambientales a las pérdidas embrionarias y fetal. Clínicas obstétricas y Ginecológicas. México D.F.: interamericana, 1,994. Vol.3. (pp. 593-611)
4. Corporación Municipal del Municipio de Retalhuleu. Tierra de Promisión. Revista de recopilación de Datos Históricos de Retalhuleu, 1,877-1,977 por cumplir 100 años de su fundación. Retalhuleu: Sargon, 1,977.
5. Cuningham, F. et al. Williams Obstetricia. 20 edición. Buenos Aires: Panamericana, 1,998. (pp. 543-563).
6. Grajeda, R. Et al. Estudio multicentrico sobre el aborto. Guatemala: OMS, Octubre de 1,995. 22p.
7. Hatasaka, H. Perdida gestacional recurrente; factores epidemiológicos, definiciones e incidencia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México D.F.: Interamericana, 1,994. Vol.3. (pp. 573-581)
8. Hord, C. Temas en el tratamiento del aborto. E.E.U.U.: IPAS, 1,999. 32 p. (publicación No. 5).
9. I.N.E. Encuesta nacional de salud materno infantil. Programa de encuesta

- de demografía y salud. Guatemala: I.N.E., M.P.P.A.S., U.S.A.I.D., F.N.U.A.P., Julio de 1,999.
10. I.P.A.S. El aborto realizado en condiciones de riesgo. U.S.A.: Enero de 1,993. 4p.
 11. I.P.A.S. Factores que afectan la planificación familiar post-parto y post-aborto. E.E.U.U., 1,993. 6p. (Publicación No. 2.)
 12. Keye, W. Factores psicológicos como causa de perdidas gestacional espontanea. Clínicas obstétricas y ginecológica. México D.F.: Interamericana, 1,994. Volumen 3. (619-621).
 13. Ministerio de salud pública y asistencia social. Memoria de labores del departamento de Retalhuleu del año 1,999, 2,000 y 2,001.
 14. Morales, R. Et al. Anticoncepción postaborto. Ginecología y obstetricia de México. México D.F.: Federación Mexicana de asociaciones de Ginecología Y Obstetricia. Febrero. 1,998. Vol. 66 (pp. 65-67).
 15. Municipalidad de Retalhuleu. Monografía del municipio de Retalhuleu. 1,994 58p.
 16. Océano. Diccionario de Medicina Océano Mosby. Barcelona: Carvigna f, 1,995. (3-4 pp.)
 17. O.M.S. Complicaciones del aborto; directrices técnicas y gestacionales de Prevención y tratamiento. Ginebra, 1,995. (pp. 41-55).
 18. O.M.S. Serie de informes técnicos; métodos médicos de intervención de embarazo. Informe de un grupo científico de la O.M.S. Ginebra, 1,997. (pp. 4-13)

19. Pacheco Chacón, Otto Fernando. Caracterización epidemiológica del aborto, en el hospital modular de Chiquimula. Tesis (medico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2,001. 60p.
20. Pavez, M. et al. Memoria, reunión del trabajo, rol de salud de la mujer latinoamericana y del caribe. Santiago de chile, Octubre de 1,991.
21. Pérez, G. El derecho a la libre decisión... . México. D.F.: Secretaria de prevención Y control de enfermedades, dirección general de salud reproductiva, 1,998. (86-87pp.)
22. Roque Cali, Elva Marina. Creencias, actitudes y prácticas sobre aborto en comadronas adiestradas Kaqchikeles. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1,995. 29 p.
23. Schwarcz, R. et al. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires: El Ateno, 1,995. (175-180pp).
24. Secadez, Y. Temas en el tratamiento del aborto. E.E.U.U.: I.P.A.S., 1,999. 32 p. (publicación No. 4).
25. Serra, Ramón. Bocetos históricos de Retalhuelu. Guatemala: Tipografía Nacional de Guatemala. 1,970. (9-28pp).
26. S.I.A.S. Protocolos de Atención; Obstetricia, alto riesgo obstétrico, ginecología, Oncología. Guatemala, 1,997.

27. World Health Organization Geneva. Global and regional estimates of incidence of
And mortality due to unsafe abortion with a listing of available country Data.
1,998. (109p)
28. Aborto. El último recurso.
<http://WWW.abc.sexologia.com/aborto.htm>.
29. Aborto. Métodos Abortivos.
<http://WWW.abc.sexología.com/aborto.htm>.
30. Carencia de educación sexual causa de altas tasas de aborto en
América Latina.
[http://www.BuenaSalud.com/lib/email/Brpynt.ctm?id=2908 & type=lib](http://www.BuenaSalud.com/lib/email/Brpynt.ctm?id=2908&type=lib).
31. Dudley, Susan Que es un aborto médico.
<http://www.Prochoice.org/facts/factshets/sp1.htm>.
32. El Aborto.
<http://www.aciprensa.com/Aborto.html>
33. El aborto como problema de salud pública.
<http://www.hsph.harvard.edu/grhf/-spanish/course/sesión6/lópez.html>
34. El aborto, crimen o derecho a elegir.
<http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/id/27/pagina/aborto.htm>.
35. Los métodos del aborto.
<http://www.wels.net/wlfl/sapanish/aborto.html>.

36. Meyes, Magalí. Aborto espontáneo.

<http://www.internet.uson.mx/Webpes/mediana/aborto.htm>.

37. Pérez José. Ocho preguntas básicas, sobre aborto.

[http:// WWW.ctv.es/users/provida/ocho%20preguntas%20Básicos%20sobre%20el %abortohtm](http://WWW.ctv.es/users/provida/ocho%20preguntas%20Básicos%20sobre%20el%20aborto.htm).

38. Rodríguez Rozalén, María de los Angeles. El aborto.

[http://www plan ned parenthood.org/español/como Aborto.html](http://www.plan-ned-parenthood.org/español/como-Aborto.html).

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD –CICS-/UNIDAD DE TESIS

Responsable: _____

“CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO EN GUATEMALA “
Boleta de recolección de información

No. de registro hospitalario: _____ Departamento: ☐ ☐
Fecha de atención: ☐ ☐ ☐

CARACTERISTICAS GENERALES

1. Edad: ☐ ☐ años

2. Grupo étnico: _____

3. Estado civil:

Casada

Soltera

Unida

Divorciada

Viuda

4. Religión

Católica

Evangélica

Testigo de Jehová

Mormona

Otras: _____

5. Ultimo año de escolaridad aprobado

No. de años en primaria

No. de años en secundaria ☐ ☐

No. De años en universidad ☐ ☐

ANALFABETA

ALFABETA

☐

6. Ocupación:

Ama de casa

Estudiante

Agricultora

Profesional

Comerciante

Otro _____

7. Municipio de procedencia: ☐ ☐

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

8. No. de gestas
9. No. de partos ☐ ☐
10. No. de abortos ☐ ☐
11. No. de cesáreas ☐ ☐
12. No. de hijos nacidos vivos ☐ ☐
13. No. de hijos nacidos muertos ☐ ☐

ABORTO

14. Edad gestacional: ☐ ☐ semanas

15. Tipo de aborto:

Provocado

Espontáneo

Diferido

Séptico

Completo

Incompleto

Habitual

Molar

16. Estancia hospitalaria:

No. de días ☐ ☐

No. de horas ☐ ☐

17. Tratamiento:

☐ Farmacológico:

Antibióticos

Reposición de líquidos y electrolitos

Transfusiones

Analgésicos

Sedantes

Fenobarbital

☐

18. Hubo complicaciones:

SI ☐ NO ☐

19. Complicaciones del aborto registradas:

☐

Rasgadura

☐ Perforación

☐

Endometritis

☐ Salpingooforitis

☐ Peritonitis

☐ Septicemia

☐ Shock séptico

☐ No dato

20. Tratamiento de las complicaciones:

☐ Laparotomía

☐ Corrección de perforación

☐ Sutura de la rasgadura

Otros: _____

Cuales:

☐ Legrado:
LIU

Quirúrgico:

AMEU

21. Observaciones: _____