

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

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO EN EL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. ENERO DE 1,999 A
DICIEMBRE DEL 2,001.**

GRETEL JOHANNA ARGUETA BALDIZÓN.

MEDICA Y CIRUJANA

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO EN EL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. ENERO DE 1,999 A
DICIEMBRE DEL 2,001.**

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	21
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	26
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
IX. CONCLUSIONES	48
X. RECOMENDACIONES	49
XI. RESUMEN	50
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
XIII. ANEXOS	55

I. INTRODUCCIÓN

El aborto ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes del contexto de la salud materna, atribuyéndosele un alto porcentaje de la mortalidad materna y una alta morbilidad por esta causa, dejando secuelas que a menudo afectan el futuro obstétrico y psicológico de las mujeres y de sus familias.

En países subdesarrollados, como el nuestro se tiene una tasa de mortalidad materna de 190 por cien mil nacidos vivos; la causa primordial de mortalidad materna en Guatemala es el aborto, según la Organización Panamericana de la Salud –OPS-. (17,26)

El presente estudio es de tipo retrospectivo descriptivo, basado en los datos recolectados y analizados de 572 registros clínicos correspondientes a pacientes atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Pamplona, durante el período comprendido de enero de 1999 a diciembre 2001, con el objetivo de identificar las características epidemiológicas del aborto, así como factores condicionantes del mismo. Se elaboró una boleta de recolección de datos para obtener esta información.

Se encontró que la incidencia fue de 11 abortos por mil nacidos vivos, el diagnóstico clínico más frecuente fue aborto incompleto, la edad del producto de la gestación al momento del aborto fue mayor de 8 semanas, en un 35% las pacientes estaban comprendidas entre las edades de 20 a 24 años. El 23.7% tenía antecedente de aborto anterior.

Del total de pacientes ingresadas por aborto en un 96% se realizó legrado instrumental uterino.

El 74% de las pacientes recibieron atención hospitalaria por dos días.

El 70.46% de los registros clínicos no se encontraron.

II. DEFINICIÒN Y ANÀLISIS DEL PROBLEMA

Se llama aborto a toda interrupciòn espontànea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de gestaciòn inferior a 500 gramos.

El aborto es màs que un problema mèdico, ètico o legal. Es por encima de todo, un problema humano, que afecta a la mujer y al hombre como individuos, como pareja y como miembros de la sociedad. (25)

Segùn los càculos de la Organizaciòn Mundial de la Salud –OMS- y de otras organizaciones, Amèrica Latina tiene la tasa màs alta de abortos en condiciones inadecuadas: anualmente 4,6 millones. Es decir, 40 casos de cada 1.000 mujeres en edad reproductiva sufren abortos. Se calcula que esos abortos son responsables de una cuarta parte del total de muertes maternas que ocurren en Latinoamèrica es decir 6.000 muertes por aõ. (3,31)

El aborto complicado o no, representa una carga financiera para los servicios de salud de cualquier paìs.

Guatemala tiene la mayor tasa de mortalidad materna en Latinoamèrica, con una tasa de 190 por cien mil nacidos vivos; La causa primordial de mortalidad materna en Guatemala es el aborto, segùn la Organizaciòn Panamericana de la Salud –OPS-. (17,26)

No se tienen datos actualizados sobre la caracterizaciòn del aborto, se tienen ideas parciales; por lo que tiene importancia caracterizar epidemiològicamente este problema y así promover medidas adecuadas. Este estudio forma parte de un trabajo que se realizò en el àmbito nacional y se llevò a cabo con informaciòn del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), ubicado en Pamplona zona 12; que cubre la poblaciòn femenina del 70% de zonas de la ciudad capital y es hospital de referencia del 36.3% de los departamentos, incluyendo Guatemala.

III. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud –OMS- calcula que cada año hasta 20 millones de abortos ocurren en condiciones inadecuadas y que entre el 10% y el 50% de las mujeres que abortan requieren de atención médica por complicaciones. (31)

La primera conferencia Panamericana de Médicos Parlamentarios, reconoció en sus conclusiones, que “El aborto es un problema de salud pública y que las mujeres que llegan a los servicios de salud con complicaciones de abortos incompletos, tienen el derecho a recibir un trato humanizado. Se estima que en el mundo ocurren de 50 a 60 millones de abortos cada año. Por lo menos, la mitad de ellos son ilegales y más de la mitad suceden en países en desarrollo”. (24)

En Guatemala el aborto es la segunda causa de muerte materna; y es un problema de salud pública complejo y desalentador, con incidencia entre 201 y 500 abortos por 1000 nacidos vivos, mientras que en el resto de países centroamericanos no ocurren más de 200 por 1000 nacidos vivos. (15)

En nuestro medio se practican abortos clandestinos lo que entorpece la disponibilidad de información necesaria para delimitar el problema, por lo que se realizó un estudio en el ámbito de hospitales regionales para determinar el número de abortos que se presentan; y así poder planificar acciones válidas y factibles, indispensable para contribuir al descenso de la morbilidad y mortalidad materna.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

- Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

B. ESPECÍFICOS

1. Cuantificar la incidencia de aborto en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. Describir las características generales (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia), de las mujeres atendidas por aborto.
3. Cuantificar la estancia hospitalaria, de las mujeres atendidas por aborto.
4. Identificar el tipo de aborto más frecuente.
5. Describir el tratamiento más frecuentemente brindado a las mujeres que consultaron por aborto.
6. Describir las complicaciones más frecuentemente encontradas en las mujeres que consultaron por aborto.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. ABORTO

1. Definición :

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. (34)

En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de la 28ava. Semana de gestación.

El aborto es la finalización del embarazo por cualquier medio antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir. En los Estados Unidos esta definición se limita a la finalización del embarazo antes de las 20 semanas contando desde la fecha del primer día de la última menstruación normal. Otra definición utilizada habitualmente es el parto de un feto-neonato que pese menos de 500 gramos. En algunos países europeos esta definición es de menos de 1.000 gramos. (8)

2. Historia :

“La palabra aborto procede del latín Abortus o Aborsus derivados de ab-orior puesto a orior. Nacer”. Es la muerte del no nacido en cualquier momento del embarazo. (6)

Antiguamente se “justificaba” el aborto por diversos motivos, ya sea porque el embarazo se encontraba en sus primeros meses y se consideraba que el feto no estaba animado (Grecia), o, como sucedía en Roma, el embrión era estimado como una portium viscerum motriz, esto es, una parte de la madre y, por consiguiente, quien abortaba lo hacía disponiendo de su cuerpo. En el mundo cristiano siempre se tuvo como ilícito el cometer un aborto, y así fue considerado por prácticamente todas las codificaciones de la Europa cristiana. “A lo largo de toda la historia, los padres de la iglesia, sus Pastores, sus Doctores, han enseñado la misma doctrina, sin que las diversas opiniones acerca del momento de la infusión del alma espiritual hayan suscitado duda

sobre la ilegitimidad del aborto. Es verdad que, cuando en la Edad Media era general la opinión de que el alma espiritual no estaba presente sino después de las primeras semanas se hizo distinción en cuanto a la especie de pecado y a la gravedad de las sanciones generales. Pero nunca se negó entonces que el aborto provocado, incluso en los primeros días, fuera objetivamente una falta grave”. (6,11)

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos, encontrándose en el trabajo médico más antiguo de la China, que data del año 2696 A. de C. que se utilizaba el mercurio como sustancia abortiva.

En el Papiro de Ebers (año 1550 A. de C.) se describían métodos para inducir el aborto como dátiles, cebollas y el fruto de acato, todo mezclado con miel y aplicado a la vulva.

La ley Asiria castigaba hacia el año 1500 con la muerte a la mujer que abortaba voluntariamente; la ley judía castigaba el aborto según la ley “darás la vida por vida”.

A partir del año 1950 en Europa Central y Oriental y en Estados Unidos, se liberalizaron las leyes respecto al aborto y durante los años sesenta y setenta en la mayoría de países desarrollados. (29)

El aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y la aceptación o repudio del aborto provocado, depende de las ideas generales, sociales, éticas y legales de la sociedad que se trate.

3. Epidemiología :

a. Incidencia

La Organización Mundial de la Salud –OMS- estima que anualmente se llevan a cabo 4.620.000 abortos realizados en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe, dando a la región la más alta tasa de abortos en el mundo. Se calcula que por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años de edad se practican 41 abortos bajo condiciones de riesgo en América Latina (en comparación con 15 por cada 1.000 en todo el mundo). (24)

Se reporta en el informe del INCAP de 1994 en un estudio sobre morbilidad por aborto que, al nivel hospitalario, el 80% de los abortos son espontáneos y que la incidencia de provocados es menor del 3%. (16)

Dentro de las 5 principales causas de morbilidad hospitalaria se encuentra el aborto como segunda causa ocupando el 10.93% para el año 2,000. (23)

A nivel departamental según datos de la Memoria anual del 2,000 el mayor porcentaje de abortos lo ocupan Quetzaltenango (13.87%), San Marcos (12.42%); Y el menor porcentaje lo ocupa Baja Verapaz (7.48%). (23,29)

A pesar de que no existen registros hospitalarios adecuados sobre aborto y que éste se practica clandestinamente, predisponiendo al subregistro, Guatemala está clasificada entre los países con un rango de 201-500 abortos por 1.000 nacidos vivos. (9)

b. Factores de Riesgo:

Un factor de riesgo es el elemento que contribuye para que algún evento se cumpla, y estos varían según el tipo de aborto.

El aborto se explica principalmente por la interrelación de factores económicos y socioculturales, que crean una situación que lleva a interrumpir un embarazo que no fue deseado. Esta decisión a menudo es asumida en condiciones en que la mujer arriesga su propia vida, ya sea por falta de acceso a información y a servicios adecuados, o debido a la ineficaz utilización de un método anticonceptivo determinado. (24.18)

En Guatemala, algunas de las razones por que las mujeres se inducen en aborto, son las siguientes:

- Tratar de posponer o parar de concebir niños.
- Aspectos socioeconómicos que envuelven a la persona, como la interrupción de la educación de trabajo.
- Inhabilidad de poder costear otros niños.

- Falta de soporte del padre.
- Edad de la paciente.
- Estado civil y grado de escolaridad.

El aborto inducido representa entre el 30% y el 50% de las causas de mortalidad Materna en América Latina. En un estudio reciente realizado en México, refiere que las causas que se aducen más frecuentemente como determinantes para la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo revelan que el motivo en el 76% de los casos se relaciona con bajos recursos económicos, en el 70% tiene que ver con el tamaño excesivo de la familia y en el 68% involucra un nivel educativo pobre. (9,20,36)

c. Mortalidad:

El aborto inducido en condiciones de riesgo es un fenómeno latinoamericano y mundial. Diariamente, en todos los países, cientos de mujeres se someten a abortos clandestinos que, por la legalidad de su práctica, conllevan serios riesgos de muerte o morbilidades diversas. Mujeres jóvenes y adultas, casadas o solteras, estudiantes o madres de familia con varios hijos, dueñas de casa u obreras, todas ellas, en algún momento de su vida, pueden recurrir al aborto, aunque las causas que las empujen a tomar esta decisión sean tan diversas como son sus contextos de vida. Y como sucede en todos los escenarios geográficos, son los abortos de las mujeres pobres los que cuentan mayoritariamente en las cifras de morbimortalidad materna. (5)

El aborto complicado es una de las principales causas de la morbilidad y mortalidad materna. Estudios recientes realizados en algunos países de América Latina muestran que una alta proporción de las hospitalizaciones por aborto se debe más a las complicaciones por aborto inducido que por aborto espontáneo. (9)

Guatemala tiene la tasa de mortalidad materna más alta de toda Latinoamérica, la cual equivale a 190 por 100,000 nacidos vivos, y según la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en nuestro país, y otros países como Argentina, Chile, Panamá, Paraguay y Perú. (25,27)

En Latinoamérica el aborto provocado en mujeres con bajos recursos y pobre nivel educativo, realizado por personal no calificado, es responsable de 20 a 30% de las muertes maternas. (20)

Las complicaciones del aborto en unión con las hemorragias obstétricas, la preeclampsia-eclampsia y la sepsis puerperal, se encuentran dentro de las cuatro principales causas de mortalidad materna que se informan habitualmente en casi todos los países. Aun cuando su representatividad es variable, se considera que entre 30 y 50% de todas las defunciones de este tipo en África y América Latina, así como 35% de las que tienen lugar en Asia, son debidas a las consecuencias del aborto, el cual ocasiona entre 50 mil y 100 mil fallecimientos cada año en todo el mundo, la mayoría en naciones en desarrollo (12,35)

4. Clasificación (8)

- a. Aborto ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- b. Aborto Embrionario: de la tercera a la séptima semana de gestación.
- c. Aborto Fetal: de la octava a la vigésima séptima semana gestacional.

5. Etiología :

El aborto puede ser de origen espontáneo y provocado o inducido.

a. Aborto espontáneo:

Cuando ocurre de manera natural sin que exista acción para provocarlo, se acepta que se sitúa en torno al 10%. Causado por factores ovulares o maternos.

Las causas generadoras de aborto pueden ser:

- i. Causas Ovulares propiamente dichas: Aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de los casos los abortos tempranos éstos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos. Se cree que por lo menos el 10% de las concepciones humanas tiene anomalías cromosómicas.
- ii. Causas maternas orgánicas: Se incluyen en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en:

-Enfermedades generales, como lúes o tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de chagas.

-Enfermedades locales, las organopatías pélvicas de todo orden genitales o extragenitales que pueden provocar aborto; entre las cuales se mencionan; infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo, alteraciones propias del útero (malformaciones, sinequias, posraspado), incompetencia del orificio del cuello. (3,9,14)

iii. Causas funcionales: Estas constituyen el 10 a 15% de los abortos espontáneos. Lo constituyen los trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean extragonadales como los distiroidismos, o puramente gonadales –alteraciones funcionales del ovario, del trofoblasto o de la placenta-, producen el aborto endocrino corial o endocrino gonadal. Lo más frecuente es una mala producción gonadotrófica del trofoblasto que da lugar a una involución precoz del cuerpo amarillo del ovario o una deficiencia sincitial perturbaría la producción esteroidea. El descenso progresivo de la secreción hormonal, en que cronológicamente cae primero la progesterona y luego los estrógenos, altera fundamentalmente la relación o coeficiente estrógenos/progesterona, cuya proporción dentro de límites normales es imprescindible para la buena evolución del embarazo, tanto desde el punto de vista uterino como trofoblástico y embrionario. (8,14,34)

iv. Causas inmunológicas: Los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo autoinmune (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos) y aloinmunes (incompatibilidad ABO). Los mecanismos que intervienen en la tolerancia materna al feto considerado como aloinjerto, con complejos y han sido esbozados en cuanto a su participación en el aborto.

v. Causas Psicodinámicas: Se incluyen a todas aquellas pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes serían la causa que provoca el aborto, su frecuencia en la etiología general se ha estimado en 1-9 por mil abortos.

vi. Causas de origen tóxico: (intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo) o carencial, es decir, deficiencias nutritivas totales o parciales (proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales).

Agentes tóxicos se asocia con frecuencia al alcohol y tabaco; ambas son embriotoxinas, incluso con el consumo moderado de alcohol. El riesgo aumenta 1 a 2 veces por cada diez cigarrillos al día y en el caso de alcohol, el riesgo de aborto se duplica en quienes beben dos veces por semana. La nicotina produce vasoconstricción que disminuye la nutrición fetal.

Fármacos asociados son los antagonistas del ácido fólico, talidomida, sulfamidas, hipoglucemiantes orales, anticoagulantes. Los estrógenos según se sabe no tienen función abortiva si el embarazo está ya formado, colchicina.

vii. Traumatismos : El trauma externo es una causa frecuente de aborto, en la cual se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanzan el útero, produciendo lesión placentaria o lesión directa del embrión o del feto. Existen dos tipos:

-Indirecto: consisten en masajes abdominales, trauma fuerte, marcha forzada, ducha vaginal enérgica, baños calientes, infusión intrauterina.

-Directo: evacuación quirúrgica uterina, raspado uterino (más usado en nuestro medio), desprendimientos de membranas con introducción de líquidos entre pared y huevo, trauma mecánico con hueso, aguja o varilla de paraguas.

b. Aborto Inducido o Provocado (8,13,34)

Es aquel practicado por médico, mujer misma u otra persona. (También llamado intencionado, artificial o voluntario), es aquel causado voluntariamente por el hombre. Se divide en:

- i. Directo : encaminado a dar muerte al no nacido, como fin o como medio. Es provocado como medio, si se pretende la consecución de otros fines distintos a la muerte misma del feto, por ejemplo la salud de la madre. El llamado aborto “terapéutico” entra de lleno en la noción de aborto directo, puesto que es voluntaria e intencionalmente provocado como medio para la salud de la madre. Es aborto directo como fin el aborto por violación, el aborto por motivos

eugenésicos, y el aborto como medida para disminuir la población.

ii. Indirecto : Es el efecto secundario e inevitable previsto, pero no querido, de una acción buena, exigida por razones graves, compensatorias del efecto malo del aborto, y si se pudiera evitar, se evitaría. (6)

c. Aborto Legal: Se define como la interrupción del embarazo antes de que sea viable el feto a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna. (14)

d. Aborto Terapéutico: Se realiza por indicaciones médicas, las cuales pueden ser:

i. Cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer. Son razones exclusivamente médicas. Ejemplos: cardiopatías, enfermedad vascular hipertensiva, carcinoma de cérvix

ii Cuando la consecuencia del embarazo ha sido por violación o relación sexual involuntaria, o cuando el embarazo es producto de incesto.

iii. Violación realizada a menores de 12 años, a una mujer desprovista de razón, imposibilidad de defenderse por enfermedad, para que sea realizado se necesita denuncia previa del delito cometido.

iv. Cuando el embarazo va a dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves, infecciones graves o con retraso mental. En éste caso se llamará aborto Eugenesico. (2,29,36)

6. Sintomatología y Formas Clínicas:

- a. **Aborto subclínico:** Es el aborto sin signos clínicos cuando entre el momento de la implantación y la semana después de la fecha esperada de siguiente menstruación se produce el aborto.
- b. **Amenaza de aborto:** Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza porque, en una mujer en edad genital con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y de tamaño acordes con los correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve. Este cuadro puede presentarlo el 20% de todas las embarazadas y de éste porcentaje, cerca de la mitad termina en aborto espontáneo.
- c. **Aborto en curso:** Lo definen como un aborto inevitable con dilatación cervical y palpación del producto en el endocérvix. Se deducen dos modalidades que adopta:
 - i. **Aborto inminente:** Se define como aborto inminente cuando comienza a producirse la dilatación del cuello uterino. Aquí hay dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos.
 - ii. **Aborto inevitable:** la inevitabilidad del aborto es indicada por la rotura macroscópica de las membranas en presencia de dilatación cervical. En estas circunstancias el aborto es prácticamente seguro.
- d. **Aborto Completo:** El huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Luego de una acné dolorosa y hemorrágica, todo entra en regresión desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a su forma normal.

- e. Aborto incompleto: Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina. El útero se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

- f. Aborto Recurrente ó Habitual: historia de 3 o más abortos espontáneos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación. Con una incidencia de 0.4-1% de parejas en edad reproductiva. El riesgo relativo de presentar un aborto espontáneo en la población general es de aproximadamente 14%. Este asciende a 23% cuando ha existido un aborto previo, 29% con 2 abortos previos y 49% con 3 abortos previos. La probabilidad de llevar a un aborto recurrente, se ha encontrado alguna anormalidad genética.

- g. Aborto Diferido: Recibe este nombre un cuadro en el que, muerto el huevo in útero, por diversas razones no es expulsado al exterior. A esta forma clínica se la designa también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto y retenido, significa que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar el huevo muerto en su interior (missed abortion). Una de las complicaciones más preocupantes del aborto diferido es la aparición de coagulopatía de consumo por un proceso de Coagulación Intravascular Diseminada –CID-, desencadenado por el uso de sustancias tromboplásticas de origen ovular a la circulación materna.

- h. Aborto Séptico: Cuando el cuadro de aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde porción séptica del tracto genital (exocérnix, vagina y vulva). Casi siempre se asocia con el aborto provocado. Puede haber dolor pélvico, hipersensibilidad, fiebre, hemorragia genital o flujo purulento fétido y complicaciones como shock séptico. Gérmenes asociados frecuentemente: peptoestreptococo (40%) y E. Coli (14%). (10,13,22)

7. Contemplaciones Legislativas Guatemaltecas:

El código Penal de nuestro país contempla :

Artículo 133. (Concepto). Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 134. (Aborto procurado). La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que ligados íntimamente a su estado le produzcan indudable alteración psíquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

Artículo 135. (Aborto con o sin consentimiento). Quien de propósito causare aborto será sancionado.

- Con prisión de uno a tres años, si la mujer la consintiere;
- Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer.

Si hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

Artículo 136. (Aborto calificado). Si consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuados sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de esta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.

Artículo 137. (Aborto terapéutico). No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotados los recursos científicos y técnicos.

Artículo 138. (Aborto preterintencional). Quien, por actos de violencia ocasionare el aborto sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si

los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicara esta aumentada en una tercera parte.

Artículo 139. (Tentativa y aborto culposo). La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes. El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.

Artículo 140. (Agravación específica). El médico que abusando de su profesión causare aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. Iguales sanciones se aplicaran, en su caso a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos. (7)

8. Métodos utilizados (2,4,6)

- a. Por envenenamiento salino- Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al bebé. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia cerebral. Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.
- b. Por succión- Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión despedaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe “el producto del embarazo”. El abortista introduce luego una pinza para extraer el cráneo, que suele no salir por el tubo de succión. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.
- c. Por dilatación y Curetaje- En este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual.

- d. Por “D & X” a las 32 semanas- Es también conocido como nacimiento parcial. Suele hacerse cuando del bebé se encuentra muy próximo a su nacimiento. Después de haber dilatado el cuello uterino durante tres días guiándose por la ecografía, el abortista introduce unas pinzas y agarra con ellas las piernas, seguida del cuerpo, hasta llegar a los hombros y brazos del bebé, así extrae parcialmente el cuerpo del bebé, como si éste fuera a nacer, salvo que deja la cabeza dentro del útero. Como la cabeza es demasiado grande para ser extraída intacta; el abortista entierra unas tijeras en la base del cráneo del bebé que está vivo, y las abre para ampliar el orificio. Entonces inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión. Este procedimiento hace que el bebé muera y que su cabeza se desplome. A continuación extrae a la criatura y le corta la placenta.
- e. Por Operación Cesárea- Este método es exactamente igual que una operación cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objeto de salvar al bebé sino de matarlo.
- f. Mediante Prostaglandinas- Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU-486 para aumentar la “efectividad” de éstas.
- g. Pastilla RU-486- Se trata de una píldora abortiva empleada conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se la emplea entre la primera y la tercera semanas después de faltarle la primera menstruación a la madre, por este motivo es conocida como “la píldora del día siguiente”. Entre los efectos dañinos se encuentran dolorosas contracciones, náuseas, vómitos, diarrea y abundante hemorragia que dura días. Por lo menos una de cada 100 mujeres necesita ser hospitalizada después de tomar estas píldoras.

9. Impacto del Aborto:

El aborto es un hecho traumático, en mayor o menor medida, para las mujeres que lo experimentan, sean cuales hayan sido las circunstancias bajo las cuales se haya producido. (28)

El aborto impone una carga económica considerable sobre los servicios hospitalarios, dado que en Latinoamérica la incidencia de aborto es alta. Un estudio realizado en seis países latinoamericanos estima que los abortos espontáneos constituye entre el 15% y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones. (29,33)

10. Ética y Aborto:

Desde el punto de vista ético; existen un conjunto de valores y creencias respecto al aborto y respecto a lo que significa ser mujer. La ética se define como las decisiones y acciones que se toman en la vida, para alcanzar nuestro propio bien, según nuestras creencias y valores. (5,33) El cuerpo humano, sea de un hombre o una mujer, es inviolable y el respeto que merece es un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana. Cualquiera sea el valor que se otorgue a la vida fetal, no se pueden ignorar las consecuencias que el aborto penalizado tiene para la calidad de vida de las mujeres. (1,19)

La mujer se ha visto afectada por la legislación del aborto. En algunos países las leyes que despenalizan el aborto inducido han sido útiles para la disminución de la tasa de mortalidad por aborto, tal es el caso de Estados Unidos y Rumania. (28,30,32)

11. Tratamiento:

Los síntomas que dominan el cuadro son el dolor (producido por las contracciones uterinas) y la hemorragia. Para inhibir las contracciones uterinas se utiliza, como medida fundamental, el reposo absoluto; no hay evidencias que demuestren que la terapéutica esteroidea sea útil en el manejo de la amenaza de aborto.

Si el cuadro progresa y el cuello se dilata en su orificio interno (aborto inminente), la conducta variará en las dos circunstancias siguientes:

- a. Si el estado general de la paciente y la intensidad de la hemorragia lo permiten, se esperará hasta conseguir que el aborto se complete espontáneamente; si no, se ayudará reforzando las contracciones (oxitocina, 1 a 2 UI, por vía intramuscular, cada 30 a 60 minutos, o 50 a 100 ml por minuto en infusión intravenosa continua hasta lograr la expulsión del huevo).
- b. Si la hemorragia es profusa y puede hacer peligrar el estado general de la paciente, se deberá proceder a la evacuación del huevo abortivo, ya sea a través de la aspiración de la cavidad uterina o del legrado.

Después de las 16 semanas de evolución de la gestación, toda maniobra endouterina resulta más peligrosa (posibilidad de perforaciones); por lo tanto, la conducta debe inclinarse en lo posible a lograr la evacuación uterina por medios medicamentosos (oxitocina).

En el aborto séptico es fundamental un diagnóstico temprano que permita la pronta iniciación de la antibióticoterapia y la evacuación uterina. Se comenzará el tratamiento con ampicilina 6 a 12 g más gentamicina 3 a 5 mg/kg de peso día. (8,25,34)

12. Complicaciones :

Las complicaciones graves del aborto casi siempre se han relacionado con el aborto criminal. Se han registrado hemorragias severas, sepsis, shock bacteriano. El aborto es un peligro en sí mismo, realizado o no clandestinamente, no existen los “abortos buenos”, porque se está violentando la naturaleza humana de la madre. Algunas de las posibles consecuencias son: hemorragias, perforación uterina, infecciones genitales, esterilidad permanente, embarazos extrauterinos, apertura permanente del cuello uterino, perforación de intestino, y perturbaciones psíquicas más graves y profundas.

Otras complicaciones son: endometritis, salpingooforitis, trauma. Muchas complicaciones médicas pueden resultar del aborto. Un estudio de Oxford University, basado en 1.182 abortos, demostró complicaciones en lo siguiente:

1. 16.7% hemorragia.
2. 4.2% cérvix desgarrado.
3. 1.2% útero perforado.

4. 1.0% la formación de coágulos de sangre en los pulmones.
5. 27.0% fiebre y peritonitis (infección).

A finales del año 2,000, Karen Malec, Presidenta de la Coalition Abortion Breast Cáncer (Coalición sobre el aborto y el cáncer de Mama); público sobre el vínculo entre el aborto y el cáncer de mama, al interrumpir el embarazo, destruye la protección natural que éste le proporciona a la mujer ante el cáncer de mama. (6,21,31)

B. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

En Guatemala, durante el gobierno del Dr. Juan José Arévalo Bermejo, se estableció el seguro social como obligatorio y el 30 de octubre de 1,946 se creó la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), formándose así una institución autónoma en beneficio del pueblo guatemalteco. El 15 de septiembre de 1,959 se inauguró el edificio donde se encuentran las oficinas centrales del IGSS.

Esta institución tiene tres organismos superiores a nivel administrativo, que son: Junta directiva, Gerencia y Consejo Técnico.

El IGSS cuenta con 83 unidades médicas. En la zona 12 de la ciudad capital, se encuentra el Hospital de Gineco-Obstetricia que atiende a la población afiliada y beneficiaria, así como referencia hospitalaria en el departamento de Guatemala. Este hospital cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia y encamamiento.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. Metodología.

1. Tipo de estudio.

Descriptivo, retrospectivo.

2. Unidad de Análisis.

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto que ingresaron al Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período de enero de 1,999 a diciembre del 2,001.

3. Universo y tamaño de la muestra.

Se incluirá el 100% de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el período de enero de 1,999 a diciembre del 2,001.

4. Criterios de inclusión.

Todos los expedientes clínicos con diagnóstico de aborto del período comprendido de enero de 1,999 a diciembre del 2,001.

5. Variables a estudiar.

VARIABLE	DEFINICION VCONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICION
INCIDENCIA	Número de casos nuevos durante un período concreto de tiempo.	El número de casos es el numerador y la población de riesgo es el denominador.	Porcentaje	Numérica
CARACTERISTICAS GENERALES	EDAD: Tiempo que ha vivido una persona en años.	Edad en años referido en la historia clínica.	Número de años cumplidos.	Numérica.
	GRUPO ETNICO: Grupo humano de una misma raza y con origen, lengua, religión y cultura propios.	Grupo étnico referido en la historia clínica de ingreso.	Indígena, Ladino.	Nominal
	ESTADO CIVIL: Es condición legal de una persona respecto a una pareja del sexo opuesto.	Estado civil referido en la historia clínica de ingreso.	Casada, Soltera, Unida, Divorciada, Viuda.	Nominal
	RELIGION: Conjunto de creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino o sagrado.	Religión referida en la historia clínica de ingreso.	Católica, Evangélica, Testigo de Jehová, Mormona, otros.	Nominal
	ESCOLARIDAD: Tiempo que asiste a un centro de enseñanza para llevar en él sus estudios.	Años de estudio completos referida en la historia clínica de ingreso.	Número de años en: Primaria, Secundaria, Universidad. Analfabeta y Alfabeto.	Nominal

	<p>OCUPACION: Emplearse en un trabajo, ejercicio o tarea.</p>	<p>El trabajo que realiza referido en la historia clínica de ingreso.</p>	<p>Ama de casa, Estudiante, Agricultora, Profesional, Comerciante</p>	<p>Nominal</p>
	<p>PROCEDENCIA: Lugar geográfico donde reside una persona.</p>	<p>Procedencia referida en la historia clínica de ingreso.</p>	<p>Cantón, Caserío, Aldea o Municipio.</p>	<p>Nominal</p>
<p>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p>	<p>GESTAS: Número de veces que una mujer ha estado embarazada.</p>	<p>Cantidad de embarazos referida en el expediente clínico.</p>	<p>Número de embarazos.</p>	<p>Numérica</p>
	<p>PARTOS: Culminación de un embarazo por vía vaginal o abdominal con un producto viable.</p>	<p>Número de partos referido en el expediente clínico.</p>	<p>Número de partos.</p>	<p>Numérica</p>
	<p>ABORTO: Expulsión del producto de la gestación antes de las 20 semanas (28 semanas en Guatemala).</p>	<p>Número de abortos referido en el expediente clínico.</p>	<p>Número de abortos.</p>	<p>Numérica</p>
	<p>CESAREA: Extracción fetal vía abdominal.</p>	<p>Número de hijos nacidos por cesárea referido en el expediente clínico.</p>	<p>Número de cesáreas.</p>	<p>Numérica</p>
	<p>HIJOS VIVOS: Hijos sanos o enfermos con vida.</p>	<p>Número de hijos vivos referidos en el expediente.</p>	<p>Número de hijos vivos.</p>	<p>Numérica</p>

	HIJOS MUERTOS: Hijos que han fallecido.	Número de hijos muertos referido en el expediente clínico.	Número de hijos muertos.	Numérica
EDAD GESTACIONAL	Edad de un feto o recién nacido, habitualmente expresado en semanas a partir del primer día de la última regla de la madre.	Edad gestacional referida en el expediente clínico.	Menor de 28 semanas.	Numérica.
TIPO DE ABORTO	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos o radiológicos.	Se tomará del expediente clínico, el diagnóstico del aborto con el cual egresa la paciente.	Aborto Provocado, Espontáneo, Diferido, Séptico, Inevitable, Completo, Incompleto, Habitual, Molar.	Nominal
TRATAMIENTO	Todas las acciones clínicas y farmacológicas para la resolución de un problema de salud.	Se tomará del expediente clínico el tratamiento que se brinda a la paciente.	Farmacológico: (Antibióticos reposición de líquidos, transfusión, analgésicos, sedantes, fenobarbital) Quirúrgico. Legrado: (LIU, AMEU).	Nominal
ESTANCIA HOSPITALARIA	Período que transcurre desde el ingreso hasta el egreso de una paciente.	Se tomará la fecha de ingreso y el tiempo que transcurrió a su egreso según el expediente.	Días y horas de estancia.	Numérica.

COMPLICACIONES	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por una causa natural o en el intento por resolver la misma.	Se tomará de expediente clínico aquellas complicaciones descritas.	Rasgadura, Perforación, Endometritis Salpingo- oforitis, Peritonitis, Septicemia, Shock séptico,.	Nominal
----------------	---	--	--	---------

6. Instrumento de recolección y medición de variables.

Se obtuvo la información a través de una boleta de recolección de datos. (Anexo)

Los datos obtenidos fueron ingresados al programa estadístico EPIINFO 6 para tabular y analizar resultados.

7. Ejecución de la investigación.

Se revisaron todos los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto durante el período de enero de 1,999 a diciembre del 2,001.

8. Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico.

Para el análisis de los datos, se procedió a volcar la información recabada, en cuadros estadísticos y gráficos que permitan visualizar los hallazgos en una forma objetiva. Los cuadros estadísticos y gráficos se realizaron por medio de porcentajes.

9. Aspectos éticos.

No se encuentra ningún factor que se considere que este fuera de las normas éticas de la investigación, más que mantener la confiabilidad de los datos encontrados en los expedientes clínicos.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE REGISTROS CLÍNICOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

REGISTROS CLÍNICOS	TOTAL	PORCENTAJE
DOCUMENTADOS	895	29.53
INDOCUMENTADOS	2135	70.46
TOTAL	3030	100

FUENTE: Datos obtenidos de los libros de egresos del departamento de registro y archivo médico del hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 2

INCIDENCIA ANUAL DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

AÑO	NÚMERO DE ABORTOS	NACIDOS VIVOS	TASA DE ABORTOS
1999	149	16060	9.27
2000	208	16790	12.38
2001	215	17155	12.53
TOTAL	572	50005	11.44

FUENTE: Datos obtenidos del departamento de estadística y archivo médico del Hospital Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 3

FECHA DE ATENCIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

MESES DEL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	84	14.68
Febrero	56	9.79
Marzo	48	8.39
Abril	50	8.74
Mayo	52	9.09
Junio	28	4.89
Julio	49	8.56
Agosto	55	9.61
Septiembre	38	6.64
Octubre	46	8.04
Noviembre	31	5.41
Diciembre	35	6.11
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 4

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO INGRESADAS AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 A 19	49	8.56
20 A 24	200	34.96
25 A 29	158	27.62
30 A 34	104	18.18
35 A 39	58	10.13
40 A 44	2	0.34
45 A 49	1	0.17
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de Registro y archivo médico del hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 5

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RELIGIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO, INGRESADAS AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATÓLICA	354	61.88
EVANGÉLICA	187	32.69
TESTIGO DE JEHOVÁ	2	0.34
NO ESPECIFICADO*	29	5.06
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* No se anotó el dato en la Historia Clínica.

CUADRO 6

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA CIUDAD CAPITAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ZONA 1	64	11.18
ZONA 2	12	2.09
ZONA 3	20	3.49
ZONA 4	8	1.39
ZONA 5	15	2.62
ZONA 6	1	0.17
ZONA 7	86	15.03
ZONA 8	4	0.69
ZONA 11	43	7.51
ZONA 12	69	12.06
ZONA 13	20	3.49
ZONA 14	8	1.39
ZONA 16	2	0.34
ZONA 17	3	0.52
ZONA 18	2	0.34
ZONA 19	28	4.89
ZONA 21	11	1.92
MIXCO	56	9.79
VILLA NUEVA	84	14.68
AMATITLÁN	7	1.22
SAN JUAN SACATEPÉQUEZ	10	1.74
SAN JOSÉ PINULA	11	1.92
CHINAUTLA	4	0.69
NO ESPECIFICADO*	4	0.69
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y de archivo médico del hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* No se anotó el dato en la Historia Clínica.

CUADRO 7

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ABORTO PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OVULAR*	0	0
EMBRIONARIO**	7	1.22
FETAL***	565	98.77
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de Registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.

** de la tercera a la séptima semana de gestación.

*** de la octava a la vigésima séptima semana gestacional.

CUADRO 8

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN PACIENTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPONTÁNEO	29	5.06
DIFERIDO	20	3.49
SÉPTICO	42	7.34
INEVITABLE	91	15.9
COMPLETO	23	4.02
INCOMPLETO	364	63.63
MOLAR	3	0.52
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 9

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

DÍAS ESTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN DÍA	88	15.38
DOS DÍAS	423	73.95
TRES DÍAS	41	7.16
CUATRO DÍAS	20	3.49
TOTAL	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 10

EDAD EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD EN AÑOS	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	CASADA		SOLTERA		UNIDA			
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
15 A 19	29	5.06	6	1.04	14	2.44	49	8.56
20 A 24	108	18.88	31	5.41	60	10.48	199	34.79
25 A 29	86	15.03	23	4.02	47	8.21	156	27.27
30 A 34	65	11.36	10	1.74	29	5.06	104	18.18
35 A 39	37	6.46	6	1.04	15	2.62	58	10.13
40 A 44	2	0.34	0	0	0	0	2	0.34
45 A 49	0	0	0	0	1	0.17	1	0.17
TOTAL	327	57.16	76	13.28	166	29.02	569	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en baso al total de registros clínicos que corresponden a 572 casos.

CUADRO 11

EDAD EN RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD EN AÑOS	ESCOLARIDAD				TOTAL	
	ANALFABETA		ALFABETA			
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
15 A 19	18	3.14	26	4.54	44	7.69
20 A 24	54	9.44	127	22.2	181	31.64
25 A 29	37	6.46	96	16.78	133	23.25
30 A 34	16	2.79	82	14.33	98	17.13
35 A 39	18	3.14	37	6.46	55	9.61
40 A 44	1	0.17	1	0.17	2	0.34
45 A 49	0	0	1	0.17	0	0
TOTAL	144	25.17	370	64.68	514	89.86

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo Médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

CUADRO 12

EDAD EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD EN AÑOS	OCUPACIÓN								TOTAL	
	AMA DE CASA		PROFESIONAL		COMERCIANTE		OPERARIA			
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
15 A 19	19	3.32	3	0.52	4	0.69	22	3.84	48	8.39
20 A 24	62	10.83	10	1.74	13	2.27	112	19.58	197	34.44
25 A 29	45	7.86	8	1.39	24	4.19	79	13.81	156	27.27
30 A 34	23	4.02	7	1.22	25	4.37	49	8.56	104	18.18
35 A 39	15	2.62	2	0.34	17	2.97	24	4.19	58	10.13
40 A 44	1	0.17	0	0	0	0	0	0	2	0.34
45 A 49	1	0.17	0	0	0	0	0	0	1	0.17
TOTAL	166	29.02	30	5.24	84	14.68	284	49.65	566	98.95

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

CUADRO 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD EN RELACIÓN A LAS GESTAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO INGRESADAS AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001

EDAD EN AÑOS	NÚMERO DE GESTAS										TOTAL	
	PRIMIGESTA		2 A 3		4 A 5		6 A 7		8 A 9			
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
15 A 19	28	4.89	20	3.49	1	0.17	0	0	0	0	49	8.56
20 A 24	49	8.56	125	21.85	21	3.67	3	0.52	0	0cc	198	34.61
25 A 29	29	5.06	86	15.03	38	6.64	2	0.34	0	0	155	27.09
30 A 34	14	2.44	50	8.74	26	4.54	13	2.27	0	0	103	18
35 A 39	7	1.22	23	4.02	16	2.79	11	1.92	1	0.17	58	10.13
40 A 44	0	0	1	0.17	1	0.17	0	0	0	0	2	0.34
45 A 49	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.17	1	0.17
TOTAL	127	22.2	305	53.32	103	18	29	5.06	2	0.34	566	98.95

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

CUADRO 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD EN RELACIÓN AL NÚMERO DE PARTOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD EN AÑOS	NÚMERO DE PARTOS								TOTAL	
	NULÍPARA		PRIMÍPARA		PEQUEÑA MULTÍPARA*		GRAN MULTÍPARA**			
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
15 A 19	0	0	13	2.27	3	0.52	0	0	16	2.79
20 A 24	1	0.17	73	12.76	47	8.21	1	0.17	122	21.32
25 A 29	0	0	49	8.56	69	12.06	0	0	118	20.62
30 A 34	0	0	27	4.72	42	7.34	7	1.22	76	13.28
35 A 39	0	0	11	1.92	32	5.59	4	0.69	47	8.21
40 A 44	0	0	0	0	2	0.34	0	0	2	0.34
45 A 49	0	0	0	0	1	0.17	0	0	1	0.17
TOTAL	1	0.17	173	30.24	196	34.26	12	2.09	382	66.78

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* 2 A 4 paras

** 5 o más paras.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

CUADRO 15

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD EN RELACIÓN AL NÚMERO DE ABORTOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

EDAD	NÚMERO DE ABORTOS				TOTAL	
	1 A 2		3 A 4		FREC.	%
	FREC.	%	FREC.	%		
15 A 19	5	0.87	0	0	5	0.87
20 A 24	39	6.81	0	0	39	6.81
25 A 29	35	6.11	2	0.34	37	6.46
30 A 34	30	5.24	3	0.52	33	5.76
35 A 39	19	3.32	2	0.34	21	3.67
40 A 44	1	0.17	0	0	1	0.17
45 A 49	0	0	0	0	0	0
TOTAL	129	22.55	7	1.22	136	23.77

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

CUADRO 16

DÍAS ESTANCIA HOSPITALARIA EN RELACIÓN AL TIPO DE ABORTO DE LAS PACIENTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

TIPO DE ABORTO	DÍAS ESTANCIA								TOTAL	
	UN DÍA		DOS DÍAS		TRES DÍAS		CUATRO DÍAS			
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
COMPLETO	4	0.69	19	3.32	0	0	0	0	23	4.02
DIFERIDO	3	0.52	13	2.27	4	0.69	0	0	20	3.49
ESPONTÁNEO	3	0.52	25	4.37	0	0	1	0.17	29	5.06
INCOMPLETO	81	14.16	264	46.15	18	3.14	1	0.17	364	63.6
INEVITABLE	4	0.69	81	14.16	4	0.69	2	0.34	91	15.9
MOLAR	0	0	1	0.17	2	0.34	0	0	3	0.52
SÉPTICO	0	0	13	2.27	13	2.27	16	2.79	42	7.34
TOTAL	95	16.6	416	72.72	41	7.16	20	3.49	572	100

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS COMPLICACIONES EN BASE AL TIPO DE ABORTO DE PACIENTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

TIPO DE ABORTO	COMPLICACIONES				TOTAL	
	RASGADURA		PERFORACIÓN		FREC.	%
	FREC.	%	FREC.	%		
SÉPTICO	0	0	1	0.17	1	0.17
INCOMPLETO	1	0.17	1	0.17	2	0.34
TOTAL	1	0.17	2	0.34	3	0.52

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo Médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

CUADRO 18

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

TIPO DE ABORTO	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO											
	ANTIBIÓTICOS		REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS		TRANSFUSIONES		ANALGÉSICOS		SEDANTES		FENOBARBITAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
COMPLETO	0	0	10	1.74	0	0	5	0.87	0	0	0	0
DIFERIDO	0	0	15	2.62	0	0	20	3.49	19	3.32	7	1.22
ESPONTÁNEO	0	0	19	3.32	0	0	29	5.06	28	4.89	0	0
INCOMPLETO	0	0	353	61.71	0	0	349	61.1	294	51.4	0	0
INEVITABLE	0	0	65	11.36	0	0	91	15.9	72	12.6	0	0
MOLAR	0	0	1	0.17	0	0	3	0.52	3	0.52	0	0
SÉPTICO	42	7.34	42	7.34	1	0.17	42	7.34	42	7.34	0	0
TOTAL	42	7.34	505	88.28	1	0.17	539	94.23	458	80.1	7	1.22

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos

CUADRO 19

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE INGRESARON AL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

TIPO DE ABORTO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
	LEGRADO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLETO	0	0
DIFERIDO	20	3.49
ESPONTÁNEO	29	5.06
INCOMPLETO	364	63.85
INEVITABLE	91	15.9
MOLAR	3	0.52
SÉPTICO	42	7.34
TOTAL	549	95.97

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registro y archivo médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

* Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponde a 572 casos.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se revisaron los libros de egresos con diagnóstico clínico de aborto. Se encontró un total de 3030 casos para el período comprendido del 01 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2001; de los cuales 895 son registros clínicos documentados y 2135 registros clínicos indocumentados (cuadro 1); esto se debe a que las pacientes no se encuentran inscritas al momento de consultar, o llevan el control prenatal en una clínica periférica donde se encuentra el expediente médico; otra causa es que cuando ingresa a la emergencia no tiene el certificado de trabajo si son afiliadas; y al ser beneficiarias no tienen el certificado de trabajo del esposo y no es posible documentarlas. Por lo tanto para nuestro estudio se encontraron 572 expedientes clínicos que llenaron los criterios de inclusión correspondiendo el 19% de abortos reportados en el período de estudio.

Se encontraron 572 casos de aborto en el período delimitado, con un aumento del 3% para el año 1999 y 2000. (cuadro 2)

La incidencia de aborto expresada por cada mil nacidos vivos en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Pamplona fue de 11 abortos por cada 1000 nacidos vivos.

Estos datos nos da una idea de la incidencia de abortos; aunque sabemos que en países como el nuestro existe subregistro, ya que muchas pacientes no consultan y otro número grande recurre a realizar abortos clandestinos

Durante los años de enero de 1999 a diciembre del 2001, se encontró un 15% de afluencia para el mes de enero, seguido de los meses de febrero y agosto con un 9.7% y 9.6% respectivamente. (cuadro 3)

Se sabe que el aborto se puede presentar a cualquier edad reproductiva y existen varias causas que lo condicionan. En el presente estudio se observó (cuadro 4) que las edades mayormente afectadas son las del rango de 20 a 24 años representando un 35%; esto puede deberse a la mayor actividad sexual presentada en este grupo. Se encontró un total de 49 casos entre el rango de 15 a 19 años representado un 9%; lo cual puede explicarse a que actualmente las mujeres inician su vida sexual precozmente. La frecuencia de aborto es inversamente proporcional con la edad, ya que a mayor edad, existe menor frecuencia de aborto. Se puede explicar también que las pacientes de menor

edad no tienen experiencia en cuanto a un aborto y por ello consultan a la emergencia, mientras que la paciente de mayor edad ya ha presentado abortos anteriores o han visto cuadros similares en otras personas y por tal motivo no consultan a la emergencia. (5)

El aborto se presenta en pacientes con una u otra religión, lo cual explica que este se puede dar por diversos factores que no se relacionan necesariamente con la religión. En este estudio se encontró que el 62% de las pacientes profesaban la religión católica, un 33% la religión evangélica. (cuadro 5)

El lugar de procedencia de las pacientes que consultaron por aborto se cuantificó por medio de las zonas de la ciudad capital. Fue en su mayoría la zona siete en un 15%; así mismo las pacientes que habitan en Villa Nueva en un 15%. (cuadro 6). El menor porcentaje lo representa la zona seis; debido a que en dicho lugar se encuentra el Hospital Juan José Arévalo Bermejo del IGSS, que tiene cobertura para las pacientes de esta zona capitalina.

En un 99% de los casos de aborto se reporta que la edad del producto de la gestación fue mayor de 8 semanas (cuadro 7); clasificándose como aborto fetal de la octava a la vigésima séptima semana gestacional. La causa más frecuente de que el aborto ovular y embrionario representen un menor porcentaje; es que cuando el aborto se presenta en las primeras semanas de gestación en la paciente pasa inadvertida esta situación creyendo que se debió a un retraso menstrual y no consultan a la emergencia del hospital. (8)

En el (cuadro 8) se observa que el diagnóstico clínico al momento de ingreso o al presentar el aborto en un 64% aborto incompleto en el cual los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina. (34) Seguido de aborto inevitable en un 16%; la inevitabilidad del aborto es indicada por la rotura macroscópica de las membranas en presencia de dilatación cervical. En estas circunstancias el aborto es prácticamente seguro. (8)

Estudios de incidencia de aborto provocado a nivel mundial reflejan una incidencia mayor en países desarrollados debido a que se ha legislado el aborto terapéutico, y se practican a solicitud de la madre; en nuestro medio, que el aborto provocado es penado por la ley son bajos ya que son practicados en clandestinidad. (8,9)

El tiempo de estancia hospitalaria y la utilización de recursos destinados a la atención del aborto tiene impacto considerable en el presupuesto hospitalario. El aborto complicado o no, representa una carga financiera para los servicios de salud de cualquier país. (12) El 74% de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto recibieron atención hospitalaria por dos días; y 15% representa un día de estancia hospitalaria. (cuadro 9)

El promedio de días estancia de las pacientes ingresadas fue de dos días en los tres años de estudio. El protocolo de manejo de las pacientes atendidas por aborto en el Departamento de Gineco-Obstetricia del IGSS tiene contemplado : que a las pacientes post legrado instrumental uterino se les debe realizar un hematocrito control a las 12 horas; y a quienes ingresan por amenaza de aborto culminando en el mismo, se les realizan ultrasonidos obstétricos, cuantificación de subunidad beta; y esto implica más tiempo de estancia hospitalaria.

En el (cuadro 10) se observa que el 57% de las pacientes estaban casadas, el 29% en unión consensual y el 14% restante eran solteras. Tanto las casadas, unidas y solteras estaban comprendidas entre las edades de 20 a 24 años representado un 35%. Mujeres jóvenes y adultas casadas, solteras o unidas en algún momento de su vida pueden recurrir al aborto por diversas causas.

Por otro lado se observó que el 65% de las pacientes son alfabetas comprendidas entre las edades de 20 a 24 años. (cuadro 11). Se justifica porque la población que se atiende en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social son trabajadoras de fábricas o empresas donde es necesario tengan un mínimo grado de escolaridad. El resto son pacientes analfabetas en un 25%, siendo el bajo nivel educativo un factor de riesgo para las mujeres, ya que no han alcanzado sus expectativas para una adecuada independencia psicológica y social que les permita asumir un rol de una maternidad responsable. (20,36)

En el (cuadro 12) se puede apreciar que el mayor grupo de pacientes que consultan al Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social son trabajadoras afiliadas que laboran en fábricas como operarias. En la mayoría de fábricas en donde laboran las mujeres; no se permite el estar embarazada, siendo un factor de riesgo en la etiología del aborto; se encontró un 50% de pacientes trabajan como operarias comprendidas entre las edades de 20 a 24 años. Seguido por el grupo de

mujeres beneficiarias y un 29% son amas de casa. 15% fueron comerciantes y un 5% profesionales.

El mayor porcentaje de abortos se observa en pacientes con dos o tres gestas con un 53% (cuadro 13), lo cual se debe a que a mayor número de embarazos, mayor es el riesgo de pérdida del producto. Le siguen las primigestas con un 22%; siendo el grupo de edad de 20 a 24 años (35%) el de mayor incidencia. Según la literatura las mujeres jóvenes tienen poca información sobre planificación familiar y observamos esto en que frecuentemente se embarazan; y se refleja en que las pacientes tienen más de 2 gestas siendo jóvenes

En el mayor número de casos de abortos las pacientes habían presentado partos con anterioridad, encontrándose un 34% de pacientes con más de 2 partos y el 2% fueron gran multíparas. (cuadro 14). Se reporta un 0.17% sin antecedente de paridad, probablemente porque presentó su primera gestación al momento del aborto, o más gestaciones que terminaron en abortos o cesáreas transperitoneal. Siendo el grupo de edad de 20 a 24 años el de mayor incidencia. Según la literatura la edad joven y el mayor número de partos, son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aborto. (31)

En el (cuadro 15) se observa que el 22.5% de las pacientes presentaban antecedentes de uno a dos abortos previos. Un 1.2% para tres a cuatro abortos previos. Siendo la edad mayormente afectada de 20 a 29 años. La probabilidad de que ocurra un aborto aumenta en aquellas pacientes que han tenido abortos previos. (25)

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria (cuadro 16), el mayor porcentaje de estancia hospitalaria fue de 2 días que corresponde al 72%, siendo el aborto incompleto el más frecuente representando el 46.1% de estancia hospitalaria. Los factores que influyen en la estancia hospitalaria son los siguientes : uso de anestesia general, sedantes, antibióticos (en pacientes con aborto séptico) y complicaciones (perforación uterina). De las 42 pacientes con aborto séptico permanecieron en el hospital por más de 2 días representando un 7.3%.

Por otro lado se encontraron 3 complicaciones; entre las cuales 2 fueron por perforación uterina, una por un aborto séptico y otra por aborto incompleto, representando el 0.32% del total de 572 casos. La otra complicación se debió a una rasgadura cervical en un aborto incompleto que

corresponde al 0.17%. (cuadro 17). En el 2% de mujeres que se someten a un aborto sufren de perforación uterina y de los abortos de primer trimestre, por lo menos el 1% presenta laceraciones cervicales.

En relación al tratamiento dado a las pacientes según tipo de aborto en su mayoría fueron analgésicos y sedantes con un 94.2% y un 80% respectivamente (cuadro 18); principalmente en pacientes con aborto incompleto. Los abortos representan un gasto; ya que a las pacientes se les realizan exámenes de laboratorio si lo ameritan y se les brinda medicamentos cuando es necesario.

Por otro lado se encontró que las pacientes atendidas con diagnóstico clínico de aborto fueron tratadas con legrado instrumental uterino en un 95.9% (cuadro 19); teniendo un 63.6% utilización en el aborto incompleto; definiéndose cuando los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina a cualquier edad gestacional, por lo que es necesario realizar legrado instrumental uterino. (34) No fue necesario dar tratamiento quirúrgico a las pacientes que presentaron abortos completos.

IX. CONCLUSIONES

1. En el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Pamplona durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001, se encontró que la incidencia fue de 11 abortos por mil nacidos vivos.
2. En cuanto a edad, estado civil, religión, escolaridad y ocupación se encontró que: la población más joven fue la mayormente afectada, con un porcentaje de 80.76% para las edades comprendidas entre 20 a 34 años. La mayoría de pacientes estaban casadas (57%); el 62% profesaban la religión católica; el 65% son alfabetas y el 50% trabajan como operarias.
3. El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de dos días.
4. El tipo de aborto más frecuente, según diagnóstico de egreso de la paciente, fue el aborto incompleto en un 64%. En este estudio no se reportaron abortos provocados; probablemente porque la población atendida en el Seguro Social tienen cierto nivel de instrucción (65% alfabetas); un 57% estaban casadas y un 50% son trabajadoras. Los cuales son factores de beneficio para no aceptar abortar como medio de controlar la natalidad.
5. El tipo de tratamiento más utilizado fue el legrado instrumental uterino en un 96%.
6. La edad del producto de la gestación al momento del aborto fue mayor de 8 semanas, está documentado que a mayor edad del producto de la gestación, mayor es el riesgo de complicaciones.

X. RECOMENDACIONES

1. En beneficio de la Salud Materno-Infantil y de la economía de los hospitales, se considera conveniente intensificar programas de salud reproductiva.
2. Llevar un mejor control del libro de ingresos y egresos, pues muchos de los casos de aborto, no son anotados o bien son anotados erróneamente.

XI. RESUMEN

El estudio es de tipo descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron 572 historiales clínicos de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresadas al Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Pamplona, comprendidos de enero de 1999 a diciembre del 2001 con el objetivo de caracterizar epidemiológicamente el aborto.

La incidencia fue de 11 abortos por cada mil nacidos vivos registrados. Con un total de 572 casos de abortos. Presentándose como aborto incompleto en el 64% de los casos, en la cual los restos placentarios y fetales no fueron expulsados por completo de la cavidad uterina.

En relación a la edad de las pacientes, la mayor frecuencia se encontró en las edades de 20 a 24 años con un 35%; notándose que el número de abortos desciende conforme aumenta la edad de la paciente.

En cuanto a la ocupación la más frecuente fue operaria en un 50% y un 29% eran amas de casa; siendo el 64% de las pacientes alfabetas y el 25% analfabetas.

El 62% de las pacientes profesaban la religión católica y el 57% estaban casadas.

El tipo de aborto más frecuente según edad gestacional es el fetal, encontrándose que el 22% de las pacientes fueron primigestas y el 53% pacientes con 2 a 3 gestas.

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria, el 72% de las pacientes estuvo hospitalizada por más de 2 días, siendo el tiempo promedio de dos días.

Entre los antecedentes obstétricos, el 24% de las pacientes presentaron aborto anterior, lo cual evidencia que pacientes con antecedente de uno o más abortos anteriores tienen mayor riesgo de culminar el siguiente embarazo en aborto.

El 96% de las pacientes fueron tratadas con legrado instrumental uterino. Al 94% se administró analgésicos y en un 80% se utilizaron sedantes. Solo el 0.5% de los abortos presentaron complicaciones.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banchs Alberto. Noción y dignidad de la persona humana.
<http://www.vidahumana.org/vidadam/aborto/noción.htm>
2. Camerún Paul. El Aborto.
<http://www.aciprarsa.com/aborto.htm>
3. Cascante E., José Francisco Dr. et al. Morbilidad Materna en Centroamérica El aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 1995. 5(1):8-12
4. Castañeda Adolfo. Métodos químicos. La píldora abortiva RU 486.
<http://www.vidahumana.org/vida.fam/aborto/metquim.htm>
5. Carvalho Islene. Aborto: de la necesidad al derecho. Revista mujer salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. 1996. marzo; (2): 3-12
6. Clopper Eric. El aborto.
<http://www.Monografías.com./trabajos/aborto.htm>
7. CÓDIGO PENAL. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. 1995. 83 Pp.
8. Cunningham F. Gary MD. et al. Obstetricia. Williams. 20a. Ed. Argentina: Panamericana. 1998. 543-563p
9. Farfán, B. Et al. , “Información y consejería en Planificación Familiar Post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centro América”. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia Guatemala. 1997. mayo-agosto 7(2): 41-45
10. Goodman. Aborto recurrente.
<http://www.Monografías.com/trabajo/aborto2/aborto2.htm>
11. Gormaz S., Gustavo Dr. et al. Precisiones sobre el aborto. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1995. 60(5): 318-327

12. Grajales L., Riverly Lic. Et al. El costo estimado del aborto en la Maternidad María Cantera de Remón. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 1997.7(1): 33-36
13. Gutiérrez Castañeda, Mauricio Dr. et al. Pérdida gestacional recurrente. Un problema multifactorial. Revista Ginecología y Obstetricia de México. 1999. Abril; (67): 158-163
14. Gougle. Aborto Espontáneo.
<http://www.internet.uson.mx/webpers/medica/aborto.htm>
15. Hidalgo, Henry. Incidencia del aborto en el Hospital de Chimaltenango. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1995. Pp 5-7
16. INCAP. “Estudio descriptivo sobre morbilidad relacionada con aborto en mujeres latinas e indígenas del área rural y urbana de Guatemala”. Guatemala. Informe anual de 1994. Pp 22
17. Informe sobre desarrollo humano 2,000. Publicado por Mundi-prensa libros S.A. 2,000 New York. Autor (naciones) programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
18. Kestler Edgar Dr. Estudio perinatal de Guatemala. Centro de investigación epidemiológica de Salud Reproductiva y Familiar. 1996. 13-14p
19. Kissling Frances. Cómo hablar del aborto inducido. Guía para una comunicación exitosa. Catholics for a free choice. México, D.F. 2,000. traducido por Eduardo Barraza. 7-32p
20. López García, Raúl. El aborto como problema de Salud Pública, Maternidad sin riesgos en México. México D.F. Comité promotor por una Maternidad sin riesgos. 1994. Pp 85-90
21. Malec Karen. Los expertos hablan sobre el vínculo entre aborto y el cáncer de mama.
<http://www.vidahumna.org/temas/aborto-cancer.htm>

22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centros y Puestos de Salud. Protocolo para el Manejo de Aborto y Amenaza de aborto. Guatemala MSPAS. 1996. 33-37p
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Anual. Departamento de Epidemiología. Indicadores básicos de Situación de Salud. Guatemala: MSPAS. 1999-2000 712p
24. Olivares Mansuy Cecilia. Una encuesta Nacional de opinión sobre aborto en Población Urbana. Editorial Centro de información y desarrollo de la mujer. Bolivia. 1998. 7-67p
25. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del Aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. España. 1995. 11-23p
26. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos. 1998.
27. Organización Panamericana de la Salud. Estudio de Mortalidad Materna. 1989.
28. Ortiz José David Dr. La dimensión ética de la atención a mujeres con aborto. Un modulo de capacitación para el personal de salud. Ipas/Gire México, D.F. 1998. 1-13p
29. Pacheco Chajón, Otto. Caracterización epidemiológica de Aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2,001 Pp 9-11
30. Pontificia Academia para la vida, Documento final. Status del Embrión Humano. Ciudad del Vaticano. 1997 febrero.
31. Population Reports. El tratamiento de las Complicaciones post-aborto. 1997. septiembre; 25(1): 2-4p
32. Posada Carmen. El aborto. Debate Social, legal y Judicial en Colombia. Revista mujer salud. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. 1997. julio-agosto(3): 3-5p

- 33.Reiley Marjorie y Daniel Maguirre. Una guía para tomar decisiones éticas católicas para el derecho a decidir. 1994. 9-15p
- 34.Shwartz Ricardo. Et al. Obstetricia. 5ta. Ed. Argentina: Panamericana, 1995. 175p
- 35.Velasco Vitelio. Et al. Mortalidad Materna por aborto. Revista Médica. México, D.F. 1999; 37(1): 73-79p
- 36.Zamudio Lucero. Encuentro de Investigadores sobre Aborto inducido en América Latina y el Caribe. Conclusiones y recomendaciones. Universidad externado de Colombia. 1995. 3-20p

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: GRETTEL JOHANNA ARGUETA BALDIZÓN.
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN GUATEMALA”
Boleta de recolección de información

No. de registro hospitalario: _____

Fecha de atención _____

CARACTERISTICAS GENERALES:

- | | |
|--|--|
| 1. Edad: _____ años | 5. Ultimo año de escolaridad aprobado:
No. de años en primaria _____
No. de años en secundaria _____
No. de años en universidad _____
ANALFABETA
ALFABETA |
| 2. Grupo étnico: _____ | 6. Ocupación: Ama de casa
Estudiante
Agricultora
Profesional
Comerciante
Otra: _____ |
| 3. Estado civil: Casada
Soltera
Unida
Divorciada
Viuda | 7. Municipio de procedencia: _____ |
| 4. Religión: Católica
Evangélica
Testigo de Jehová
Mormona
Otra: _____ | |

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- | | |
|---------------------------|---|
| 8. No. de gestas: _____ | 11. No. de cesáreas: _____ |
| 9. No. de partos: _____ | 12. No. de hijos nacidos vivos: _____ |
| 10. No. de abortos: _____ | 13. No. de hijos nacidos muertos: _____ |

ABORTO:

- | | |
|--|--|
| 14. Edad gestacional _____ semanas. | 16. Estancia hospitalaria: No. de días _____
No. de horas _____ |
| 15. Tipo de aborto: Diferido
Séptico
Inevitable
Completo
Incompleto
Habitual
Molar | |

17. Tratamiento:

- * Farmacológico: Antibióticos
Reposición de líquidos/electrolitos
Transfusiones
Analgésicos
Sedantes
Fenobarbital
- * Quirúrgico
- * Legrado: LIU
AMEU

18. Hubo complicaciones: SI
NO

19. Complicaciones del aborto registradas

- Rasgadura
- Perforación
- Endometritis
- Peritonitis
- Septicemia
- Shock séptico
- Salpingooforitis
- No dato

20. Tratamiento de las complicaciones:

- Laparotomía
- Corrección de perforación
- Sutura de rasgadura
- Otros: _____

21. Observaciones:
