

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

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPEQUEZ.
1,999-2001**

Estudio retrospectivo, descriptivo realizado con historias clínicas de pacientes con diagnóstico Clínico de aborto que ingresaron al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango en el período del 01 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del año 2,001

TESIS

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

POR

INGRID MAGALY AVALOS FERNÁNDEZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 2002

INDICE

| | | |
|-------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. | DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA..... | 2 |
| III. | JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| IV. | OBJETIVOS..... | 4 |
| V. | REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... | 5 |
| VI. | MATERIAL Y MÉTODOS..... | 28 |
| VII. | PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 35 |
| VIII. | ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 54 |
| IX. | CONCLUSIONES..... | 58 |
| X. | RECOMENDACIONES..... | 59 |
| XI. | RESUMEN..... | 60 |
| XII. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 61 |
| XIII. | ANEXOS..... | 65 |

I. INTRODUCCION

El impacto que tiene el aborto en la mujer (desde el punto de vista físico, psicológico, social, religioso, moral y económico) así como en el sector económico sobre los servicios hospitalarios es alto. En muchos países en desarrollo, la alta frecuencia de embarazos no deseados coloca a las mujeres en mayor riesgo de morbi-mortalidad por aborto y comprometen en ocasiones su salud sexual y reproductiva.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, descriptivo que tiene como objetivo describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Departamento de Suchitepéquez a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el período de 01 de Enero de 1,999 al 31 de Diciembre del año 2,001.

Los resultados obtenidos señalan que la tasa de aborto en el departamento de Suchitepéquez durante el período de estudio fue de 44.93 por cada 1,000 nacidos vivos, en cuanto a la tasa de aborto por municipio de procedencia se encontró que Samayac tiene la tasa mas elevada (106.43 por mil nacidos vivos).

El aborto más frecuentemente diagnosticado es el aborto incompleto, la edad del producto de la gestación al momento del aborto fue en un 45.10% entre 9 a 13 semanas.

En cuanto a los antecedentes generales de las pacientes el grupo etareo que presento mayor número de casos de aborto está comprendido entre 20 a 24 años en un 23.80%, el 49.65% de pacientes se encontraban casadas, más del 90% de historias clínicas no tenían anotado religión, escolaridad y grupo étnico, el 87.1% de pacientes es ama de casa.

En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos se encontró que el 30% de las pacientes eran multigestas y multíparas y que el 21.45% eran Gran Multíparas y solamente el 22.15% tenían antecedente de aborto.

Con respecto al tratamiento de aborto el 98.5% de pacientes amerito legrado del cual 3.3% se realizaron bajo la técnica de AMEU, el tipo de aborto que recibió más tratamiento farmacológico fue el incompleto (12.65%).

El 2.15% de las pacientes presentaron complicaciones, la estancia hospitalaria promedio de pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto fue de 2.75 días.

Se recomienda realizar campañas de promoción a toda la población con respecto a planificación familiar, paternidad responsable, educación sexual en los jóvenes y control prenatal, realizar una historia clínica completa por parte del personal médico y descentralizar las campañas de Maternidad sin riesgos a los municipios que tienen menor acceso a servicios de salud.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El aborto se define como la finalización del embarazo ya sea espontánea o provocada antes de que el feto sea viable. En Guatemala es la interrupción del embarazo antes de las 28 semanas de gestación o en la que el feto pese menos de 2 libras.* En diversas literaturas extranjeras esta definición se limita a la finalización del embarazo antes de las 20 semanas o en la que el feto pesa menos de 500 gr. (2,12,14,32,34,35.)

De todos los embarazos el 26% termina mediante un aborto. En el año de 1,995, se realizaron en todo el mundo aproximadamente 26 millones de abortos legales y 20 millones de abortos ilegales, lo cual resulta en una tasa mundial de 35 abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años. (33)

En 1,995 América Central tuvo 0,9 millones de abortos con una tasa de 30 abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años. (33)

En la estadística nacional de 1,996, se informa de 325 muertes maternas de las cuales 24 (6.76%) son debidas a abortos. (20)

En enero del año 2,001 el Ministro de Salud Pública, informó que en Guatemala el aborto es una de las principales causas de muerte materna y se calcula que el 21% fallecen por complicaciones de aborto, se estima que esta cifra ha aumentado abruptamente en el transcurso de los últimos 5 años. (15)

El impacto que tiene el aborto en la mujer (desde el punto de vista físico, psicológico, social, religioso, moral y económico) así como en el sector económico sobre los servicios hospitalarios es alto, por lo que es importante caracterizar epidemiológicamente el aborto en hospitales nacionales con el fin de contribuir al conocimiento de nuestra realidad en salud pública y proponer estrategias y acciones para disminuir la Morbi-mortalidad materna causada por el aborto.

* Definición en los hospitales donde se realizara la investigación.

III. JUSTIFICACIÓN

Se estima que en Latinoamérica, las mujeres hospitalizadas por aborto ocupan en algunos casos hasta el 30% de las camas de los departamentos de Gineco-Obstetricia, en algunos casos la atención a las pacientes ha llegado a consumir hasta el 60% del presupuesto de dichos departamentos y un promedio de días de hospitalización entre 1 a 2 días. Estudios realizados en Guatemala reportan un promedio de más de 48 Hrs. de estancia hospitalaria.(18,30,31)

En Guatemala en el año de 1,996 se reporto 325 muertes maternas de las cuales el 12% correspondía a abortos. (20)

En el Hospital Nacional de Mazatenango de enero de 1,999 a Diciembre del año 2,001 se atendieron 1,886 abortos, con una incidencia anual promedio de 44.48 abortos por 1,000 nacidos vivos más sin embargo en esté departamento no existen estudios que determinen las características de la población que se atiende, por lo tanto es importante la caracterización epidemiológica del problema para conocer la magnitud en dichos hospitales con el fin de proponer medidas preventivas en el ámbito de salud pública y reforzar las ya establecidas para disminuir la incidencia de Morbi-Mortalidad por aborto en el departamento como a nivel Nacional. (24,25)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL.

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Departamento de Suchitepéquez.

B. ESPECIFICOS.

1. Cuantificar la incidencia de aborto en el Departamento de Suchitepéquez.
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 frecuentemente encontradas en las mujeres que consultaron por aborto.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

A. ABORTO

1. Definición:

Se define el aborto como la interrupción espontánea o provocada 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 Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de la 28ava. semana de gestación o bien que el feto pese menos de 2 lbs. (2,10,11,12, 27,36)

2. Historia:

El aborto ha sido practicado desde que empezó a organizarse la sociedad. Una revisión histórica revela que las leyes sobre el aborto fueron promulgadas con el propósito esencial de preservar la estructura de la sociedad. El feto fue considerado como algo que no tenía derecho y que podía amenazar algunos valores sociales definidos. (13, 17)

El aborto se practica desde tiempos muy remotos, encontrándose en el trabajo médico más antiguo de la China, que data del año 2,696 A. de C.

El código de Hammurabi, castigaba a las hitias que realizaban el aborto con penas económicas hasta la muerte; los Egipcios tienen suficientes documentos sobre el tema, dejando testimonio acerca de la naturaleza del embrión humano.

Hipócrates, el padre de la medicina y autor de juramento que todo médico pronuncia, decía "yo no daré a una mujer remedio abortivo".

Platón proponía para una sociedad utópica el mantenimiento de medidas eugenésicas, incluyendo el aborto cuando se trate de incesto.

Muchos de los abortos de la época de Aristóteles eran efectuados mediante legrado y se aconsejaba el aborto a la mujer que ya tenía el número de hijos deseados, o que concebía después de los 40 años de edad. (10)

Las referencias de la Biblia son condenatorias contra el aborto según el Antiguo Testamento, en el libro Éxodo capítulo 21 y versos del 22 al 25: "si algunos riñeren e hirieren a mujer embarazada, y ésta abortase, pero sin haber muerte, serán penados

conforme a lo que el marido impusiese y juzgaran los jueces, más si hubiese muerte entonces pagarán vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe”. Esta norma permaneció hasta la inmigración de los judíos a Egipto cuando estuvieron bajo la influencia de la cultura griega y romana. (10,26)

En la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad, después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. El aborto se prohibió para proteger a las mujeres de intervenciones quirúrgicas que en aquellos tiempos no estaban exentas de riesgo y la única razón en la que estaba permitida su práctica era cuando peligraba la vida de la madre.

En el siglo XX la legislación liberalizó la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares, a finales de la década de los sesenta la despenalización del aborto se extendió a muchos países, las causas que motivaron la despenalización fueron: 1) Infanticidio y mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales; 2) Sobre población mundial, y 3) Auge del movimiento feminista (26,36)

La regulación legal del aborto en Guatemala tiene sus inicios en la época colonial en el primer código penal emitido en el año de 1,877 en donde se castigaba la mujer que consciente así como al hechor material del delito, además se menciona el aborto honoris causa, señalando una pena menor si el motivo es ocultar la deshonra, aparecen también como sujetos del delito el facultativo que causare el aborto abusando de su arte así como el farmacéutico que expidiere un abortivo sin prescripción facultativa, independientemente de la consumación o no del aborto.*

En la actualidad el delito de aborto está regulado en el Decreto legislativo número 17-73 Código Penal, emitido el 27 de julio de 1,973, el cual ubica el delito de aborto dentro de los delitos contra la vida y la integridad de la persona.*

En esta reseña histórica podemos darnos cuenta que la aceptación del aborto fue influenciada por factores diversos que van desde lo ético, religioso, político, jurídico y médico-científico y su reconocimiento ha sido uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de la salud materna.

3. Consideraciones Legales en Guatemala:

El delito de aborto constituye una violación de las normas éticas, religiosas, jurídicas y morales, su castigo está contemplado en la mayoría de las legislaciones del mundo.

* EL aborto y la ley; Consideraciones legales sobre el delito de aborto.

Lic. Hugo Morales y Morales.

Biblioteca APROFAM.

Los procesos que se siguen en los tribunales en contra de los autores del delito de aborto no son frecuentes y se asegura que no llegan ni al uno por ciento los juicios tramitados en algunos juzgados.

El fundamento jurídico de protección al embrión está señalado en las siguientes disposiciones:

La constitución de la República de Guatemala en el artículo 43, segundo párrafo dice: "El estado garantiza como derechos inherentes a la persona humana: la vida, la integridad corporal, la dignidad, la seguridad personal y la de sus bienes.

El código penal de Guatemala establece:

Art. 133. Concepto. Aborto es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez.

Art. 134. Aborto Procurado. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de 1 a 3 años. Si lo hiciere impulsada por motivos que ligados íntimamente a su estado le produzcan indudable alteración psíquica, la sanción será de 6 meses a 2 años de prisión.

Art. 135. Aborto con o sin consentimiento. Quien de propósito causare aborto será sancionado;

1. Con prisión de uno a tres años, si hay consentimiento de la mujer.
2. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer, si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

Art. 136. Aborto Calificado. Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas resulta la muerte de la mujer, se sancionará al responsable con 3 a 8 años de prisión. Si se tratase de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin el consentimiento de la mujer pero sucede la muerte de ella, el responsable será sancionado con prisión de 4 a 12 años.

Art. 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 de la concepción y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotados todos los medios científicos y técnicos.

Art. 138. Aborto Preterintencional. Quien por actos de violencia ocasiona aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole es estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de 1 a 3 años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponde de mayor sanción se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

Art. 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.

Art. 140. Agravación Específica. El médico que abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de 500 a 3,000 quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. Iguales sanciones se aplicarán en su caso, a los practicantes o personas con títulos sanitarios, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.

El aborto efectuado por profesional o facultativo ó quien posee una especialización en medicina y se presta a realizar un aborto afecta en mayor medida a la sociedad pues por la situación en que se encuentra, y los conocimientos que posee, tiene la capacidad y facilidades que hacen más fácil la comisión del delito, la sociedad deposita su fe en él al asignarle el trabajo que ejecuta, y por eso al poseer un título facultativo, debe proteger y respetar los valores de la ciencia médica, al escoger su profesión, acepta acatar el deber que ella le impone, obligaciones que Hipócrates estableció para el profesional de la medicina.* (9)

4. Clasificación de Aborto:

a-) Aborto espontáneo y provocado:

- i. Aborto espontáneo: Es el que se produce sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, con una incidencia de 10 a 25 % de los embarazos y una recurrencia hasta del 45% sin tratamiento etiológico. (2,3,10,12,13,27,35,36)
- ii. Aborto provocado: Es la inducción premeditada para el cese del embarazo. Según investigación realizada por la FECASOG, el perfil de la mujer tratada por aborto en los hospitales de Centro América, orienta a pensar que la problemática del aborto está relacionada con el embarazo no deseado, más que con la infertilidad. Se estima que las adolescentes son las más vulnerables a un embarazo no deseado. (1,2,6,12,27,35,36)

Es importante resaltar que el aborto provocado se divide en:

- Aborto Legal: Se define como la interrupción del embarazo a petición voluntaria de la mujer, o cuando la consecuencia del

* El aborto y la ley; Consideraciones legales sobre el delito de aborto.
Lic. Hugo Morales y Morales.
Biblioteca APROFAN.

embarazo ha sido por violación, relación sexual involuntaria, incesto o bien el feto cuenta con infecciones o malformaciones físicas graves. El 72% de la población mundial se rige por leyes que permiten el aborto por razones ya descritas. En algunos países al aborto legal le llaman terapéutico y si no tiene ninguna indicación le llaman aborto electivo o voluntario. El 10% de la población mundial habita en países donde el aborto está totalmente prohibido. (2,11,29)

- Aborto Terapéutico: Es el aborto que es realizado por indicaciones médicas cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente su salud. Las razones de éste tipo de aborto son exclusivamente médicas, algunas indicaciones bien documentadas son la enfermedad cardíaca persistente después de una descompensación cardíaca previa, la enfermedad vascular hipertensiva avanzada y el carcinoma invasor de cuello uterino. (2,11,27)

b) Según la época de la gestación se clasifica en:

- i. Aborto precoz: Es el que se presenta antes de las 12 semanas de gestación.
- ii. Aborto Tardío: Es el que se presenta a las 12 y antes de las 20 semanas de gestación.

c) Según las formas clínicas:

- i. Amenaza de aborto: Aunque no está consumado el aborto, varias literaturas consultadas lo clasifican dentro de sus formas clínicas. Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza por signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y tamaño acorde 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 y el cuadro se acompaña de hemorragia genital leve, se trata de un episodio extremadamente común, una de cada cuatro o cinco mujeres embarazadas tiene sangrado vaginal leve o importante al comienzo de la gestación, de las mujeres que sangran al comienzo del embarazo aproximadamente la mitad aborta, el sangrado en la amenaza de aborto suele ser leve, pero puede persistir días o semanas, la imagen ecográfica puede ser

similar a la de un embarazo normal (embrión con actividad cardíaca y movimientos activos, visualización del saco vitelino), el signo de buen pronóstico es cuando se observa corion vellosos que llega al cérvix. (2,12,34)

- ii. Aborto en curso: Se divide en inminente e inevitable, varios autores lo definen como un aborto inevitable con dilatación cervical y palpación del producto en el endocérnix.
 - Aborto inminente: se caracteriza por dolores intensos y sostenidos, hemorragia abundante con coágulos y el orificio interno inicia a dilatarse.
 - Aborto inevitable: es indicada por la rotura macroscópica de las membranas ovulares en presencia de dilatación cervical y sin expulsión de tejidos placentarios, si el derrame de líquido se acompaña o es seguido de hemorragia y dolor o sobreviene fiebre, el aborto es prácticamente seguro. (2,12,34)
- iii. Aborto diferido: Es cuando muerto el producto in útero por diversas razones no es expulsado al exterior, a esta forma clínica se le conoce también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto y retenido, según el tiempo transcurrido de muerte puede observarse alteraciones estructurales del embrión y del saco gestacional, su proceso de expulsión es el mismo que el de cualquier aborto, según transcurra el tiempo de retención la mujer corre el riesgo de desarrollar coagulopatía de consumo. (2,12,36)
- iv. Aborto incompleto: Es cuando 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 la hemorragia es profusa y persistente como para provocar una hipovolemia profunda. (2,10,12,34)
- v. Aborto completo: En este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero, luego de una acmé dolorosa y hemorrágica todo entra en regresión, desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, la hemorragia puede cesar parcial o totalmente y el útero recupera el tamaño y consistencia previo al embarazo. (12,34)
- vi. Aborto séptico: Es la infección del producto de la concepción y de los órganos pélvicos, que puede permanecer localizada o diseminada fuera de la pelvis, cuando el aborto incompleto no es correctamente solucionado son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital y también por maniobras quirúrgicas abortivas no asépticas. Casi siempre este tipo de aborto se asocia a abortos provocados, los síntomas más comunes son: dolor pélvico y abdominal, movilización uterina y/o anexial dolorosa, fiebre, secreción fétida, orificios abiertos y complicaciones como

endocervicitis, endometritis y miometritis aguda, que a su vez pueden originar por vía hematológica cuadros sépticos generales, por vía linfática parametritis agudas bilaterales y consecuentemente flemón del ligamento ancho, absceso del fondo del saco de Douglas y menos frecuente salpingitis aguda o piosálpinx. (2,4,10,12,27)

- vii. Aborto recurrente o habitual: Se caracteriza por tres o más abortos espontáneos sucesivos, para algunos autores la posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior es, alrededor del 80%, después de dos abortos 70%, y del tercer aborto 50%. La mayoría de los estudios han observado que las mujeres con aborto recurrente muy a menudo tienen una anomalía cromosómica, un trastorno endocrinológico o una alteración del sistema inmune, en las mujeres con aborto recurrente espontáneo aumenta el riesgo de que un embarazo posterior se asocie con parto pretérmino, placenta previa, presentación pelviana y malformaciones fetales. (2,3,10,12,34)
- viii. Aborto subclínico: Es un aborto sin signos clínicos, en el momento de la implantación se produce el aborto, antes o al mismo tiempo que la próxima menstruación, a consecuencia de fallas en la división o en la implantación. (2)

d-) Según edad gestacional: (14)

- i. Aborto ovular: Se le llama así al aborto que se presenta desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- ii. Aborto embrionario: se presenta de la tercera a la quinta semana de gestación.
- iii. Aborto fetal: de la sexta a la vigésima semana gestacional.

5. Etiología del aborto espontáneo.

Más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas de gestación la frecuencia disminuye rápidamente después, las anomalías cromosómicas causan por lo menos la mitad de estos abortos tempranos y luego disminuyen continuamente, el riesgo de aborto espontáneo aumenta con la cantidad de embarazos, edad de la madre y del padre. La frecuencia de abortos reconocidos clínicamente aumenta desde un 12% en mujeres menores de 20 años, a 26% en mujeres de más de 40 años, la incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe dentro de los tres meses posteriores a un nacimiento a término. Los niveles maternos bajos de β -hCG se asocian con un mal pronóstico aun cuando el embrión tenga actividad cardíaca. (2,34,36)

Las causas generadoras de aborto pueden resumirse en:

- a) Factores fetales: . El hallazgo morfológico más frecuente en los abortos espontáneos tempranos es la anomalía del desarrollo del cigoto, del embrión, del feto temprano y la placenta, también se describe la neoplasia gestacional del trofoblasto, gestación múltiple y anomalías de ubicación del cordón. En más de la mitad de los casos de abortos tempranos, se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos como los siguientes: (12,13)
 - i. Aborto aneuploide: Las anomalías cromosómicas son comunes entre los embriones y los fetos tempranos que son abortados espontáneamente y que explican la mayor parte de las pérdidas tempranas del embarazo, tres cuartas partes de los abortos aneuploide se registran antes de las 8 semanas, aproximadamente del 50 al 60% de los abortos espontáneos tempranos se asocian con una anomalía cromosómica del producto de la concepción. La trisomía autosómica es la anomalía cromosómica identificada con mayor frecuencia en asociación con los abortos del primer trimestre y de está, las más comunes son las trisomías 13, 16,18, 21 y 22, la monosomía X (45,X) es la anomalía cromosómica que sigue en frecuencia, las anomalías estructurales cromosómicas son causas poco habituales al igual que la monosomía autosómica. (2,10)
 - ii. Aborto euploide: Según registros tienen su pico alrededor de las 13 semanas y aumentan después de la edad materna de 35 años, las razones de estos abortos son desconocidas, pero se conocen tres posibilidades: 1) una anomalía genética, como una mutación aislada o factores poligénicos, 2) diferentes factores maternos y 3) posiblemente algunos factores paternos. (2,10)
- b) Causas maternas orgánicas: Aquí entran las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción, se subdividen en:
 - i. Enfermedades generales: Como hipertensión arterial severa y algunas infecciones crónicas como la tuberculosis grave, herpes simple después de la infección genital en la primera mitad del embarazo, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas.
 - ii. Enfermedades locales: Las organopatías pélvicas de todo orden (genitales o extragenitales) que pueden provocar el aborto, ejemplo: infecciones genitales (por chlamydia trachomatis, estreptococo del grupo B, citomegalovirus, herpes virus.) tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del huevo, malformaciones uterinas, sinequias posraspado, incompetencia cervical y la peritonitis que aumenta la probabilidad de abortos etc. (2,3,10,12)

- c) Causas funcionales: Constituyen del 10 al 15% de los abortos espontáneos. Y son aquellas enfermedades en las que por lo menos en un principio, sólo hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación, lo constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean: a) extragonadales como distiroidismos de los cuales el hipotiroidismo a través de los autoanticuerpos antitiroideos ha sido vinculado a la producción de abortos, diabetes mellitus, etc.; b-) puramente gonadales (alteraciones funcionales del ovario (Síndrome del ovario poliquístico), del trofoblasto o de la placenta), que producen el aborto endocrino corial o endocrino gonadal, el más frecuente entre los de causa funcional es la mala producción gonadotrófica del trofoblasto que daría lugar a una involución precoz del cuerpo amarillo, el descenso progresivo de la secreción hormonal en que cronológicamente cae primero la progesterona y luego los estrógenos, altera la proporción de este coeficiente el cual es imprescindible para la buena evolución del embarazo, tanto desde el punto de vista uterino, trofoblástico y embrionario. (2,3,10,12,36)
- d) Causas inmunológicas: Las más frecuentes son de tipo autoinmune ejemplo: síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, y causas aloinmunes como lo son incompatibilidad de grupo y Rh. (2,12)
- e) Causas psicodinámicas: Incluye este grupo a todas aquellas pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que traumas emocionales conscientes o subconscientes serían la causa que provoca el aborto. (12,36)
- f) Uso de drogas y factores ambientales: Las toxinas ambientales, gases anestésicos, óxido nitroso, el plomo, formaldehído, benceno, óxido de etileno, mercurio, arsénico, fósforo, etc. La radiación en dosis suficientes produce aborto, drogas como el tabaco están vinculadas a un riesgo aumentado de aborto euploide, alcohol, cafeína a razón de más de 4 tazas por día parece elevar ligeramente el riesgo de abortos, aún no existe evidencias con respecto a los anticonceptivos, sin embargo los dispositivos intrauterinos se asocian con un aumento de la incidencia de abortos sépticos cuando fracasan como anticonceptivos. (2,12)
- g) Problemas Nutricionales: Los que más destacan son las deficiencias nutritivas totales como desnutrición crónica y anemia severa o parciales déficit de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales, etc. (35)
- h) Los traumatismos físicos de todo orden, directos o indirectos, los excesos sexuales, etc. (2,12)
- i) Factores Paternos: Las traslocaciones cromosómicas del esperma pueden producir aborto, la hiperespermia mayor de 250 millones/ml

y la oligoespermia se han relacionado con el aborto frecuente pero aún se sabe muy poco. (2,12)

j) Idiopática: Sin identificación de causa . (13)

6-) Técnicas utilizadas para realizar abortos.

a) Técnicas quirúrgicas.

i. Dilatación cervical seguida de evacuación uterina por:

- Curetaje.
- Aspiración al vacío ó curetaje por aspiración: Al igual que el curetaje deben realizarse antes de las 14 semanas. Se ha confirmado como la técnica más segura de evacuación uterina.
- Dilatación y evacuación: Se debe de efectuar después de las 16 semanas de gestación.
- Aborto de Nacimiento Parcial: Una técnica nueva que se puede utilizar para efectuar abortos en el segundo y tercer trimestre.

En ausencia de enfermedad sistémica materna los embarazos generalmente se interrumpen por dilatación y curetaje o evacuación sin hospitalización.

ii. Aspiración menstrual: Se realiza dentro de la primera a tercera semana posteriores a la falta de menstruación.

iii. Laparotomía: En algunas circunstancias es mejor recurrir a esta. A pesar que estos métodos están desacreditados y raramente son empleados, si hay una enfermedad uterina importante la histerectomía puede ser el tratamiento ideal.

- Histerotomía.
- Histerectomía.

b) Técnicas médicas:

- i. Oxitocina intravenosa: Para embarazos en el segundo trimestre esté procedimiento es exitoso.
- ii. Soluciones hipertónicas intraamnióticas: Se utiliza durante el segundo trimestre para estimular las contracciones uterinas y la dilatación cervical. Esta técnica tiene complicaciones serias y ha sido reemplazada por otras como la dilatación y evacuación, las más conocidas son:
 - Solución fisiológica al 20%.
 - Urea al 30%.
- iii. Prostaglandinas E₂, F_{2α} y análogos de las prostaglandinas se utilizan ampliamente durante el segundo trimestre a través de:
 - Inyección intraamniótica.
 - Inyección extraovular.
 - Inserción vaginal.
 - Inyección parenteral.
 - Ingestión oral.
- iv. Antiprogesteroonas: Son usadas para efectuar la inducción del aborto temprano y suelen producir una tasa de abortos del 85%, las más conocidas en el mercado son:
 - RU 486 ó mifepristona: Su uso es controversial.
 - Epostano.
- v. Diferentes combinaciones de las anteriores. (2,7,8,10,22,23,27,36)

Antes de un aborto independiente que sea electivo si se detecta una vaginosis bacteriana se debe tratar con metronidazol para reducir infecciones posoperatorias, se recomienda además que las mujeres D-Negativas sean tratadas después del aborto con inmunoglobulina anti-D, dado que alrededor del 5% de estas mujeres se sensibilizan.

7-) Manejo y tratamiento de pacientes con aborto:

a) Amenaza de aborto:

i. Manejo Domiciliario: (si la hemorragia es escasa).

- Reposo relativo.
- Abstinencia sexual hasta dos semanas después de haber cesado la hemorragia.
- Realizar exámenes de laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, recuentos de eritrocitos, velocidad de sedimentación, Grupo y Rh sanguíneo, VDRL, prueba de embarazo, orina, TORCH, ultrasonido de preferencia transvaginal en el primer trimestre.

ii. Tratamiento:

- Fenobarbital 50 mg. PO c/8 horas, por 3 dosis, si la paciente está muy ansiosa.
- Progesterona 100 mg. Si se confirma deficiencia del cuerpo lúteo.
- Si la hemorragia desaparece o persiste escasa, se citará a consulta externa cada 15 días si es posible.

Cada mujer debe ser bien examinada, cualquier tratamiento tiene grandes probabilidades de éxito, si hay un DIU y el "hilo" es visible, el dispositivo debe extraerse, se recomienda reposo absoluto en la mujer clínicamente sana y estar bajo observación, generalmente está indicada la interrupción del embarazo si la pérdida de sangre es suficiente como para causar anemia o hipovolemia. (2,13,27)

b) Aborto diferido: Después de la muerte del producto de la concepción es preciso vaciar el útero y todo tejido eliminado debe ser examinado para determinar si el aborto es completo, la ecografía transvaginal o abdominal puede ayudar a decidir si es necesario el curetaje. (2,27)

c) Aborto incompleto: Se debe hospitalizar a la paciente, NPO hasta nueva orden, hacer exámenes de laboratorio como los ya descritos, se debe vigilar a la paciente por signos vitales y hemorragia vaginal, administrar soluciones IV y realizar aspiración manual uterina ó legrado instrumental con anestesia general (epidural en casos especiales), el producto del legrado se debe enviar a patología. En muchos casos el tejido placentario retenido yace suelto en el canal cervical y puede ser extraído por el orificio externo mediante pinzas, las hemorragias causadas por abortos incompletos en ocasiones son severas pero rara vez resultan fatales (2,13,27)

d) Aborto Recurrente: Mientras no se solucione el problema general etiológico, la gestación no podrá seguir su evolución completa y normal. (12)

- e) Aborto inevitable: Se hospitalizara a la paciente, se dejara en NPO hasta nueva orden y reposo absoluto, se realizaran exámenes de laboratorio como los descritos en la amenaza de aborto, se hará un monitoreo de signos vitales cada 30 mín., se administraran solución Hartman 1,000 cc. intravenoso. 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 con prostaglandinas o bien oxitocina IV. b) Si la hemorragia es profusa y hace peligrar el estado general de la paciente, se deberá proceder a evacuar el útero, ya sea a través de la aspiración manual de la cavidad uterina ó dilatación y legrado uterino. (12,13,27)
- f) Aborto Inminente: Hospitalizar a la paciente, reposo absoluto, dieta blanda si la hemorragia es importante NPO, hacer exámenes de laboratorio como los descritos en la amenaza de aborto pero con control seriado de Hb. Y Ht., hacer compatibilidad, ultrasonido, monitorear signos vitales c/8 horas y observar intensidad de la hemorragia, administrar soluciones si la paciente queda en NPO y administrar fenobarbital 50 mg. PO c/8 hrs. Si los síntomas de la paciente progresan se debe seguir el manejo igual a aborto inevitable y si desaparecen se debe tratar igual que la amenaza de aborto. (13)
- g) Aborto séptico: Se hospitalizara a la paciente se dejara en NPO, reposo en posición de Semifowler, hacer exámenes de laboratorio: hemograma, velocidad de sedimentación, grupo y Rh, compatibilidad PRN, Gram y cultivo endocervical, examen de orina, VDRL, creatinina y Nitrógeno de Urea, se debe vigilar signos vitales, colocar sonda foley y realizar control de ingesta y excreta cada 2 horas, se administrara: soluciones IV. Hartman y dextrosa al 5 ó 10%, penicilina cristalina 3,000,000 uds IV cada tres horas previa sensibilidad, clindamicina 600 mg. IV cada 6 Hrs. ó metronidazole 500 mg. IV cada 8 horas, gentamicina 5 mg/kg. IV cada 24 Hrs. ó amikacina 15 mg/kg. ó bien ofloxacina 400 mg. IV cada 12 hrs. durante 10 o 14 días, también se administrara inmunoglobulina tetánica 250 unidades IM, ATT equina previa sensibilidad 5,000 uds. IM, toxoide tetánico 0.5 ml. IM y repetir en 4 semanas, si es necesario se debe transfundir a la paciente. Es fundamental un diagnóstico temprano para iniciación de antibióticoterapia y realizar legrado uterino lo antes posible. En el caso de Aborto séptico complicado se realizara lo anterior y si existe infección pélvica, tromboflebitis pélvica, embolia pulmonar séptica, insuficiencia renal aguda o shock séptico sé procederá a estabilizar a la paciente y se realizaran consultas a otros especialistas, sí la paciente no mejora con los antibióticos y presenta perforación uterina o de órganos adyacentes, abscesos pélvicos, gangrena gaseosa del útero, miometritis necrotizante o gaseosa y shock séptico se realizara laparotomía exploradora y/o histerectomía con o sin anexectomía. En el caso de shock séptico, si en 6 horas no se ha estabilizado la paciente se realizara legrado uterino y si persiste o se presenta shock séptico después del legrado uterino se efectuara histerectomía

abdominal total y se evaluara la realización de anexectomia bilateral. (4,12,27)

A su egreso se aconsejara a la paciente reposo absoluto, abstinencia sexual, se educara con respecto a la identificación de signos y síntomas de infección y se citara a la consulta externa para seguimiento de caso.

La utilización de métodos anticonceptivos indicados después de un aborto son importantes ya que la ovulación puede reanudarse tan pronto como 2 semanas después de un aborto. (2)

La paciente que atraviesa un aborto se encuentra bajo un cuadro doblemente delicado en lo clínico (médico, fisiológico), en lo emocional y psicológico. (29)

El aborto es un hecho traumático, en mayor o menor medida, para las mujeres que lo experimentan, no importando las circunstancias bajo las cuales se haya producido, por lo tanto en la atención a una mujer con aborto deben conjuntarse el suministro de saberes y recurso técnicos que brinden un trato humano (respeto, comunicación y solidaridad al paciente) una atención técnica adecuada y oportuna. Lo anterior esta condicionado por las carencias hospitalarias (escaso presupuesto destinado al sector salud) y la existencia de normas institucionales, es decir situaciones de carácter institucional y estructural que a veces dificultan una atención integral. (16,29)

Es importante recordar que la consejería post aborto es una práctica incluida en el proceso de atención a una mujer con aborto y mientras más completa y accesible sea la consejería postaborto existirán más posibilidades de que las mujeres asuman con mayor responsabilidad el cuidado de su salud reproductiva. (16,29)

8-) Complicaciones.

Se pueden presentar las siguientes complicaciones:

- a) Infección pelviana o sépsis.
- b) El procedimiento de dilatación y curetaje en primigrávidas aumenta el riesgo de embarazos ectópicos posteriores, abortos espontáneos en el segundo trimestre y niños de bajo peso al nacer. (2,10)
- c) Aumento en la incidencia de placenta previa después de un aborto.
- d) La solución hipertónica inyectada por vía intraamniótica puede producir complicaciones serias como: crisis hiperosmolares, insuficiencia cardiaca, shock séptico, peritonitis, hemorragias, coagulación intravascular diseminada, intoxicación acuosa. (2,4,21,27)

- e) Perforación uterina accidental por la dilatación o el curetaje con un consiguiente daño a órganos internos, así como también incompetencia cervical o sinequias uterinas (2,4,27)
- f) Hemorragia prolongada o excesiva es la complicación más común.
- g) Problemas psicológicos en la paciente que afectaran el círculo social donde se desenvuelve.
- h) Otros: esterilidad, embolia pulmonar séptica, anemia, trastornos menstruales, frigidéz y hasta la muerte. (4,10)

En Guatemala más del 10% de los ingresos al Depto. De Gineco-Obstetricia son por complicaciones de aborto (19)

La morbi-mortalidad es directamente proporcional a la edad gestacional, las complicaciones son frecuentes y más graves en entornos donde el aborto provocado sin precauciones es común, donde no existen servicios de planificación familiar para evitar embarazos no deseados y servicios clínicos para atender casos de aborto. (27)

Después de las ocho semanas de gestación el riesgo relativo de morir como consecuencia de un aborto es aproximadamente dos veces mayor por cada dos semanas de demora del procedimiento.

9-) Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico de aborto puede plantear sus dudas en su etapa previa o incipiente de amenaza por lo que deben ser descartados los siguientes:

- a) Embarazo éctopico
- b) Mola hidatiforme
- c) Metropatía hemorrágica.
- d) Afecciones de carácter hemorrágiparo (várices, cervicitis, pólipos, neoplasia de cuello). (14)

10-) Epidemiología.

- a) Incidencia:

La OMS ha calculado que, a escala mundial, un 25% de los embarazos terminan en aborto provocado, lo que representa aproximadamente 50 millones de abortos cada año, un estudio realizado en Centro América informo que los grupos de mujeres con mayor incidencia de abortos son de 30 a 49 años de edad, soltera, viuda o divorciada, analfabetas o con ningún año de escolaridad, también se informo

que en América Latina un alto porcentaje de pacientes que abortan son católicas. (1,5,6,33)

Por las condiciones en que se práctica el aborto provocado resulta difícil hacer estimaciones precisas de su incidencia por varias razones:

- i. Existen abortos muy precoces, interpretados a veces como retrasos menstruales.
- ii. Casos en que tratándose de aborto espontáneo, la paciente no es hospitalizada por falta de complicaciones.
- iii. Los abortos provocados que, en algunos casos, pueden pasar ignorados o ser contabilizados como abortos espontáneos ó sépticos, lo cual resta confiabilidad a la información de los registros médicos hospitalarios. (19)
- iv. La clandestinidad en que se practica el aborto, lo que dificulta la obtención de información por parte de los proveedores del servicio.
- v. Las sanciones legales, sociales y religiosas impiden que la mujer proporcione con libertad información confiable sobre los embarazos terminados en aborto voluntario.
- vi. El ambiente, las condiciones y la persona que lleva a cabo la entrevista a mujeres o proveedores.
- vii. La dificultad de establecer si las complicaciones son consecuencia de un aborto espontáneo o provocado cuando no se cuenta con información por parte de la paciente. (19)

En Guatemala se realizó un estudio prospectivo reportado en el año de 1,981 en donde se investigaron 2,447 casos de aborto de los cuales 88.7% fueron abortos incompletos, 17.4% de aborto provocado y 13.4% fue diagnosticado como aborto séptico. En el hospital Nacional de Mazatenango en el periodo comprendido de Enero de 1,999 a Diciembre del 2,001 se reportaron 1,886 casos de aborto con un promedio de abortos 628.66 anuales y una incidencia anual promedio de 44.48 abortos por 1,000 nacidos vivos, cifra que es superior a la reportada en Chiquimula en el año 2,000 con 475 casos anuales así como en el Hospital de Amatitlán los años 1,994 a 1,995 donde se reportaron un total de 679 casos de aborto, por lo que el número de abortos en nuestro país va en aumento cada año. (19,20,24,25,30,31,32)

b) Mortalidad.

Las complicaciones del aborto son responsables de casi 14% de las 500.000 muertes maternas aproximadamente que ocurren cada año, 99% de esas muertes ocurren en el mundo en desarrollo, donde está prohibido el aborto o los servicios

abortivos no están al alcance de toda la población. En Guatemala en el año 1,996 se reportaron 325 muertes maternas de las cuales el 12% correspondía a abortos. (5,20,26,28)

En el año 2,001 el Ministro de Salud Pública expuso que en el ámbito Latinoamericano, Guatemala tiene el primer lugar en mortalidad materna y se calcula que el 21% fallecen por complicaciones en abortos ya que el 60% de los alumbramientos no son atendidos por personal médico. (15)

c) Factores de Riesgo.

Los hábitos inapropiados para la salud como lo son fumar, alcoholismo y ausencia de control prenatal, inciden en elevar la probabilidad de aborto. Estos resultados hacen suponer que una población de mujeres, marginadas por las condiciones del medio social, por las condiciones culturales, por el acceso a servicios de salud, etc., están en elevado riesgo de aborto inducido, probablemente inseguro correlacionando con el riesgo reproductivo de estos grupos específicos de mujeres. (6)

Otros de los factores de riesgo que se han descrito son los siguientes:

- Ser menor de 15 o mayor de 34 años.
- Medir menos de 1.45 mts.
- Pesar menos de 40 kg., o más de 80 kg. antes del embarazo.
- Padecer diabetes (a pesar de que actualmente se tiene un mejor control), enfermedades cardíacas, pulmonares o renales.
- Anemia severa
- Hipertensión arterial.
- Cesárea previa.
- Multiparidad
- Antecedente de más de dos abortos.
- Que haya tenido óbito o que el producto muera en la 1era. Semana de vida.
- Haber tenido un hijo con malformaciones congénitas.
- Periodo intergenésico menor de 24 meses.
- Datos de Toxemia en embarazos previos.
- Prueba del papanicolau sospechosa de cáncer cervico uterino. (10)

La falla en los métodos modernos de anticoncepción son un factor de riesgo, que inician una cadena de prácticas desde el embarazo no deseado, métodos dudosos o poco efectivos de inducción del aborto, hasta el aborto inducido inseguro como último e inadecuado recurso para regular la fertilidad. (6)

d) Impacto.

i. Impacto sobre la mujer.

Cuando se analiza con profundidad los aspectos biológicos, sociales y emocionales que rodean al aborto se debe concluir que siempre es la expresión del fracaso de una de las más trascendentes y asombrosas funciones del ser humano, en este sentido la pérdida del embarazo en sus etapas tempranas, tiene connotaciones muy importantes desde el punto de vista personal, familiar, y de la comunidad ya que genera no sólo una condición de duelo en la mujer sino que además, puede ser la causa de complicaciones graves que comprometan la función reproductora e incluso determinar la muerte materna con una estela de problemas que impactan profundamente en la familia y en la sociedad. (21)

ii. Impacto sobre Salud Pública.

Se ha destacado la importancia del aborto como problema de salud pública desde el punto de vista de la prestación de servicios de salud, tal es el caso del tiempo de estancia que ocupa una paciente en un servicio hospitalario cuyos estudios en Guatemala han reportado más de 48 hrs. promedio, motivo de especial atención resultan los cálculos aproximados por paciente que se pueden realizar en cuanto a los costos estimados por la atención de abortos cuyos estudios reportan en otros países un total de \$68.58/aborto espontáneo tratado y \$89.94/aborto inducido tratado, dichos costos son atribuibles a: Exámenes de laboratorio, medicamentos, material médico quirúrgico, alimentación y recursos humanos, los gastos varían con el aumento de la estadía en el hospital y la naturaleza del tratamiento. Como nos damos cuenta el aborto complicado o no, representa una carga financiera para los servicios de salud de cualquier país y un impacto notable en el ámbito productivo laboral debido al número de días de incapacidad laboral. (16,18,21,30)

Se ha estimado que, el tratamiento de las complicaciones del aborto en otros países a representando más del 60% de los gastos del Depto de Gineco-obstetricia. (18)

Todos estos gasto podrían ser disminuidos con programas de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, específicamente con orientación y concientización de la mujer sobre los riesgos del aborto y la importancia de la planificación familiar, para lo cual, la institución no invertiría ni la mitad de lo que se gastó en el tratamiento del aborto.

e) Prevención.

Un estudio realizado en Guatemala demostró que los programas de planificación familiar no cubren las necesidades de la población y como resultado están ocurriendo abortos provocados, por lo que deben encaminarse esfuerzos para promover la paternidad responsable, la educación sexual de los jóvenes, mejorar las

condiciones de acceso a la información, a los servicios y a los métodos de planificación familiar. (19)

Se considera que la tasa de aborto decrece conforme aumenta la educación y la disponibilidad de métodos anticonceptivos lo que necesariamente incide en las tasas de morbi-mortalidad materna por aborto y desde luego, en sus implicaciones desde los puntos de vista personal, familiar y social. (21)

Por lo tanto estudios sobre epidemiología del aborto están implementando medidas preventivas de las cuales se considera importante incrementar y perfeccionar las acciones de información, educación y comunicación en el ámbito de la atención primaria de salud en la que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva además de la importancia de la buena comunicación familiar, por lo que se pretende elevar la calidad del trabajo educativo que se realiza con los adolescentes en escuelas y comunidades. (13,17)

La prevención del aborto es una responsabilidad de salud pública y un componente de las iniciativas de Maternidad sin Riesgos.

11. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ.

a) CARACTERÍSTICAS GEOGRAFICAS.

i. Territorio:

Está situado en la Costa Sur del país de Guatemala; colinda al Norte con los Departamentos de Quetzaltenango, sololá y chimaltenango; al Este con el Departamento de Escuintla, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con el Departamento de Retalhuleu. Su extensión territorial es de 2,510 Kms.² y su altitud sobre el nivel del mar es de 371.13 mts. Según su municipio el clima varía de cálido a templado.

Suchitepéquez está integrado por los siguientes 20 municipios (distancia de los municipios a Mazatenango):

1. Mazatenango (00 kms.)
2. Cuyotenango (8 kms.)
3. San Francisco zapotitlán (7 kms.)
4. San Bernardino (5 kms.)
5. San José El Idolo (22 kms)
6. Santo Domingo (7 kms.)
7. San Lorenzo (7 kms)

8. Samayac (9 kms.)
9. San Pablo Jocopilas(10 kms.)
10. San Antonio (11 kms.)
11. San Miguel Panám(19 kms.)
12. San Gabriel (30 kms.)
13. Chicacao (39 kms)
14. Patulul (52 kms.)
15. Santa Bárbara (45 kms.)
16. San Juan Bautista (50 kms.)
17. Santo Tomás La unión (25 kms)
18. Zunilito (12 kms.)
19. Pueblo Nuevo (18 kms)
20. Río Bravo (32 kms.)

ii. Principales Accidentes Físicos de la Comunidad:

Suchitepéquez está comprendido en el perímetro formado por los volcanes Santa María, Zunil y Santo Tomás, con dirección al Océano Pacífico. Sus terrenos con pendiente suave, descienden de las elevadas mesetas al Océano, el terreno en la parte Sur por lo general es muy plano. Las zonas de vida están conformadas por bosque seco subtropical, bosque húmedo subtropical, bosque muy húmedo subtropical y bosque húmedo Montano Bajo subtropical.

Con respecto al sistema hidrográfico sus ríos más importantes son: Icán, Sis, Nahualate, Ixtacapa, Nimá, Siguacán y Madre Vieja.

iii. Potenciales de Uso y Explotación:

-Áreas de potencial Agrícola, pecuario y forestal.

La vocación productiva del suelo se calcula de acuerdo a la siguiente distribución: agrícola 1,099 Km.², pecuario 153 km.² y forestal 1,258 Km.²

-Áreas de potencial turístico y sitios naturales:

Estas áreas fundamentalmente se encuentran en el litoral pacífico entre ellas: Nueva Venecia y el Triunfo en Santo Domingo; Tahuexco, Chicaco, Chiquistepeque y Churirín en Mazatenango; todas ellas con características paisajísticas de playas de mar, el problema es el acceso por la falta de infraestructura vial.

Entre las playas de ríos se pueden mencionar las de Nahualate, Ixtacapa, Sis e Icán.

El aprovechamiento del recurso hídrico con fines de generación de energía hidroeléctrica, únicamente se realiza en el río Mocaya, de Santa Bárbara, con una capacidad generadora de 12 Kws.

a) **Características poblacionales.**

i. Población por grupo étnico:

La población por grupo étnico se encuentra localizada, principalmente, en la parte norte del Departamento y está constituida por Quichés, Kakchiqueles y Tzutuhiles que hablan esas mismas lenguas, el porcentaje de población indígena es de 58.08% y predomina el Castellano debido a la transculturación de que ha sido objeto nuestro país.

iii. Indicadores de bienestar social:

- Mortalidad general: 5.12 por cada 1,000 habitantes.
- Crecimiento vegetativo: 3.1.
- Porcentaje de población Urbana: 30.20%
- Índice de analfabetismo 33.80% en toda la población, por sexo: Hombres 27.30% y mujeres 41.60%.
- Densidad poblacional: 164.
- Nacido vivos:14,475
- Mujeres en edad fértil: 88,566
- Mortalidad materna: 64.56
- Población en extrema pobreza 68%.

iii. Servicios de Salud Prestados:

Los servicios de salud prestados por el I.G.S.S. consisten en 3 hospitales (Mazatenango, Chicacao y Patulul) y los servicios de salud prestados por el área de salud están integrados por: Un hospital Nacional, 11 centros de salud tipo B, 28 puestos de salud y una jefatura de salud.

POBLACIÓN TOTAL

| MUNICIPIO | POBLACIÓN |
|---------------------|-----------|
| Río Bravo | 18,742 |
| Pueblo Nuevo | 10,443 |
| Zunilito | 5,037 |
| Sto. Tomas La Unión | 10,124 |

| | |
|--------------------------|----------|
| San Juan Bautista | 5,164 |
| Sta. Bárbara | 17,357 |
| Patulul | 28,998 |
| Chicacao | 45,304 |
| San Gabriel | 3,558 |
| San Miguel Panám | 8,183 |
| San Antonio Suchi. | 36,961 |
| San Pablo Jocopilas | 18,022 |
| Samayac | 20,611 |
| San Lorenzo | 10,770 |
| Sto. Domingo Suchi. | 38,138 |
| San José El Ídolo | 7,784 |
| San Bernardino | 9,022 |
| San Francisco Zapotitlán | 18,195 |
| Cuyotenango | 41,890 |
| Mazatenango | 58,412 |
| TOTAL | 402,574. |

Fuente: Jefatura de Área Depto. De Suchitepéquez. Año 2001.

POBLACIÓN POR GRUPO ETAREO

| GRUPO ETAREO | POBLACIÓN |
|----------------|-----------|
| 0 – 4 años | 66,297 |
| 5 – 9 años | 59,537 |
| 10 – 14 años | 52,210 |
| 15 – 19 años | 45,898 |
| 20 – 24 años | 38,300 |
| 25 – 29 años | 30,127 |
| 30 – 34 años | 22,520 |
| 35 – 39 años | 18,974 |
| 40 – 44 años | 15,473 |
| 45 – 49 años | 13,109 |
| 50 – 54 años | 10,116 |
| 55 – 59 años | 8,075 |
| 60 – 64 años | 6,733 |
| 65 y más años. | 15,205 |
| TOTAL | 402,574 |

Fuente: Jefatura de Área Depto. De Suchitepéquez. Año 2001.

c) **Características sociales y económicas**

i. Cultura:

Respecto al folkllore sobresalen más que todo, las danzas tradicionales como el paso de Zaraguate, el Baile del Venado, el Baile de Moros y el de la Conquista, algunos de los cuales se practican en San Bernardino, Samayac y San Lorenzo.

ii. Aspectos económicos:

La población económicamente activa la constituyen las personas de 10 y más años, la producción agrícola representa el 70% de la producción total del Depto.

Los cultivos de exportación tradicional lo constituyen el café, la caña de azúcar, hule, entre los cultivos de exportación no tradicional está la raíz de Jengibre.

Entre las industrias grandes se encuentran: Ingenio Palo Gordo, Pepsi Cola y fábrica de Jabón El Venado. ♦

♦ Caracterización Del Departamento de Suchitepéquez 1,998.
Delegación departamental de secretaria de la planificación y programación de la presidencia.
I.N.E.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA.

1. Tipo de estudio:

Estudio retrospectivo, descriptivo.

2. Unidad de análisis:

Historias clínicas de los casos de aborto ingresados al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango en el período comprendido del 01 de enero del Año 1,999 al 31 de diciembre del año 2,001.

3. Universo y muestra:

Se incluyeron en el estudio todos los casos con diagnóstico clínico de aborto ingresados al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango, en el periodo comprendido del 01 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del año 2,001.

4. Variables a estudiar:

| VARIABLE | Definición Conceptual | Definición operacional. | Unidad de Medida. | ESCALA DE MEDICION |
|----------------------------------|--|--|---|--------------------|
| INCIDENCIA | Número de casos nuevos durante un período concreto de tiempo. | Número de abortos dividido el número de nacidos vivos por 1,000. | Porcentaje | Numérica |
| Características generales | EDAD CRONOLÓGICA Tiempo que una persona ha vivido. | Años reportados. | Años de vida | Numérica |
| | ESCOLARIDAD: Tiempo que asiste a un centro de enseñanza para llevar en él sus estudios. | Años de estudio completos. | No. de años en primaria. No. de años en secundaria. No. de años en universidad. Alfabeta. Analfabeta. | Numérica |
| | OCUPACIÓN Emplearse en un trabajo, ejercicio o tarea. | Trabajo principal. | Ama de casa. Estudiante. Agricultora. Profesional. Comerciante. Otro_____. | Nominal. |
| | ETNIA Agrupación natural de individuos de igual cultura. | Grupo étnico referido en la historia clínica de la paciente. | Ladina Indígena | Nominal |
| | PROCEDENCIA Lugar geográfico donde reside una persona. | Procedencia según lo refirió la paciente en la historia clínica. | Municipio ó Departamento | Nominal. |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|----------|
| | ESTADO CIVIL Condición de cada individuo respecto a una pareja del sexo opuesto. | Se tomará el estado civil de la paciente anotado en su historia clínica. | Soltera, Casada, Unida, Divorciada, Viuda. | Nominal |
| | RELIGIÓN Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, y de practicas rituales para darle culto. | Religión referida en la historia clínica de la paciente. | Católica Evangélica Testigo de Jehová. Mormona Otras_____. | Nominal |
| Antecedenes Gineco-Obstetricos | GESTAS Número de veces que una mujer ha estado embarazada, incluye mortinatos y abortos. | Número de gestas reportadas. | Número de gestas | Numérica |
| | PARTOS Culminación de un embarazo por vía vaginal o abdominal con un producto viable. | Número de partos anotados en la papeleta. | Número de partos. | Numérica |
| | ABORTO Pérdida espontánea o provocada del producto de la concepción antes de las 28 semanas de gestación o peso fetal inferior a 2 Lbs. | Número de abortos anteriores anotados en la historia clínica. | Número de abortos. | Numérica |

| | | | | |
|------------------------------|--|--|--|-----------|
| | <p>CESAREA Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía transabdominal.</p> | Número de cesáreas anteriores anotadas en la historia clínica. | Número de cesareas. | Numérica. |
| | <p>HIJOS NACIDOS VIVOS Hijos sanos o enfermos que nacieron con vida.</p> | Número de hijos nacidos vivos anotados en la historia clínica de la paciente. | Número de hijos nacidos vivos. | Numérica. |
| | <p>HIJOS NACIDOS MUERTOS Es todo recién nacido que en el momento del nacimiento no se observó ningún signo de vida.</p> | Número de hijos nacidos muertos anotados en la historia clínica de la paciente. | Número de hijos nacidos muertos. | Numérica. |
| ESTANCIA HOSPITALARIA | Período que transcurre desde el ingreso hasta el egreso de una paciente. | Se tomará hora de ingreso y egreso de la paciente | Días y horas de estancia | Numérica |
| TIPO DE ABORTO | Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos o radiológicos. | Se tomara del expediente clínico el diagnóstico de aborto con el cual egreso la paciente | Aborto provocado Espontáneo Diferido Séptico Inevitable Inminente Habitual Completo Incompleto Molar. | Nominal |

| | | | | |
|------------------------|---|---|--|---------|
| Complicaciones. | Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural o en el intento por resolver la misma. | Se tomara del la historia clínica aquellas complicaciones descritas | Rasgaduras Perforación Endometritis Salpingo- oforitis. Peritonitis Septicemia. Shock séptico. No dato. | Nominal |
| TRATAMIENTO | Cuidados y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad | Se tomara del expediente clínico de la paciente | Fármaco- lógico Quirúrgico | Nominal |

5. Plan análisis:

a. Recopilación de la información.

Se revisaron historias clínicas de casos con diagnóstico de aborto ingresados al departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

b. Ejecución de la información.

La información recolectada se tabulo, proceso y analizo a través del paquete estadístico EPI INFO versión 6, para obtener las estadísticas descriptivas (frecuencia y porcentaje), para las diferentes variables.

c. Presentación de resultados.

Concluida la etapa de recopilación, tabulación y procesamiento de datos, se procedió a un análisis de la misma así como a la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

6. Aspectos éticos:

En el siguiente estudio se revisaron expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico clínico de aborto, por lo que la información que se obtuvo será de carácter confidencial. Y por lo tanto se cumplirá con los principios redactados por la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki).

B. RECURSOS:

1. MATERIALES:

- Económicos:

Transporte: 1,300.00 Q.

Otros: 3,000.00 Q.

- Físicos:

Fotocopiadora.

Boleta de recolección de datos

Historiales clínicos.

Mobiliario y útiles de escritorio.

Departamento de Registros Médicos del Hospital Nacional e

I.G.S.S. de Mazatenango.

Computadora e implementos.

- Bibliográficos:

Información recopilado en la biblioteca de:

Facultad de Ciencias Médicas (USAC)

INCAP.

APROFAM.

OPS.

Universidad Francisco Marroquín.

Internet.

Instituto Nacional de Estadística Suchitepéquez.

Jefatura del Área de Salud de Suchitepéquez.

Departamento de Estadística Hospital Nacional de

Mazatenango.

2. Humanos:

- Personal que labora en el departamento de Estadística de dichos centros asistenciales de Mazatenango.
- Personal de bibliotecas.
- Médico Revisor.
- Médico Asesor.
- Jefe de Área de Salud Suchitepéquez.
- Director Del Hospital Nacional de Mazatenango
- Jefe del Depto. De Gineco-Obstetricia del I.G.S.S.
- Director del I.G.S.S. de Suchitepéquez.

C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Gráfica de Gantt)

| ACTIVIDAD | Semanas Marzo | | | | Semanas Abril | | | | Semanas Mayo | | | | Semanas Junio | | | | Semanas Julio | | | |
|--|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|--------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Selección del tema de investigación. | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Elección de Revisor y Asesor. | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Recopilación de Material Bibliográfico. | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Elaboración del protocolo | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Aprobación de protocolo por la unidad de tesis. | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| 6. Ejecución del Trabajo de Campo. | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| 7. Procesamiento de Datos y elaboración de cuadros. | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | |
| 8. Análisis y discusión de resultados. | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| 9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen. | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| 10. Presentación de Informe final. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | |

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

TASA DE ABORTO SEGÚN MUNICIPIO DE PROCEDENCIA Y AÑO, DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO
CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

| Municipio | Año 1,999 | | | Año 2,000 | | | Año 2,001 | | | Total 3 años | | |
|------------------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | f | Nacidos Vivos | Tasa x 1000 | f | Nacidos Vivos | Tasa x 1000 | f | Nacidos Vivos | Tasa x 1000 | f | Nacidos Vivos | Tasa x 1000 |
| Mazatenango | 142 | 1703 | 83.38 | 154 | 1890 | 81.48 | 122 | 1608 | 75.87 | 418 | 5201 | 80.37 |
| Cuyotenango | 69 | 1325 | 52.08 | 77 | 1018 | 75.64 | 65 | 1370 | 47.45 | 211 | 3713 | 56.83 |
| Sn. Fco. Zapotitlán | 28 | 562 | 49.82 | 24 | 563 | 42.63 | 33 | 551 | 59.89 | 85 | 1676 | 50.72 |
| Sn. Bernardino | 18 | 275 | 65.45 | 17 | 297 | 57.24 | 20 | 282 | 70.92 | 55 | 854 | 64.40 |
| Sn. José el Idolo | 8 | 256 | 31.25 | 10 | 225 | 44.44 | 4 | 213 | 18.78 | 22 | 694 | 31.70 |
| Sto. Domingo | 34 | 1013 | 33.56 | 25 | 1142 | 21.89 | 34 | 1099 | 30.94 | 93 | 3254 | 28.58 |
| Sn. Lorenzo | 12 | 356 | 33.71 | 16 | 418 | 38.28 | 23 | 339 | 67.85 | 51 | 1113 | 45.82 |
| Samayac | 36 | 458 | 78.60 | 44 | 437 | 100.69 | 55 | 350 | 157.14 | 135 | 1245 | 108.43 |
| Sn. Pablo Jocopilas | 49 | 459 | 106.75 | 32 | 513 | 62.38 | 32 | 428 | 74.77 | 113 | 1400 | 80.71 |
| Sn Antonio | 67 | 1282 | 52.26 | 66 | 1419 | 46.51 | 75 | 1145 | 65.50 | 208 | 3846 | 54.08 |
| Sn. Miguel Panám | 3 | 301 | 9.97 | 11 | 260 | 42.31 | 8 | 202 | 39.60 | 22 | 763 | 28.83 |
| Sn. Gabriel | 5 | 114 | 43.86 | 4 | 130 | 30.77 | 4 | 130 | 30.77 | 13 | 374 | 34.76 |
| Chicacao | 53 | 1813 | 29.23 | 36 | 1864 | 19.31 | 65 | 1680 | 38.69 | 154 | 5357 | 28.75 |
| Patulul | 18 | 965 | 18.65 | 23 | 1076 | 21.38 | 19 | 990 | 19.19 | 60 | 3031 | 19.80 |
| Sta. Bárbara | 4 | 747 | 5.35 | 8 | 727 | 11.00 | 1 | 678 | 1.47 | 13 | 2152 | 6.04 |
| Sn Juan Bautista | 1 | 155 | 6.45 | 1 | 166 | 6.02 | 0 | 138 | 0.00 | 2 | 459 | 4.36 |
| Sto. Tomás La Unión | 9 | 343 | 26.24 | 11 | 341 | 32.26 | 10 | 247 | 40.49 | 30 | 931 | 32.22 |
| Zunilito | 15 | 164 | 91.46 | 12 | 151 | 79.47 | 11 | 185 | 59.46 | 38 | 500 | 76.00 |
| Pueblo Nuevo | 10 | 301 | 33.22 | 3 | 293 | 10.24 | 10 | 308 | 32.47 | 23 | 902 | 25.50 |
| Rio Bravo | 5 | 585 | 8.55 | 7 | 602 | 11.63 | 2 | 520 | 3.85 | 14 | 1707 | 8.20 |
| Otros Deptos. | 72 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 | 86 | 0 | 0 | 238 | 0 | 0 |
| No Dato | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Total | 660 | 13177 | | 661 | 13532 | | 679 | 12463 | | 2000 | 39172 | |
| Tasa del Depto. | 586 | 13,177 | 44.47 | 581 | 13,532 | 42.94 | 593 | 12,463 | 47.58 | 1760 | 39,172 | 44.93 |

Nota: para estimar la tasa de abortos por años del depto. De suchitepequez se restaron las frecuencias de los otros depto. y los No Dato.

Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección Area de Salud y Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango, Suchitepéquez.

CUADRO 2

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Tipo de Aborto | Frecuencia | % |
|-----------------------|-------------------|----------|
| Completo | 17 | 0.85 |
| Diferido | 159 | 7.95 |
| habitual | 9 | 0.45 |
| Incompleto | 1598 | 79.90 |
| Inevitable | 24 | 1.20 |
| Molar | 41 | 2.05 |
| Provocado | 15 | 0.75 |
| Séptico | 137 | 6.85 |
| TOTAL | 2000 | 100 |

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 3

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS AL MOMENTO DEL ABORTO, PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Edad Gestacional | Frecuencia | % |
|-------------------------|-------------------|----------|
| 4-8 Sem. | 270 | 13.50 |
| 9-13 Sem. | 902 | 45.10 |
| 14-18 Sem. | 167 | 8.35 |
| > de 19 Sem. | 68 | 3.40 |
| No Dato | 593 | 29.65 |
| TOTAL | 2000 | 100.00 |

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD Y ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPEQUEZ, EN EL PERIODO DE 01 DE ENERO DE 1,999 A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Años de Edad | Numero de Pacientes | % | Casada | % | Divorciada | % | Soltera | % | Unida | % | Viuda | % | No Dato Estado Civil | % |
|---------------------|----------------------------|----------|---------------|----------|-------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|-----------------------------|----------|
| 10-14 | 22 | 1.10 | 6 | 0.30 | 0 | 0 | 6 | 0.30 | 8 | 0.40 | 0 | 0 | 2 | 0.10 |
| 15-19 | 348 | 17.40 | 139 | 6.95 | 1 | 0.05 | 51 | 2.55 | 138 | 6.90 | 0 | 0 | 19 | 0.95 |
| 20-24 | 476 | 23.80 | 220 | 11.00 | 0 | 0 | 51 | 2.55 | 194 | 9.70 | 1 | 0.05 | 10 | 0.50 |
| 25-29 | 401 | 20.05 | 195 | 9.75 | 0 | 0 | 37 | 1.85 | 152 | 7.60 | 1 | 0.05 | 16 | 0.80 |
| 30-34 | 325 | 16.25 | 183 | 9.15 | 0 | 0 | 20 | 1.00 | 105 | 5.25 | 1 | 0.05 | 16 | 0.80 |
| 35-39 | 260 | 13.00 | 147 | 7.35 | 0 | 0 | 13 | 0.65 | 83 | 4.15 | 1 | 0.05 | 16 | 0.80 |
| 40-44 | 147 | 7.35 | 91 | 4.55 | 0 | 0 | 6 | 0.30 | 42 | 2.10 | 1 | 0.05 | 7 | 0.35 |
| 45-49 | 20 | 1.00 | 12 | 0.60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0.30 | 0 | 0 | 2 | 0.10 |
| 50-54 | 1 | 0.05 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.05 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 2000 | 100 | 993 | 49.65 | 1 | 0.05 | 184 | 9.2 | 729 | 36.45 | 5 | 0.25 | 88 | 4.40 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico deL Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRUPO ETNICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Grupo Etnico | Frecuencia | % |
|---------------------|-------------------|----------|
| Ladina | 5 | 0.25 |
| No Dato | 1995 | 99.75 |
| Total | 2000 | 100 |

Fuente: Depto. De Registros y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR RELIGION EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Religion | Frecuencia | % |
|-------------------|-------------------|----------|
| Católica | 9 | 0.45 |
| Evangélica | 11 | 0.55 |
| No Dato | 1980 | 99.00 |
| Total | 2000 | 100 |

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

| Años de Escolaridad | Primaria | | Secundaria | | Universidad | | Alfabeta | | Analfabeta | | Total | |
|---------------------|------------|------|------------|------|-------------|------|------------|------|------------|------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| 1 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.05 |
| 2 | 6 | 0.30 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 6 | 0.30 |
| 3 | 5 | 0.25 | 6 | 0.30 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 11 | 0.55 |
| 4 | 2 | 0.10 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 3 | 0.15 |
| 5 | 3 | 0.15 | 1 | 0.05 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 5 | 0.25 |
| 6 | 8 | 0.40 | 14 | 0.70 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 22 | 1.10 |
| SI | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 58 | 2.90 | 59 | 2.95 | 117 | 5.85 |
| No Dato | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1,835 | 91.75 |
| Total | 25 | 1.25 | 22 | 1.10 | 1 | 0.05 | 58 | 2.90 | 59 | 2.95 | 165 | 8.25 |

Fuente: Depto de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ESCOLARIDAD SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE
MAZATENANGO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Edad | Primaria | | Secundaria | | Universidad | | Alfabeta | | Analfabeta | | Total | |
|----------------|------------|-------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| 10-14 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.61 | 0 | 0.00 | 1 | 0.61 |
| 15-19 | 3 | 1.82 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 9 | 5.45 | 5 | 3.03 | 17 | 10.30 |
| 20-24 | 9 | 5.45 | 3 | 1.82 | 0 | 0.00 | 10 | 6.06 | 10 | 6.06 | 32 | 19.39 |
| 25-29 | 5 | 3.03 | 10 | 6.06 | 0 | 0.00 | 18 | 10.91 | 12 | 7.27 | 45 | 27.27 |
| 30-34 | 3 | 1.82 | 6 | 3.64 | 1 | 0.61 | 10 | 6.06 | 13 | 7.88 | 33 | 20.00 |
| 35-39 | 2 | 1.21 | 1 | 0.61 | 0 | 0.00 | 8 | 4.85 | 8 | 4.85 | 19 | 11.52 |
| 40-44 | 3 | 1.82 | 2 | 1.21 | 0 | 0.00 | 2 | 1.21 | 10 | 6.06 | 17 | 10.30 |
| 45-49 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.61 | 1 | 0.61 |
| Total | 25 | 15.15 | 22 | 13.33 | 1 | 0.61 | 58 | 35.15 | 59 | 35.76 | 165 | 100 |
| No Dato | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1,835 | 91.75 |

Nota: las 165 boletas representan el 8.25% del total de casos y las 1,835 boletas que no tienen dato representan el 91.75%.

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE OCUPACION SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO
CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Años de Edad | Numero de Pacientes | % | Agricultora | % | Ama de Casa | % | Comerciante | % | Estudiante | % | Profesional | % | Enfermera Auxiliar | % | Oficios Domesticos | % | No Dato de Ocupacion | % |
|--------------|---------------------|-------|-------------|------|-------------|-------|-------------|------|------------|------|-------------|------|--------------------|------|--------------------|------|----------------------|------|
| 10-14 | 22 | 1.10 | 0 | 0.00 | 16 | 0.8 | 0 | 0.00 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0 | 5 | 0.25 |
| 15-19 | 348 | 17.40 | 1 | 0.05 | 315 | 15.75 | 0 | 0.00 | 2 | 0.10 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 9 | 0.45 | 20 | 1.00 |
| 20-24 | 476 | 23.80 | 1 | 0.05 | 431 | 21.55 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 7 | 0.35 | 0 | 0.00 | 6 | 0.30 | 31 | 1.55 |
| 25-29 | 401 | 20.05 | 0 | 0.00 | 337 | 16.85 | 2 | 0.10 | 0 | 0.00 | 11 | 0.55 | 5 | 0.25 | 12 | 0.60 | 34 | 1.70 |
| 30-34 | 325 | 16.25 | 0 | 0.00 | 276 | 13.8 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 9 | 0.45 | 1 | 0.05 | 6 | 0.30 | 32 | 1.60 |
| 35-39 | 260 | 13.00 | 2 | 0.10 | 221 | 11.05 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 3 | 0.15 | 2 | 0.10 | 4 | 0.20 | 27 | 1.35 |
| 40-44 | 147 | 7.35 | 1 | 0.05 | 126 | 6.3 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.10 | 0 | 0.00 | 6 | 0.30 | 12 | 0.60 |
| 45-49 | 20 | 1.00 | 1 | 0.05 | 19 | 0.95 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| 50-54 | 1 | 0.05 | 0 | 0 | 1 | 0.05 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 2000 | 100 | 6 | 0.3 | 1742 | 87.1 | 4 | 0.2 | 3 | 0.15 | 33 | 1.65 | 8 | 0.4 | 43 | 2.15 | 161 | 8.05 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango, Suchitepéquez.

CUADRO 10

NUMERO DE ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO
EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, EN EL PERIODO DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| No. De Eventos Por Persona | Gestas | | Partos | | Abortos | | Cesareas | | Hijos Vivos | | Hijos Muertos | |
|-------------------------------|------------|--------|------------|-------|------------|-------|------------|------|-------------|-------|---------------|------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| 0 | 262 | 13.10 | 0 | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 1 | 315 | 15.75 | 322 | 16.10 | 319 | 15.95 | 76 | 3.80 | 360 | 18.00 | 74 | 3.70 |
| 2-4 | 668 | 33.40 | 626 | 31.30 | 122 | 6.10 | 25 | 1.25 | 665 | 33.25 | 36 | 1.80 |
| 5-15 | 501 | 25.05 | 429 | 21.45 | 2 | 0.10 | 0 | 0.00 | 413 | 20.65 | 2 | 0.10 |
| No Dato | 254 | 12.70 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Total | 2000 | 100.00 | 1377 | 68.85 | 443 | 22.15 | 101 | 5.05 | 1438 | 71.90 | 112 | 5.60 |

Fuente: Depto de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 11

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO
DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

| Edad | Gestas | | | | Partos | | | | Abortos | | | | Cesareas | | | | Hijos Vivos | | | | Hijos Muertos | | | |
|--------------|--------|-----|-----|------|--------|-----|-----|------|---------|-----|-----|-----|----------|----|----|---|-------------|-----|-----|------|---------------|----|-----|-----|
| | 0 | 1 | 2-4 | 5-15 | 0 | 1 | 2-4 | 5-15 | 0 | 1 | 2-4 | 5-6 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2-4 | 5-15 | 0 | 1 | 2-4 | 5-8 |
| 10-14 | 12 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15-19 | 146 | 106 | 33 | 2 | 0 | 85 | 23 | 1 | 0 | 27 | 5 | 0 | 0 | 11 | 1 | 0 | 0 | 94 | 23 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| 20-24 | 77 | 127 | 204 | 13 | 0 | 126 | 172 | 8 | 0 | 63 | 8 | 1 | 0 | 30 | 3 | 2 | 0 | 145 | 179 | 7 | 0 | 13 | 2 | 0 |
| 25-29 | 18 | 54 | 238 | 54 | 0 | 68 | 223 | 35 | 0 | 74 | 17 | 0 | 0 | 16 | 9 | 0 | 0 | 81 | 232 | 30 | 0 | 24 | 5 | 0 |
| 30-34 | 4 | 12 | 124 | 135 | 0 | 23 | 132 | 107 | 0 | 62 | 31 | 0 | 0 | 12 | 5 | 0 | 0 | 21 | 143 | 105 | 0 | 14 | 6 | 0 |
| 35-39 | 5 | 9 | 53 | 164 | 0 | 14 | 59 | 148 | 0 | 52 | 37 | 0 | 0 | 3 | 4 | 1 | 0 | 13 | 69 | 142 | 0 | 9 | 10 | 1 |
| 40-44 | 0 | 6 | 12 | 114 | 0 | 6 | 13 | 111 | 0 | 30 | 22 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 6 | 15 | 109 | 0 | 10 | 12 | 0 |
| 45-49 | 0 | 0 | 2 | 17 | 0 | 0 | 2 | 17 | 0 | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 17 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 50-54 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 262 | 315 | 668 | 501 | 0 | 322 | 626 | 429 | 0 | 319 | 122 | 2 | 0 | 76 | 22 | 3 | 0 | 360 | 665 | 413 | 0 | 74 | 36 | 2 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 12

TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Tratamiento | Farmacologico | % | Legrado | % | Otro quirúrgico | % |
|-----------------------|----------------------|----------|----------------|----------|------------------------|----------|
| SI | 1997 | 99.85 | 1970 | 98.50 | 8 | 0.40 |
| NO | 3 | 0.15 | 30 | 1.50 | 1992 | 99.60 |
| AMEU | - | - | 66 | 3.30 | - | - |
| LIU | - | - | 1904 | 95.20 | - | - |
| Antibiotico | 448 | 22.40 | - | - | - | - |
| Reposicion L/E | 1996 | 99.80 | - | - | - | - |
| Transfusiones | 89 | 4.45 | - | - | - | - |
| Analgesicos | 1827 | 91.35 | - | - | - | - |
| Sedantes | 36 | 1.80 | - | - | - | - |
| Fenobarbital | 339 | 16.95 | - | - | - | - |

Nota: otro quirúrgico representa las cirugias efectuadas por complicaciones.

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango, suchitepéquez.

CUADRO 13

TRATAMIENTO QUIRURGICO SEGÚN TIPO DE ABORTO EN PACIENTES CON
DÍAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE
MAZATENANGO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO
2,001

| Tipo de Aborto | Legrado | | | | | | | | Otro Quirúrgico | | | |
|-------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|------------|-----------------|-------------|----------|------------|
| | NO | % | SI | % | LIU | % | AMEU | % | NO | % | SI | % |
| Completo | 17 | 0.85 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 17 | 0.85 | 0 | 0.00 |
| Diferido | 3 | 0.15 | 156 | 7.80 | 149 | 7.45 | 7 | 0.35 | 157 | 7.85 | 2 | 0.10 |
| Habitual | 0 | 0.00 | 9 | 0.45 | 8 | 0.40 | 1 | 0.05 | 9 | 0.45 | 0 | 0.00 |
| Incompleto | 7 | 0.35 | 1591 | 79.55 | 1539 | 76.95 | 52 | 2.60 | 1595 | 79.75 | 3 | 0.15 |
| Inevitable | 0 | 0.00 | 24 | 1.20 | 24 | 1.20 | 0 | 0.00 | 24 | 1.20 | 0 | 0.00 |
| Molar | 1 | 0.05 | 40 | 2.00 | 37 | 1.85 | 3 | 0.15 | 41 | 2.05 | 0 | 0.00 |
| Provocado | 1 | 0.05 | 14 | 0.70 | 14 | 0.70 | 0 | 0.00 | 14 | 0.70 | 1 | 0.05 |
| Séptico | 1 | 0.05 | 136 | 6.80 | 133 | 6.65 | 3 | 0.15 | 135 | 6.75 | 2 | 0.10 |
| Total | 30 | 1.5 | 1970 | 98.5 | 1904 | 95.2 | 66 | 3.3 | 1992 | 99.6 | 8 | 0.4 |

Nota: Otro quirúrgico representa las cirugías efectuadas por las complicaciones de aborto

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 14

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN TIPO DE ABORTO EN PACIENTES CON DÍAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

| Tipo de Aborto | Farmacologico | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------|-------------|-------------|---------------|-------------|
| | NO | % | SI | % | Antibiotico | % | Fenobarbital | % | Analgesico | % | Sedantes | % | L/E | % | Transfuciones | % |
| Completo | 1 | 0.05 | 16 | 0.80 | 3 | 0.15 | 1 | 0.05 | 15 | 0.75 | 0 | 0.00 | 16 | 0.80 | 1 | 0.05 |
| Diferido | 1 | 0.05 | 158 | 7.90 | 31 | 1.55 | 44 | 2.20 | 142 | 7.10 | 5 | 0.25 | 158 | 7.90 | 4 | 0.20 |
| Habitual | 0 | 0.00 | 9 | 0.45 | 1 | 0.05 | 3 | 0.15 | 8 | 0.40 | 1 | 0.05 | 9 | 0.45 | 0 | 0.00 |
| Incompleto | 1 | 0.05 | 1597 | 79.85 | 253 | 12.65 | 272 | 13.60 | 1450 | 72.50 | 26 | 1.30 | 1597 | 79.85 | 63 | 3.15 |
| Inevitable | 0 | 0.00 | 24 | 1.20 | 6 | 0.30 | 7 | 0.35 | 24 | 1.20 | 0 | 0.00 | 24 | 1.20 | 3 | 0.15 |
| Molar | 0 | 0.00 | 41 | 2.05 | 4 | 0.20 | 4 | 0.20 | 39 | 1.95 | 0 | 0.00 | 41 | 2.05 | 8 | 0.40 |
| Provocado | 0 | 0.00 | 15 | 0.75 | 14 | 0.70 | 0 | 0.00 | 15 | 0.75 | 0 | 0.00 | 15 | 0.75 | 2 | 0.10 |
| Séptico | 0 | 0.00 | 137 | 6.85 | 136 | 6.80 | 8 | 0.40 | 134 | 6.70 | 4 | 0.20 | 137 | 6.85 | 8 | 0.40 |
| Total | 3 | 0.15 | 1997 | 99.9 | 448 | 22.4 | 339 | 17 | 1827 | 91.4 | 36 | 1.8 | 1997 | 99.9 | 89 | 4.45 |

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 15

COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE ABORTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO
EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO EN EL PERIODO DE
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

| Tipo de Aborto | COMPLICACIONES | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|----------|------------|
| | SI | % | NO | % | Perforacion | % | Endometritis | % | Peritonitis | % | Shock Septico | % | No Dato | % |
| Completo | 0 | 0.00 | 17 | 0.85 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Diferido | 8 | 0.40 | 151 | 7.55 | 0 | 0.00 | 7 | 0.35 | 1 | 0.05 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 |
| Habitual | 0 | 0.00 | 9 | 0.45 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Incompleto | 27 | 1.35 | 1571 | 78.55 | 2 | 0.10 | 18 | 0.90 | 2 | 0.10 | 1 | 0.05 | 4 | 0.20 |
| Inevitable | 0 | 0.00 | 24 | 1.20 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Molar | 0 | 0.00 | 41 | 2.05 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Provocado | 5 | 0.25 | 10 | 0.50 | 1 | 0.05 | 2 | 0.10 | 1 | 0.05 | 2 | 0.10 | 0 | 0.00 |
| Séptico | 3 | 0.15 | 134 | 6.70 | 0 | 0.00 | 1 | 0.05 | 0 | 0.00 | 2 | 0.10 | 0 | 0.00 |
| Total | 43 | 2.15 | 1957 | 97.85 | 3 | 0.15 | 28 | 1.4 | 4 | 0.2 | 6 | 0.3 | 4 | 0.2 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 16

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Tipo de Tratamiento | F | % |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Laparatomia | 7 | 0.35 |
| Corrección de Perforación | 1 | 0.05 |
| Antibióticos | 16 | 0.80 |
| Histerectomia | 4 | 0.20 |
| LIU | 14 | 0.70 |
| Transfusión | 2 | 0.10 |
| Traslado a IGSS | 1 | 0.05 |
| Tratamiento Conservador | 1 | 0.05 |
| No Dato | 2 | 0.10 |
| Total | 48 | 2.40 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Mazatenango, Suhitepéquez.

CUADRO 17

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ABORTO EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO,
SUCHITEPÉQUEZ, EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

| Días | Completo | Diferido | Habitual | Incompleto | Inevitable | Molar | Provocado | Séptico | Total |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| 1 | 4 | 39 | 3 | 696 | 10 | 11 | 6 | 42 | 811 |
| 2 | 3 | 40 | 0 | 244 | 4 | 10 | 2 | 41 | 344 |
| 3 | 0 | 24 | 1 | 82 | 3 | 4 | 3 | 22 | 139 |
| 4 | 3 | 16 | 0 | 49 | 2 | 7 | 0 | 9 | 86 |
| 5 | 2 | 9 | 1 | 26 | 0 | 3 | 1 | 7 | 49 |
| 6 | 0 | 3 | 0 | 14 | 1 | 3 | 0 | 1 | 22 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 12 |
| 8 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| 9 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| 10 20 | 0 | 5 | 1 | 5 | 0 | 1 | 2 | 2 | 16 |
| Total | 13 | 138 | 7 | 1131 | 21 | 41 | 14 | 128 | 1493 |
| Estancia Hospitalaria | 3 | 2.98 | 4.86 | 1.8 | 2.28 | 3.22 | 3.93 | 2.5 | 2.05 |

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 18

HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ABORTO EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE ESTUVIERON MENOS DE UN DIA DE ESTANCIA
EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO, SUCHITEPÉQUEZ, DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Horas | Completo | Diferido | Habitual | Incompleto | Inevitable | Molar | Provocado | Séptico | Total |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| 0 | 13 | 138 | 7 | 1131 | 21 | 41 | 14 | 128 | 1493 |
| 4-8 | 0 | 2 | 1 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| 9-13 | 0 | 0 | 0 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 67 |
| 14-18 | 2 | 6 | 1 | 160 | 2 | 0 | 1 | 4 | 176 |
| 19-23 | 2 | 13 | 0 | 222 | 1 | 0 | 0 | 5 | 243 |
| Total | 17 | 159 | 9 | 1598 | 24 | 41 | 15 | 137 | 2,000 |
| Estancia Hospitalaria promedio en horas | | | | | | | | | 17 |

NOTA: La hora **0** representa los pacientes que estuvieron un día y más de estancia hospitalaria.

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

CUADRO 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE OBSERVACIONES ANOTADAS EN BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL E IGSS DE MAZATENANGO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

| Observaciones | Frecuencias | % |
|--------------------------------------|-------------|------------|
| Embarazo anembrionico | 49 | 2.45 |
| Segundo DX. Anemia | 23 | 1.15 |
| Egreso contra indicado | 20 | 1.00 |
| Manipulada por comadrona | 12 | 0.60 |
| LIU anterior Incmpleto | 10 | 0.50 |
| Segundo DX. ITU | 8 | 0.40 |
| Segundo DX. Shock hipovolemico | 8 | 0.40 |
| Paciente fugado | 7 | 0.35 |
| Provocado por comadrona | 5 | 0.25 |
| Mola grado 1. | 4 | 0.20 |
| Segundo DX. Paludismo | 3 | 0.15 |
| Segundo DX. Papilomatosis vulvar | 3 | 0.15 |
| Aborto provocado con inyeccion | 2 | 0.10 |
| Antecedente de abuso sexual | 2 | 0.10 |
| Feto con anencefalia por USG | 2 | 0.10 |
| Paciente rechazo tratamiento | 2 | 0.10 |
| Segundo DX. Diabetes mellitus | 2 | 0.10 |
| Traslada al IGSS | 2 | 0.10 |
| Trauma abdominal | 2 | 0.10 |
| Aborto gemelar completo | 1 | 0.05 |
| Antecedente de Aborto Gemelar | 1 | 0.05 |
| Antecedente de embarazo ectopico | 1 | 0.05 |
| Defunción | 1 | 0.05 |
| Incompetencia cervical | 1 | 0.05 |
| Segundo DX. Crisis asmática | 1 | 0.05 |
| Segundo DX. Desnutrición | 1 | 0.05 |
| Segundo DX. Sífilis primaria | 1 | 0.05 |
| Segundo DX. Síndrome diarreico agudo | 1 | 0.05 |
| VIH positivo | 1 | 0.05 |
| Total | 176 | 8.8 |

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico del Hospital Nacional e IGSS de Mazatenango.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el Hospital Nacional e IGSS del Departamento de Suchitepéquez se diagnosticaron 2,000 casos de aborto en el período delimitado sin tomar en cuenta aquellos casos cuyo expediente clínico no se encontró en los Archivos Médicos.

La tasa de aborto expresada por cada 1,000 nacidos vivos en el Departamento de Suchitepéquez durante el período de estudio fue de 44.93, encontrando que en el año 2,001 la tasa de abortos supero los dos años anteriores de estudio con una tasa de 47.58 por cada 1,000 nacidos vivos, lo anterior es bastante desalentador puesto que el aborto es una de las principales causas de muerte materna en nuestro país y la tasa sigue en aumento. (15)

En cuanto a la tasa de aborto por municipio de procedencia se encontró que Samayac tiene la tasa más alta (106.43 por mil nacidos vivos) seguida de San Pablo Jocopilas (80.71) y Mazatenango (80.37), el municipio que tiene la tasa más baja de aborto es San Juan Bautista (4.36).

Se puede considerar que los municipios con mayor tasa de aborto son aquellos que se encuentran con mayor número de población y cuya distancia de estos municipios a dichos centros hospitalarios es corta y accesible lo que facilita un mayor registro de estos casos en los hospitales, lo contrario sucede con los municipios que tienen una tasa de aborto baja ya que la distancia larga, inaccesibilidad, falta de transporte y poca población determinan que la tasa sea baja en comparación de los demás.

Se registraron 72 casos de aborto provenientes de Sololá, Retalhuleu y Escuintla lo cual puede deberse a que dichos departamentos colindan con Suchitepéquez y su accesibilidad, transporte y distancia a Mazatenango es mejor para las pacientes. **(Cuadro 1)**

Según el tipo de aborto presentado el más frecuentemente diagnosticado es el aborto incompleto (79.90%) seguido de aborto diferido (7.95%) y aborto séptico (6.85%). Es importante tomar en cuenta que los médicos no reportaron el origen del aborto (espontáneo o provocado) y solamente se encontró 0.75% de abortos provocados lo cual también puede deberse a las condiciones en que se practica el aborto y a las sanciones legales, sociales y religiosas que impiden que la mujer proporcione con libertad información confiable sobre los embarazos terminados en abortos voluntarios por lo tanto resulta difícil hacer estimaciones precisas de su incidencia. Respecto a la alta incidencia de abortos sépticos es de recordar que casi siempre este tipo de aborto se asocia a abortos provocados por lo tanto es de tomar en cuenta que en algunos casos este tipo de aborto puede pasar ignorado o ser contabilizado como aborto espontáneo ó séptico. (19) **(Cuadro 2)**

En un 45.10% de los casos de aborto la edad del producto de la gestación fue entre 9-13 semanas por lo tanto podemos decir que el mismo porcentaje de abortos según la época y edad de gestación se clasifican en aborto fetal precoz.

El 29.65% de historias clínicas no se especifica la edad del producto de la gestación lo que nos indica que los médicos no interrogan y examinan a conciencia a las pacientes o bien que las pacientes no brindan información con respecto a la fecha de su última regla. **(Cuadro 3)**

El aborto puede presentarse a cualquier edad en la madre gestante puesto que las causas que condicionan a ello son diversas y pueden en algún momento del embarazo presentarse, en este estudio el grupo etareo que presento mayor número de casos de aborto está comprendido entre 20-24 años (23.80%) seguido de 25-29 años, posiblemente porque son las

pacientes con mayor vida sexual activa y reproductiva y el número de casos disminuye conforme aumenta la edad de las pacientes. (6, 10)

Del total de casos de aborto con respecto al estado civil el 49.65% se encontraban casadas seguido de 36.45% se encontraban unidas por lo tanto el 86.10% de las pacientes se encontraban con apoyo tanto sentimental como económico por parte de su pareja.

El 4.40% de historias clínicas no tenían anotado el estado civil de las pacientes. **(Cuadro 4)**

Del total de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto el 99.75% no tenían anotado grupo étnico y solamente 0.25% eran Ladinas, basándose en lo anterior podemos decir que la muestra no es representativa para determinar el grupo étnico con mayor frecuencia de aborto y que los médicos no hacen una historia clínica completa o bien que las pacientes no expresan el grupo étnico al que pertenecen. **(Cuadro 5)**

Un estudio realizado en Centro América informa que los grupos de mujeres con mayor incidencia de abortos pertenecían a la religión Católica. En este estudio el 99% de casos no tenían anotado en la historia clínica la religión de las pacientes y en los casos donde si se anotó de encontró que el mayor porcentaje pertenecía a la religión Evangélica (0.55%), por lo que basándose en lo anterior se puede decir que la muestra no es representativa para determinar la religión de pacientes con mayor frecuencia de abortos. (1, 5, 6, 33)

Con respecto al alto porcentaje de historias clínicas sin datos se puede deber a que los médicos no preguntan porque no lo consideran importante para el diagnóstico y manejo o bien porque la demanda de pacientes en los hospitales no permite brindar suficiente tiempo a los médicos para hacer una historia clínica completa y que las pacientes según la religión que practican y las sanciones que esta impone en el ámbito social no permiten que la paciente proporcione con libertad información confiable. **(Cuadro 6)**

El 8.25% de pacientes tenían anotado en la historia clínica la escolaridad y de ellas el 2.95% eran analfabetas seguida de alfabetas (2.90%). El 91.75% no tenían anotado la escolaridad por lo tanto podemos decir que a pesar que la muestra no es muy representativa el analfabetismo o con ningún año de escolaridad (alfabeta) es el que mayor frecuencia tiene en pacientes que abortan. (1, 5, 6, 33)

Las pacientes entre 20-44 años de edad son las que presentaron mayor frecuencia de analfabetismo y alfabetismo lo que se puede relacionar que a esta edad es donde se presentó una frecuencia alta de casos de aborto por lo que se asume que la mujer de baja escolaridad, tiene menor oportunidad de obtener información sobre planificación familiar ó si la tiene, puede que aquella no sea suficiente, necesaria ó adecuada para su nivel de comprensión. **(Cuadro 7 y 8)**

Con respecto a la ocupación de las pacientes el 87.1% es ama de casa y con una mayor frecuencia de casos entre la edad de 15-39 años que es donde se encontró la mayor frecuencia de abortos, seguido de un 2.15% de pacientes que se dedican a oficios domésticos por lo que tales actividades no proporcionan estabilidad laboral y económica a la mujer y es un factor en la paciente que contribuye en varios aspectos a que se desencadene con mayor frecuencia el aborto. **(Cuadro 9)**

En cuanto a antecedentes Gineco-Obstétricos el 33.40% eran multigestas, 31.3% de pacientes Múltiparas con mayor frecuencia entre la edad de 15-39 años seguido de 21.45 % de pacientes Gran Múltiparas.

El 22.15% de las pacientes tenían antecedentes de aborto con una frecuencia mayor entre la edad de 15-39 años por lo tanto podemos decir que la multiparidad y los antecedentes de abortos son un factor de riesgo que contribuyen a que un embarazo culmine en aborto, así mismo las pacientes jóvenes ya eran multigestantes antes del aborto lo que nos dice que las pacientes no tienen conocimiento de Planificación Familiar y Salud Reproductiva. **(Cuadro 10 y 11)**

Con respecto al tratamiento quirúrgico el 98.5% de pacientes amerito legrado con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de aborto incompleto, de los legrados realizados 95.2% fue LIU y 3.3% AMEU.

La frecuencia baja de AMEU se debe a que se comenzó a realizar hace más o menos un año en el Hospital Nacional y que el IGSS no realiza dicho tratamiento quirúrgico.

El aborto séptico, incompleto y diferido fueron los que ameritaron con mayor frecuencia otro tipo de tratamiento quirúrgicos debido a que los mismos fueron los que tuvieron complicaciones. **(Cuadro 12 y 13)**

El 99.85% de pacientes ameritaron tratamiento farmacológico brindando con mayor frecuencia reposición de líquidos y electrolitos (99.80%) y analgésicos (91.35%), el tipo de aborto que más amerito tratamiento farmacológico fue el incompleto (12.65%) lo cual se puede deber a que fue el aborto más frecuentemente diagnosticado y se le brindo tratamiento profiláctico, el segundo que más amerito tratamiento fue el aborto Séptico (6.80%).

El 3.15% de pacientes con aborto incompleto amerito transfusión seguido del aborto Molar y Séptico en un 0.40%, de las pacientes que ameritaron transfusión muchas de ellas tenían hemorragia profusa o hematocrito bajo. **(Cuadro 12 y 14)**

De las pacientes con diagnóstico clínico de aborto se presentaron complicaciones en un 2.15% con una frecuencia mayor en el aborto incompleto (1.35%) lo cual se puede explicar a que las pacientes no tuvieron tratamiento adecuado puesto que en un 0.50% de pacientes se les realizo LIU incompleto y posteriormente muchas de ellas reingresaron con diagnóstico clínico de endometritis ó bien ellas no consultaron tempranamente a los hospitales para su tratamiento ó posiblemente fueron manipuladas por comadrona. **(Cuadro No.19)**.

La complicación más presentada fue endometritis (1.4%) seguida de shock séptico (0.3%) teniendo una mayor frecuencia en el aborto Provocado y Séptico (0.10%) lo cual es de esperarse ya que las pacientes son manipuladas por comadronas que no llevan a cabo técnicas asépticas.

Respecto al tratamiento de las complicaciones 0.80% recibió con mayor frecuencia antibióticos seguido de LIU (0.70%) lo cual se puede deber a que las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron endometritis y shock séptico y que un número bastante significativo de pacientes se les realizo LIU incompleto (10 pacientes) y por lo tanto tuvieron que legarlas. En algunos casos las pacientes también ameritaron una combinación de los tratamientos más frecuentemente brindados.

En un 0.10% de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto que se complicaron no se especifico el tratamiento (0.10%) ni la complicación (0.2%).

(Cuadro 15 y 16)

La estancia hospitalaria promedio en días por paciente con diagnóstico de aborto fue 2.75 días siendo el aborto Habitual (4.86 días) el que más días de estancia hospitalaria presento ya que en muchos casos entran como amenazas de aborto y conforme se les hacen los estudios pertinentes el tiempo de estancia es mayor, el aborto que en segundo lugar presento mayor

estancia fue el aborto provocado lo cual se puede deber a las complicaciones que dichas pacientes presentaron. El 25.35% de las pacientes tuvieron estancia hospitalaria menor de 24 horas.

Basándose en lo anterior podemos decir que la paciente entre más días de estancia hospitalaria cumpla mayor es el gasto económico que representa para el hospital y la familia de la paciente. **(Cuadro 17 y 18)**

El hallazgo morfológico más frecuente en los abortos espontáneos tempranos es la anomalía del desarrollo del cigoto del embrión o del feto temprano. (12, 13)

Del total de pacientes con diagnóstico de aborto al 2.45% se le diagnóstico embarazo anembrionario lo cual nos indica que esta fue una de las causas que estuvieron asociadas al aborto en algunas pacientes y más aun cuando tenemos una muestra que nos indica que el 45.10% de abortos fueron fetales precoces. **(Cuadro No. 10)**

Las pacientes que se les diagnóstico aborto tenían como segundo diagnóstico más frecuente anemia (1.15%), basándose en lo anterior podemos decir que las causas que fueron asociadas al aborto reportadas en nuestro estudio fueron embarazo anembrionario, anemia, paludismo, diabetes mellitus, trauma abdominal, incompetencia cervical, desnutrición y sífilis primaria.

El 1% de las pacientes pidió egreso contraindicado por razones no descritas en la papeleta, 0.60% de las pacientes fueron manipuladas por comadronas y 0.25% de los abortos fueron provocados por comadronas por lo tanto las comadronas a nivel departamental son las que en mayor frecuencia se prestaron para realizar abortos y pudiera ser que no aparecen reportados los casos de abortos provocados por médicos debido a que ellos tienen más conocimiento sobre el tema y por lo tanto los abortos que practican no se complican por lo que las pacientes no consultan al hospital o bien si se complica consultan con el médico que les practico el aborto. **(Cuadro 19)**

IX. CONCLUSIONES

- ❖ La tasa de aborto en el Departamento de Suchitepéquez durante el periodo de estudio fue de 44.93 por cada mil nacidos vivos, siendo Samayac uno de los municipios que cuenta con mayor tasa de aborto (106 por cada mil nacidos vivos) seguida de San Pablo Jocopilas y Mazatenango.
- ❖ El aborto incompleto fue el más frecuentemente diagnosticado (79.90%) y solamente se encontró 0.75% de abortos provocados, la edad del producto de la gestación al momento del aborto fue entre 9 a 13 semanas en un 45.10% y el grupo etareo que presento mayor número de casos de aborto está comprendido entre 20 a 24 años.
- ❖ Respecto a los datos generales el 86.10% de las pacientes se encontraban viviendo con su pareja sin tomar en cuenta el estado civil, el 99.75% de historias clínicas no tenían anotado el grupo étnico de la paciente, 99% de los casos no tenían anotado en la historia clínica la religión y el 91.75% no tenían anotado la escolaridad. Con respecto a la ocupación de las pacientes el 87.1% es ama de casa y el mayor porcentaje está comprendido entre 15 a 39 años.
- ❖ En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos el 33.40% eran multigestas, el 31.3% de las pacientes eran multíparas de las cuales se encontraban con mayor frecuencia entre la edad de 15 a 39 años, el 21.45% de pacientes eran Gran Multíparas y el 22.15% tenían antecedente de aborto con una frecuencia mayor entre la edad de 15 a 39 años.
- ❖ Con respecto al tratamiento 98.5% amerito legrado de los cuales 95.2% fue LIU y 3.3% AMEU, un 99.85% de pacientes recibieron tratamiento farmacológico siendo el más los más brindados reposición de Líquidos / electrolitos y analgésicos, el aborto que recibió más tratamiento farmacológico fue el incompleto.
- ❖ De las pacientes con diagnóstico clínico de aborto se presento 2.15% de complicaciones teniendo mayor frecuencia en el aborto incompleto, las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia son endometritis y Shock Séptico con una frecuencia mayor en el aborto provocado y séptico, con respecto al tratamiento de las mismas el 0.80% recibió antibióticos seguido en frecuencia de LIU.
- ❖ La estancia hospitalaria promedio de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto fue de 2.75 días siendo el aborto habitual y provocado los que presentaron mayor estancia hospitalaria, solamente el 25.35% de pacientes tuvieron estancia hospitalaria menor de 24 horas.

X. RECOMENDACIONES

1. Realizar campañas de promoción a toda la población con respecto a planificación familiar, paternidad responsable y educación sexual en los jóvenes.
2. Realizar una historia clínica completa por parte del personal médico.
3. Mejorar el acceso de los métodos de planificación familiar.
4. Promover campañas de control prenatal para identificar y tratar a tiempo factores de riesgo que pongan en amenaza el embarazo.
5. Descentralizar las campañas de Maternidad sin Riesgos a los municipios que tienen menor acceso a servicios de salud.
6. Promover un plan de educación a las comadronas informando la importancia de referir a los hospitales a pacientes con riesgo de aborto con el fin de evitar su manipulación y complicación.

XI. RESUMEN

El presente trabajo es parte de un estudio Nacional, de tipo retrospectivo, descriptivo, siendo el objeto de estudio las historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el período de 01 de Enero de 1,999 al 31 de Diciembre del año 2,001, con el objetivo de describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Departamento de Suchitepéquez.

La tasa de aborto a nivel departamental fue de 44.93 por mil nacidos vivos, siendo Samayac el municipio que cuenta con la tasa mal alta (106.43 por mil nacidos vivos).

El aborto incompleto fue el más frecuentemente diagnosticado en un 79.90% y solamente se encontró 0.75% de abortos provocados, la edad del producto de la gestación fue con mayor frecuencia de 9 a 13 semanas y el mayor número de abortos se presenta entre los 20 a 24 años.

Más del 90% de historias clínicas no tenían anotado grupo étnico, religión y escolaridad y el 87.1% eran ama de casa.

Más del 30% de pacientes eran multigestas y multíparas, el 22.15% tenían antecedente de aborto.

El 98.5% amerito legrado de los cuales la gran mayoría fue LIU y en un 99.85% se brindo tratamiento farmacológico siendo el más brindado reposición de líquidos / electrolitos y analgésicos.

En un 2.15% se presentaron complicaciones las más frecuentes fueron endometris y shock séptico.

Se recomienda realizar campañas de promoción en toda la población con respecto a planificación familiar, paternidad responsable, educación sexual en jóvenes y control prenatal, así como realizar una historia clínica completa y descentralizar las campañas de Maternidad sin Riesgos a los municipios que tienen menor acceso a servicios de salud.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABC del aborto.
<http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/aborto/texto1.html>.
2. Aborto. Cunningham, F. G. et al. Williams obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Panamericana, 1,998. 1,352p. (pp. 543-563).
3. Aborto espontáneo.
<http://www.internet.uson.mx/webpers/medicina/aborto.htm>
4. Alfaro V., M. G. y E. C. Curán Padilla. Aborto Séptico. Protocolo vigente del Depto. De Obstetricia, Hospital Roosevelt. Guatemala 2000. Pp10-14.
5. Berer, M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. Bulletin of the OMS. 2,000. 78 (5):580-590.
6. Cascante E., J. F. et al. Morbilidad materna en Centroamérica: el aborto. REVCOG. 1,995. 5(1):8-12.
7. Castañeda, Adolfo J. La Nueva amenaza contra la vida: Los fármacos abortivos. <http://www.vidahumana.org/index.html>
8. Castañeda, Adolfo J., ¡Ojo con la entrada del aborto químico en Latinoamérica!
http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/anticon_mapa.html
9. Código Penal. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. 1,995. 83p.
10. El aborto.
<http://www.monografias.com/trabajos/aborto1/aborto1.shtml#arriba>.
11. El aborto.
<http://www.monografias.com/trabajos/aborto2/aborto2.shtml#arriba>.
12. Embarazo patológico. Schwarcz. R. L. et al. Obstetricia. 5ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1,998. 640p. (pp.161-179)

13. Fonseca Fernández de C., A. E. Et al. Aborto y adolescencia. Rev. Sexología y sociedad. 1,999;5(3): Pp2-4.
14. Fuentes, S. Eduardo. Aborto Espontáneo. Protocolo vigente del Depto. De obstetricia, Hospital Roosevelt. Guatemala. 2000. Pp4-8
15. Garzaro, Michelle. Guatemala, primer lugar en mortalidad materna. Siglo veintiuno. Guatemala: 2001. Martes 9 Enero. 2p.
16. González De L. A., D. Los medicos y el aborto. Rev. S. Pub.de Méx. 1,995. Mayo-junio;37(3):Pp.248-255.
17. González, L. I. et al. Algunas consideraciones sobre el aborto.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol17_3_01/mgisu301.htm
18. Grajales, L. Biverly. et al. El costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Rémon 1,990. REVCOG. 1,997. Enero-Abril; 5 (1): 33-37p.
19. Grajeda, R. et al. Estudio multicentro sobre el aborto; País Guatemala. Guatemala: OMS, 1,995. 23p. (Publicación INCAP DCE/020)
20. Instituto Nacional de Estadística: Sección de referencia circulación y prestamo. Defunciones maternas por grupos quinquenales de edad, según las diferentes causas de muerte. Guatemala: 1,996.
21. Lòpez García, Raül. El aborto como problema de salud pública.
<http://www.hsph.harvard.edu/grhf/panish/course/index.html>
22. Métodos químicos.
<http://www.vidahumana.org/index.html>
23. Métodos quirúrgicos.
<http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/dx.html>

24. Ministerio de salud pública y asistencia social, Indicadores básicos de situación de salud. Memoria anual de vigilancia epidemiológica. Guatemala Mayo 1,999-2,001. p.275.
25. Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria. Memoria anual Hospital Nacional de Mazatenango. Año:1,999 al 2001. p.8/9.
26. Organización mundial de la salud. Demografía del aborto. Ginebra:OMS, 1,997. pp.1-13.
27. Organización mundial de la salud. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento; Complicaciones del aborto. Ginebra:OMS, 1995. p.40-55.
28. Organización panamericana de la salud. Manejo clínico de las complicaciones del aborto; Una guía práctica. Washington D.C.:OPS/OMS, Feb. 1,996. 1p.
29. Ortiz, J. D. La dimensión ética de la atención a mujeres con aborto. Modulo de capacitación para personal en salud. México D.F.:IPAS-GIRE, 1,998. pp.1-13.
30. Pacheco C., Otto F. Caracterización epidemiológica del aborto en el hospital modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de san Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: 2,001. 55p.
31. Pérez S., Cristian G. Características epidemiológicas y clínicas del aborto en el Hospital nacional de Amatitlán. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de san Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: 1,996. 37p.
32. Santizo, R. et al. El aborto en hospitales de Guatemala. Guatemala: APROFAM, 1,981. 32p.
33. Stanley, K. H. et al. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. http://www.guttmacher.org/about/acc_stat.html
34. Stovall. Thomas G. y M. L. McCord. Pérdida temprana del embarazo y embarazo Ectópico. Berek. J. S. et al. Ginecología de Novak. 12ed. México, D. F.: Interamericana, 1,997. 1,357p. (pp. 487-490)

35. Tipos de aborto e suas consecuencias.

<http://www.terravista.pt/fernoronha/7785/fotos.htm>

36. Zozaya D., Eduardo A. Aborto.

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/z/zozaya%20Delano%20Eduardo%20alberto-%20abortohtm>.

XIII.

ANEXOS

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN GUATEMALA

No. De Registro Hospitalario _____ Departamento: SUCHITEPEQUEZ Fecha de atención: __ __

CARACTERÍSTICAS GENERALES

- | | |
|---|--|
| 1. Edad __ años. | 5. Grupo étnico: _____. |
| 2. Estado Civil: Casada Soltera Unida Divorciada Viuda | 6. Ultimo año de escolaridad aprobado Número de años en primaria. ____ Número de años en secundaria ____ Número de años en universidad ____ Analfabeta Alfabeta |
| 3. Religión: Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormona Otras: _____. | 7. Ocupación: Ama de Casa Estudiante Agricultora Profesional Comerciante Otro: _____. |
| 4. 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 Inevitable Completo Incompleto Habitual Molar | 19. ¿ Hubo complicaciones? SI NO |
| 16. Estancia Hospitalaria: Número de días: __ __ Número de horas: __ __ | 20. Complicaciones del aborto registradas: Rasgaduras Perforación Endometritis |

Salpingooforitis
Peritonitis
Septicemia
Shock séptico
No dato

17. Tratamiento:

Farmacológico:

Antibióticos
Reposición de líquidos / electrolitos
Transfusión
Analgésicos
Sedantes
Fenobarbital

Quirúrgico

Legrado:

LIU
AMEU

21. Tratamiento de las complicaciones:

Laparotomía
Corrección de perforación
Sutura de la rasgadura
Otros: _____

18. Observaciones: _____

