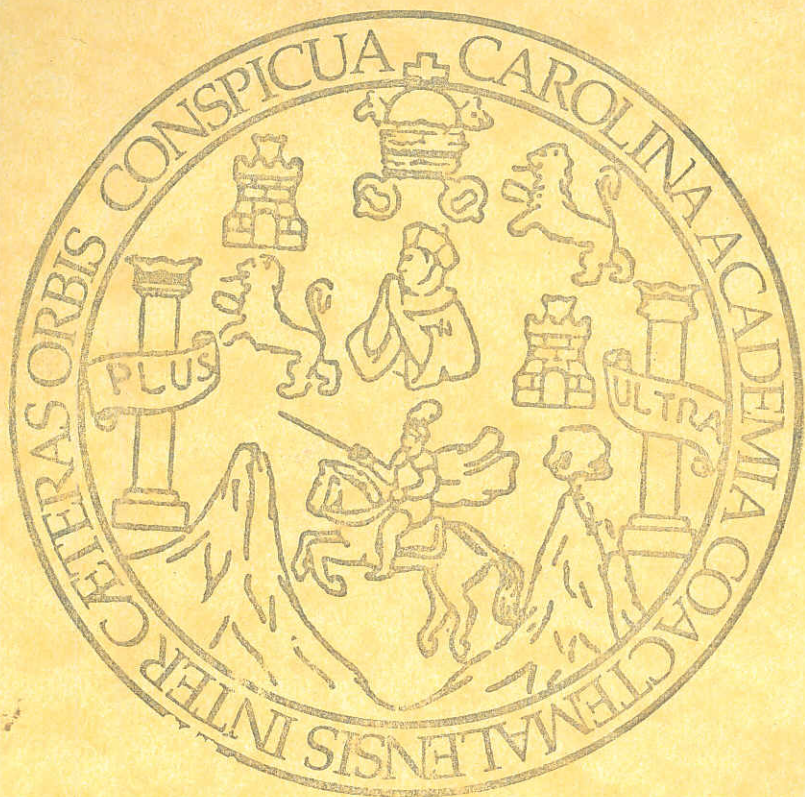


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL
ABORTO DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA
1999 – 2002**



ALBA VIRTUD CONTRERAS MARIN

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, Septiembre de 2002

INDICE

I. Introducción	1
II. Definición y análisis del problema	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos	4
V. Marco teórico	5
VI. Materiales y métodos	34
VII. Presentación de resultados	41
VIII. Análisis y discusión de resultados	54
IX: Conclusiones	58
X. Recomendaciones	59
XI. Resumen	60
XII. Revisión Bibliográfica	61
XIII. Anexos	65

I. INTRODUCCIÓN.

El aborto es un problema relevante dentro de la salud materna, atribuyéndosele un alto porcentaje de la morbilidad y mortalidad en el campo obstétrico, por lo que se le debe dar al tema un análisis especial, no solo por la importancia que tiene como causa de muerte, si no por daños irreversibles que dejan sus complicaciones, además del daño psicológico que deja en las pacientes y sus familias.(20,23)

Se realizó el presente estudio de tipo retrospectivo – descriptivo, basado en los datos recolectados y analizados en 1,365 historiales clínicos correspondientes a pacientes ingresadas al departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo del 01 de Enero de 1999 a el 31 de Diciembre del 2001, con el propósito de realizar una caracterización epidemiológica del aborto en dicho Hospital.

Los resultados obtenidos señalan que el aborto se presentó con mayor frecuencia en mujeres entre los 20 y 29 años de edad, en su mayoría fueron abortos fetales (más de 8 semanas de gestación), con dos o más gestas, con partos anteriores, con uno o más abortos previos.

El aborto incompleto fue la forma clínica más frecuente, utilizándose en la mayoría de los casos legrado instrumental uterino, y en su totalidad se utilizó tratamiento farmacológico, con reposición de líquidos y electrolitos.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.

El aborto se define desde el punto de vista médico como la interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del feto antes de que esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir fuera del vientre materno. (2,7,14,18,21,24,26)

En los países subdesarrollados como el nuestro, incluidos sus departamentos entre ellos Santa Rosa, existen patrones socioculturales de machismo, aunados a desconocimiento del uso de métodos de planificación familiar, por lo que se recurre al aborto como método de planificación familiar.

Realizándose los abortos en lugares clandestinos, los cuales son efectuados por personas sin conocimiento médico, en condiciones sépticas y con el equipo inapropiado que pone en peligro la vida de la mujer. Permitiendo de esta manera una alta incidencia de pacientes que consultan por aborto, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa.

III. JUSTIFICACIÓN

El aborto es un problema de salud pública a nivel mundial por los efectos que produce, es un procedimiento ampliamente usado en muchos países donde se practica en la clandestinidad y en condiciones de gran inseguridad para la mujer (13). La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año ocurre entre 1 millón y 4.4 millones de abortos entre las jóvenes entre 10 a 24 años de edad. (5)

Es un problema relevante dentro de lo que es la salud materna, ya que se traduce en un alto porcentaje de morbi-mortalidad, por lo que es necesario darle al tema de aborto un análisis especial, no sólo por la importancia que tiene como causa de muerte, sino también con la frecuencia con que sus complicaciones requieren hospitalización al producir daño irreversible obstétrico.

En países subdesarrollados, el problema del aborto es aún más grande, influyen factores sociales, culturales y religiosos, que con llevan a un número elevado de adolescentes a realizarse un aborto clandestino, ejecutado por personas sin conocimiento médico, en condiciones sépticas y con el equipo inapropiado que pone en peligro la vida de la mujer.(20)

Por la magnitud del problema del aborto, se realizó un estudio retrospectivo, por medio de las historias clínicas correspondientes a pacientes ingresados al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa, durante el período del 01 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del 2001, con el objetivo de realizar una caracterización epidemiológica en este hospital.

IV. OBJETIVOS.

A. GENERAL:

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el hospital nacional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el período del 1 de Enero 1999 al 31 de Diciembre del 2001.

B. ESPECIFICOS:

1. Cuantificar la incidencia del aborto en el hospital nacional de Cuilapa , Santa Rosa.
2. Describir las características generales (edad, escolaridad, ocupación, y lugar de procedencia), de las mujeres atendidas.
3. Identificar las características gineco-obstetricas (numero de gestas, partos y abortos), de las mujeres atendidas.
4. Cuantificar la estancia hospitalaria, de las mujeres atendidas por aborto,
5. Identificar el tipo de aborto mas frecuente.
6. Describir el tratamiento mas frecuente brindado a las mujeres que consultaron por aborto.
7. Describir las complicaciones mas frecuentes encontradas en las mujeres que consultaron por aborto.

A. ABORTO:

1. Historia:

Etimológicamente, "la palabra aborto procede del latín abortus o aborsus derivados ab-orior opuesto a orior, nacer". Es la muerte del no nacido en cualquier momento del embarazo. (2,15,25).

Antiguamente se "justificaba" el aborto por diversos motivos, ya sea porque el embarazo se encontraba en sus primeros meses y se consideraba que el feto no estaba animado (Grecia), o, como sucedía en Roma, el embrión era estimado como:portium Viscerum matriz, esto es una parte de la madre y por consiguiente, que abortaba lo hacía disponiendo de su cuerpo. En el mundo cristiano siempre se tuvo como ilícito el cometer un aborto y así fue considerado por prácticamente todas las codificaciones de la Europa cristiana. "A lo largo de toda la historia, los padres de la iglesia, sus pastores, sus Doctores, han enseñado la misma doctrina, sin que las diversas opiniones acerca del momento de la infusión del alma espiritual hayan suscitado duda sobre la ilegitimidad del aborto. Es verdad que, cuando en la Edad Media era general la opinión de que el alma espiritual no estaba presente sino después de las primeras semanas, se hizo distinción en cuanto a la especie de pecado y a la gravedad de las sanciones penales. Pero nunca se negó entonces que el aborto provocado, incluso en los primeros días, fuera objetiva una falta grave". (2,15,25)

2. Definición:

El aborto es la finalización del embarazo por cualquier medio durante cualquier momento de la etapa que va desde la fecundación hasta el momento antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir fuera del vientre

matero, o bien finalización antes de la 20 semana de gestación, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. (1,3,4,8,15,25,26).

3. Concepto:

Conceptos de la palabra aborto: Tres diversas significaciones puede tener la palabra aborto. (22).

a. En Obstetricia:

Por aborto se entiende la expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, o sea hasta el final del sexto mes de embarazo; la expulsión en los tres últimos meses se denomina parto prematuro, por la viabilidad del producto. Desde cierto punto de vista, el concepto médico obstétrico es más amplio que el concepto jurídico-delictivo, porque aquel no toma en cuenta como éste la causa del aborto; el ginecólogo denomina aborto, tanto al espontáneo por causas patológicas, como al provocado: terapéutico o criminal. Desde otro punto de vista, el lenguaje obstétrico es más restringido, porque se refiere a la época de no viabilidad del feto. Este concepto médico no tiene aplicación jurídica. (22)

b. La Medicina Legal:

Disciplina que pone al servicio del Derecho las ciencias biológicas y artes médicas, limita la noción del aborto a aquellos que pueden ser consecutivos de delito, es decir, a los provocados, a los que se originan en la conducta intencional o imprudente del hombre; la medicina legal no atiende ni a la edad cronológica del feto ni a su aptitud para la vida extra uterina o viabilidad. (22)

c. La Noción del Delito:

En las diversas legislaciones presenta variantes: algunas definen o reglamentan la infracción, entendiendo por ella la maniobra abortiva (delito de aborto propiamente dicho), es apenas un presupuesto lógico del delito, es el modo de realizar la infracción prevista: aniquilamiento de la vida en gestación. Este es el sistema más

sincero y racional, porque o desean teológicamente el abortador o la abortada, salvo casos de excepción, es la muerte del feto; es ese el objeto del delito, en él radica la intencionalidad y no en la maniobra abortiva, que es simplemente el modo de ejecución hemos empleado la palabra feto en su significado amplio (embrión, huevo o feto). (22)

4. Etiología:

El aborto se origina en dos grandes grupos que son:

- A. Aborto espontáneo
- B. Aborto inducido o provocado

A. Aborto espontáneo:

I. Definición:

Es cuando un embrión o un feto muere en el útero y el cuerpo lo expulsa espontáneamente; clínicamente reconocida antes de las 20 semanas de gestación, producida por alguna anomalía o disfunción no prevista ni deseada por la madre. (2,4,8,15,25,26,27)

II. Etiología:

Es posible que se desconozca la causa del aborto, ya que puede ser la respuesta del cuerpo cuando el desarrollo del feto es anormal. Los factores que aumentan la posibilidad de un aborto son: fumar, consumir alcohol, los traumas y el abuso en el consumo de drogas y los problemas de salud de la madre, a continuación mencionaremos causas del aborto espontáneo. (2,4,8,21)

- Genéticas:

La causa más frecuente de aborto espontáneo es a genética, que llega a justificar el 50-60% de los abortos clínicos. Son en general alteraciones cromosómicas de tipo numérico (trisomias, monosomias).

Sin embargo, los trastornos genéticos del varón o de la mujer que pueden ocasionar AR son mucho más infrecuentes y sólo justifican el 2-3% de todas las posibles etiologías.

De todas maneras esta prevalencia es 2-3 veces superior a la de la población general. Las mujeres tienen el doble de posibilidades que los hombres de tener una alteración genética que ocasione AR. De todas las anomalías cromosómicas detectables, 50% tienen traslocaciones recíprocas balanceadas, 25% tienen traslocaciones Robertsoniana y 12% mosaicos del cromosoma X. El resto lo constituyen inversiones y anomalías esporádicas. (4,8,10,26)

- Infecciosas:

Como la mayoría de las posibles causas de AR, el rol de diferentes agentes infecciosos es controvertido. Se lo ha asociado con brucelosis, citomegalovirus, herpes, listeriosis, Chlamydias y Micoplasmas. Los dos últimos son los que impresionan tener más valor como agentes etiológicos de AR. Este tema ha sido revisado exhaustivamente en una publicación reciente. (4,8,10,26)

- Uterinas:

En el 10-15% de los casos las causas de AR son anatómicas. Revisaremos las diferentes patologías uterinas que pueden ocasionarlo.

Endometriosis:

Una endometriosis inespecífica puede ser causa, al menos teóricamente de AR. Se detecta en una biopsia de endometrio. Se trata con antibióticos de amplio espectro e hidrotubaciones con antibióticos y corticoides. La endometriosis tuberculosa es causa de esterilidad más que de AR, por la destrucción que produce del endometrio, a tal punto que suele cursar con amenorrea.

Sinequia uterina:

Se presenta como secuela de un legrado uterino y suele ser un hallazgo frecuente

en el estudio del AR, aunque generalmente no tiene consecuencias clínicas por su poca jerarquía. El diagnóstico es histerográfico y/o histeroscópico. La lisis de la adherencia se puede realizar mediante maniobras romas o, mejor, bajo control histeroscópico. La administración de estrógenos facilita la regeneración del endometrio. La inserción de un DIU para evitar una recidiva se reserva para aquellos casos severos.

Pólipo endometrial:

Puede ser causa de metrorragia que dificulte la implantación. Se detecta mediante ecografía transvaginal, histerografía o histeroscopia. El tratamiento es su extirpación mediante raspado uterino o, mejor bajo visión histeroscópica.

Mioma uterino:

Una de las materias más controvertidas y sujetas a criterio clínico es a determinación si un mioma compromete o no la fertilidad de una paciente. Para que se cumpla este requisito el mioma debe ser submucoso, o intramural con un considerable compromiso de la cavidad uterina. Cuanto más profundamente en a pared uterina se encuentre un mioma, mayor es a probabilidad que cause complicaciones. Para esta disquisición contamos con los mismos elementos diagnósticos que empleamos para el pólipo. El mioma intramural submucoso debe resecarse siempre. No hay duda que, si contamos con la posibilidad de resección histeroscópica, también debemos resecar el intramural con crecimiento submucoso. Si para extirpar un mioma debemos recurrir a una histerotomía a cielo abierto, su responsabilidad en el cuadro AR debe ser muy clara para justificar dicha operación.

La cirugía translaparoscópica no jugaría ningún papel ya que, si un mioma es posible de ser resecado por esta vía es por su crecimiento subseroso y en ese caso, no comprometería la fertilidad.

El tratamiento médico con antigonadotróficos o análogos tampoco es viable ya que

su efecto benéfico es transitorio. Sí puede ser utilizado como paso previo a la cirugía para facilitar el procedimiento.

Incompetencia istmico-cervical:

La falla en la continencia del embarazo por parte del istmo uterino suele producir abortos tardíos o partos inmaduros, característicos por lo brusco de la pérdida y la ausencia de dolor. Debe sospecharse por la clínica y confirmarse por ecografía, histografía o por la prueba de bujías (pasaje de una bujía No. 8 sin ocasionar dolor)

Habitualmente un cerclaje entre las semanas 14-20 con las técnicas de Mac Donald o Shirodkar suele ser suficiente. En los casos en que fallara alguna de estas técnicas o se vislumbre un mayor compromiso del istmo puede recurrirse a las técnicas de Aquino Salles o de Wurm. Excepcionalmente es necesario recurrir a un cerclaje abdominal, o a una plástica preconcepcional del istmo.

Malformaciones uterinas:

Las anomalías del conducto de Muller pueden ser causa de aborto recurrente, siendo la más frecuente el útero bicorne y el tabicado. Las pérdidas suelen suceder en el comienzo del segundo trimestre, pudiendo también ocasionar partos en pretérmino, distocias fetales y retención placentaria. La evolución habitual es que cada embarazo aumente la capacidad uterina y que cada interrupción sea cada vez más tardía hasta llegar a la viabilidad fetal.

En la literatura actual hay consenso que la única malformación que debe ser corregida quirúrgicamente en forma sistemática es el útero tabicado, siempre y cuando pueda ser corregido por vía histeroscópica. Si no se cuenta con este recurso y sólo puede resolverse por laparotomía, lo mismo que para el resto de las anomalías mullerianas, el procedimiento se reservará para aquellos casos en que no haya una mejoría con los sucesivos embarazos y la cirugía se transforme en la única alternativa. Luego de la plástica histeroscópica, la administración de estrógenos o a colocación de un DIU no mejoraría los resultados. (4,8,10,26)

- Metabólicas:

La diabetes mellitus ha sido habitualmente relacionada con AR. Las revisiones bibliográficas más importantes han llegado a la conclusión que, si la diabetes está compensada, la paciente no tiene mayor riesgo de aborto que la población general. El riesgo está aumentado en las pacientes con valores elevados de glicemia y de hemoglobina glicosilada. Por estos argumentos en la rutina del estudio del AR no sería necesario incluir una curva de tolerancia a la glucosa. (4,8,10,26)

- Endocrinas:

Estimativamente se calcula que entre el 10-20% de las causas de AR son endocrinológicas. Las analizaremos a continuación:

Fase lútea inadecuada (FLI):

La incidencia de FLI como causa de AR es controvertida ya que, si bien se la encuentra en la población infértil, también se halla presente en la población normal. Otro punto de controversia es la manera de diagnosticarla, puesto que no hay consenso al respecto en la literatura. De todas maneras, la biopsia de endometrio ha sido considerada el mejor método para evaluar clínicamente la fase lútea, aunque recientemente se le ha atribuido mayor valor a una determinación de progesterona superior a 10 mg/ml. En la fase lútea media o, lo que es aún mejor, una sumatoria de 3 progesteronas al azar que supere los 30 mg/ml. También se le ha dado importancia al aspecto trilaminar del endometrio preovulatorio visualizado por ecografía transvaginal. Debe incluirse una determinación de prolactina plasmática en la rutina del estudio del AR, ya que una hiperprolactinemia puede producir FLI. Para el tratamiento de la FLI se han propuesto varias alternativas terapéuticas: suplemento con progesterona, refuerzo con HCG, estímulo de la foliculo génesis con citrato de clomifeno o HMG. Nosotros recomendamos esta última más un suplemento con progesterona.

Hipersecreción de hormona luteinizante (LH):

Se ha comprobado una asociación entre AR y niveles elevados de LH. Estos actuarían negativamente en el desarrollo del ovocito o del endometrio, a través de niveles elevados de testosterona y de los estrógenos. La acción biológica de la LH sobre el ovario no se puede determinar claramente mediante una sola determinación plasmática, ya que depende de la frecuencia y amplitud de los pulsos de secreción, como así también de la presencia de glicofomas anormales. Por este motivo recientemente se ha propuesto una determinación seriada de LH urinaria como parte del protocolo de evaluación de las pacientes con AR:

Tiroides:

Los trastornos tiroideos pueden ser causa de AR es un tema controvertido. Algunos autores han relacionado al AR con trastornos auto inmunes de la tiroides.

Espermáticas:

La teratospenia, es decir, un bajo porcentaje de espermatozoides morfológicamente normales, ha sido asociado a un mayor índice de AR. Por este motivo un espermograma debe incluirse en la rutina del estudio del AR. En las formas leves la morfología espermática puede mejorar mediante tratamiento con gonadotropinas. En los casos en que están alterada la estructura espermática, la morfología no mejora con este tratamiento y la única alternativa es recurrir a técnicas de fertilización asistida de baja o alta complejidad, con espermatozoides obtenidos mediante filtración. (4,8,10,26)

- Inmunológicas:

Auto inmune:

En 1,957, Lurell y Nilson describieron una paciente con un anticoagulante, hipergamaglobulinemia, análisis serológicos para sífilis falso positivos y cinco

muerdes intrauterinas. Como esta inmunoglobulina fue identificada originalmente en pacientes con lupus eritematoso sistémico, se la llamó anticoagulante lúpico (LAC).

El LAC y la anticardiolipina (ACL) son anticuerpos que reaccionan contra los fosfolípidos de la membrana plasmática de las plaquetas. Existe un consenso que estos anticuerpos antifosfolípidos (APL) se asocian con una serie de manifestaciones clínicas que incluyen trombosis venosa y arteriales, trastornos neuropsiquiátricos, trombocitopenia, pérdidas fetales recurrentes (AR) y retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). Se ha dado en llamar a este conjunto, síndrome antifosfolípido. Se ha visto una asociación mayor entre aCL tipo IgG, más IgM y AR. También se han encontrado anticuerpos antinucleares en pacientes con AR.

Posteriormente se sugirió que esta asociación entre pérdidas fetales y RCIU con anticoagulantes circulantes se produciría por trombosis e infartos placentarios.

Evidencias acumuladas a posterior avalaron dicha asociación. La homeostasis de la coagulación supone un equilibrio entre la prostaciclina, agente natural antitrombótico y el tromboxano que por el contrario, predispone a la vasoconstricción, agregación plaquetaria y trombosis. La inhibición de la producción de prostaciclina por parte de las células endoteliales podría ser un mecanismo patogénico. También se ha descrito una mayor producción de tromboxano en los embarazos patológicos. Una comunicación reciente evaluó estos dos elementos en pacientes con LES embarazadas, encontrando que las portadoras de aPL presentaban un aumento de la producción de tromboxano, mientras que las no portadoras de aPL el desequilibrio se producía por una disminución de la síntesis de prostaciclina. Para evaluar la presencia de un factor auto inmune debe solicitarse la investigación plasmática de anticardiolipinas, anticoagulante lúpico, factor antinuclear y antiDNA. La primera propuesta terapéutica exitosa fue adelantar la finalización del embarazo.

Posteriormente se presentó la combinación de dosis inmunosupresivas de

prednisona con bajas dosis de aspirina como alternativa terapéutica para llegar más cerca del término del embarazo. El fundamento de la administración de prednisona se basa en su capacidad de suprimir la actividad del LAC. Las dosis bajas de aspirina inhiben selectivamente el tromboxano sintetasa, reduciendo la tendencia a la trombosis de los pequeños vasos. La utilidad de tratamiento con prednisona en la prevención de AR en pacientes con aPL ha sido puesta en duda. Asimismo, la terapia glucocorticoide no está exenta de efectos secundarios.

Ambos han llevado a prescindir del empleo de corticoides y recurrir a la terapéutica con bajas dosis de aspirina por su inocuidad. En las pacientes en quienes dicha terapéutica no es exitosa, se utiliza heparina en dosis de antiagregación plaquetaria, cuya eficacia ya ha sido demostrada. Durante el tratamiento no se realiza monitoreo con niveles de aPL, porque se ha comunicado su inutilidad.

Alo inmune:

La mujer embarazada desarrolla una inmunotolerancia que impide el rechazo del embarazo. Esta inmunotolerancia depende de mecanismos pasivos y activos.

Como mecanismos pasivos podemos nombrar un saco de sialomucéina que recubre al sincitiotrofoblasto y que actúa de barrera inmunológica y la ausencia de expresión de antígenos de histocompatibilidad en las células del sincitiotrofoblasto.

Dentro de la complejidad de los mecanismos activos debe destacarse la producción de anticuerpos linfocito tóxicos y bloqueantes. Su presencia se detecta mediante el cross-match y por un cultivo mixto linfocitario respectivamente y son indicio de una inmunotolerancia materna.

Se ha propuesto varias alternativas, siendo la más usada la inmunización materna con linfocitos paternos, aunque los resultados todavía son controvertidos. Por la controversia existente sobre el tema y el alto costo de su diagnóstico y terapéutica, el factor alo inmune debe investigarse en aquellas parejas en que no se detecta ninguna causa de AR o a pesar de haberse corregido alguna causa encontrada, sigue perdiendo embarazos. (4,8,10,26)

III. Incidencia del Aborto Espontáneo:

Es la complicación más frecuente del embarazo (ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones. La incidencia real de pérdida de embarazos es mucho mayor que la observada clínicamente. Los estudios con gonadotropina crónica humana (GCH) mostraron que el porcentaje de pérdida de embarazos después de su implantación es del 30 al 40%. (4,8,26,27)

IV. Signos y Síntomas:

Por lo general inicia con hemorragia y luego aparecen dolores abdominales cólicos algunas horas o varios días más tarde. El dolor puede estar localizado anteriormente y ser definidamente rítmico, puede que se trate de un dolor lumbar Persistente, asociado con una sensación de presión pelviana, o que sea una molestia sorda, ubicada en la línea media por encima de la sínfisis. (4,7,9,25,26)

V. Clasificación del Aborto Espontáneo:

El aborto espontáneo puede ser clasificado en las siguientes categorías:

- a. Amenaza de aborto
- b. Aborto inevitable
- c. Aborto incompleto
- d. Aborto diferido (muerte fetal intrauterina antes de las 20 semanas sin sangrado vaginal)
- e. Aborto recurrente

a. Amenaza de Aborto:

- Definición:

Se le conoce como amenaza de aborto al apareamiento de cualquier tipo de flujo vaginal sanguinolento o sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo. (7,25,26)

- Incidencia:

Una de cada cuatro o cinco mujeres embarazadas tienen sangrado vaginal leve o importante al comienzo de la gestación, de las mujeres que sangran al comienzo del embarazo aproximadamente la mitad aborta. (7)

b. Aborto inevitable:

- Definición:

Se define a toda hemorragia excesiva uterina, antes de la 20 semana acompañada con dilatación cervical, borramiento y rotura macroscópica de las membranas, si se presenta fiebre, el aborto se considera inevitable. (2,4,7,25,26)

c. Aborto incompleto:

- Definición:

Se define como la expulsión de una parte de los productos de la concepción o bien cuando la placenta en su totalidad o parcialmente es retenida dentro del útero, antes de que haya terminado la 20 semanas de gestación. (2,4,7,25,26)

d. Aborto Diferido:

- Definición:

Se define como la retención del producto de la concepción muerto intra útero porque este no se ha contraído ni dilatado totalmente su cuello como para expulsar al huevo muerto en su interior durante varias semanas. (2,4,7,25,26)

e. Aborto Recurrente:

- Definición:

Se entiende por aborto recurrente (AR) a la interrupción espontánea de tres o más

embarazos en forma consecutiva, reconocidos clínicamente antes de las veinte semanas de gestación. (4,7,8,9,25,26)

- Incidencia:

La incidencia es variable según distintos autores, pero estimativamente afecta al 1% de todas las mujeres. Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un aborto recurrente es del 24%, pero asciende a un 40% después de 4 abortos recurrentes consecutivos.

Más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas y la frecuencia disminuye rápidamente después, las anomalías cromosómicas, causan por lo menos la mitad de estos abortos tempranos. (4,7,9)

B. Aborto Provocado o Inducido:

I. Aborto Terapéutico:

- Definición:

Se define el aborto terapéutico como, la finalización del embarazo antes del periodo de viabilidad fetal, con el propósito de salvaguardar la salud de la madre. (7)

- Indicación:

Algunas indicaciones para el aborto terapéutico se discute con la enfermedades que habitualmente provoca la operación. Las indicaciones bien documentadas son las siguientes:

- enfermedad cardíaca previa
- enfermedad vascular hipertensiva avanzada
- carcinoma invasor del cuello uterino
- cuando la continuación del embarazo de cómo resultado el nacimiento de un niño con grandes deformaciones físicas o retardo mental. (1,7)

II. Aborto Electivo (voluntario):

- Definición:

Un aborto inducido es aquel cuando una mujer decide terminar su embarazo voluntariamente, o bien cuando el producto de la concepción es inducida al aborto por cualquier medio: doméstica, química o bien quirúrgico. (3,2,7,14,15,18,21,25)

- Incidencia:

Se hace casi todos los abortos inducidos (aproximadamente 88-90%) en las primeras 12 semanas del embarazo (14 semanas desde el comienzo de la última regla). Este tipo de aborto se llama "aborto del primer trimestre". Se hace aproximadamente 10% de los abortos en las próximas 12 semanas del embarazo. Este tipo de aborto se llama "aborto del segundo trimestre". Un porcentaje pequeño de aborto se realiza después del segundo trimestre, se hacen solamente para salvar la vida o la salud de la madre o en casos de anomalías severas en el feto. Solamente unos pocos médicos proveen este cuidado en todo el país. (3,8,16)

III. Aborto Séptico:

Es la complicación más grave del aborto, casi siempre se relacionan con el aborto criminal. Se han registrado hemorragias severas, sepsis, shock bacteriano e insuficiencia renal aguda. La metritis es el resultado habitual, pero puede haber parametritis, peritonitis (localizada o generalizada), endocarditis y septicemias. (7)

- Microorganismos Causantes:

- Bacterias anaerobias
- Coliformes
- Haemophilus influenzae
- Compylobacter jejuni
- Streptococos del grupo "A" (7)

5. Técnicas de Aborto:

a. Inducción Médica del Aborto:

Los abortos médicos no requieren cirugía y reciben los medicamentos con la receta de un médico clínico. Como el aborto médico se usa generalmente hasta dentro de los 49 días desde el primer día de la última regla, se le llama aborto muy temprano.

a.1. Metotrexato-Misoprostol:

Una inyección de metotrexato, por cinco días después la mujer se inserta tabletas de misoprostol en la vagina. El embarazo generalmente termina en casa dentro del siguiente día o dos, aunque el 20% de las mujeres que adoptan este procedimiento necesitan tres semanas o más para terminar exitosamente sus embarazos. El preembrión o el embrión y otros productos de la concepción que se desarrollan durante el embarazo, son expulsados a través de la vagina. (1,2,3,9,19,22)

a.2. Mifepristona-Misoprostol:

Por de pronto solamente se le puede obtener en los Estados Unidos bajo un protocolo de investigación. Una mujer ingiere una dosis de mifepristona bajo la dirección de su médico clínico, pocos días después se inserta tabletas de misoprostol en la vagina, generalmente el embarazo termina en casa en menos de cuatro horas. El preembrión, el embrión y los demás productos de la concepción son expulsados a través de la vagina. (1,2,3,9,19,22)

a.3. Mediante Prostaglandinas:

Este fármaco provoca un parto temprano durante cualquier etapa del embarazo, se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Su principal "complicación" es que el bebé a veces nace vivo, además puede causar daños graves a la madre. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU-486, para aumentar la "efectividad" de éstas. (1,2,3,8,9,19,22,25)

a.4. Pastilla RU-486:

Se trata de una píldora abortiva empleada conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se emplea entre la primera y la tercera semana después de faltarle la primera menstruación a la madre, por este motivo es conocida como "la píldora del día siguiente". Actúa matando de hambre al diminuto bebé, al privarlo de su elemento vital, la hormona progesterona. El aborto se produce luego de varios días de dolorosas contracciones. (1,2,3,8,9,19,22,25)

a.5. Por envenenamiento salino:

Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al bebé, se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos. Esta solución salina produce además quemaduras graves en la piel del bebé, unas horas más tarde, la madre inicia "el parto", dando a luz un bebé muerto o moribundo, muchas veces en movimiento. Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo. (1,2,3,8,9,19,22,25)

a.6. Inducción:

El procedimiento de inducción se lleva a cabo muy raramente, para hacer una inducción el doctor puede insertar un medicamento llamado prostaglandinas en la vagina, o dar el medicamento en forma de una inyección, para comenzar las contracciones que expulsarán el feto, o bien se puede inyectar una solución de urea o sal en el útero, para iniciar las contracciones y causar el parto de un feto muerto, la incomodidad de las contracciones que generalmente duran de 6 a 24 horas se pueden aliviar con medicamentos orales. La inducción generalmente se hace en un hospital y requiere que la paciente pase la noche o más tiempo en el hospital. (1,2,3,8,9,19,22,25)

b. Aborto Quirúrgico:

El embarazo puede ser eliminado quirúrgicamente o través de un cuello adecuadamente dilatado o por vía trasabdominal.

b.1 Por Succión:

Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado, una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) desplaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe "el producto del embarazo", depositándolo después en un bide. El abortista introduce luego una pinza para extraer el cráneo que suele no salir por el tubo de succión. Lagunas veces las partes más pequeñas del cuerpo del bebé pueden identificarse. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma. (1,2,3,8,9,19,22,25)

b.2. Por Dilatación y Curetaje:

En este se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y curetaje. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual. (1,2,3,8,9,19,22,25)

b.3. Por "D & X" a las 32 semanas:

Este es el método más espantoso de todos, también es conocido como "nacimiento parcial". Suele hacerse cuando el bebé se encuentra muy próximo de su nacimiento.

Después de haber dilatado el cuello uterino durante tres días y guiándose por ecografía, el abortista introduce unas pinzas y agarra con ellas una pierna, después la otra, seguida del cuerpo, hasta llegar a los hombros y brazos del bebé

así extrae parcialmente el cuerpo del bebé, como si este fuera a nacer, salvo que deja la cabeza dentro del útero. Como la cabeza es demasiado grande para ser extraída intacta; el abortista, entierra unas tijeras en la base del cráneo del bebé que está vivo, y las abre para ampliar el orificio, entonces inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión. Este procedimiento hace que el bebé muera y que su cabeza se desplome, a continuación extrae a la criatura y le corta la placenta. (1,2,3,8,9,19,22,25)

b.4. Por Operación Cesárea:

Este método es exactamente igual que una operación de cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objetivo de salvar al bebé sino de matarlo. (1,2,3,8,9,19,22,25)

b.5. Aspiración por vacío manual:

La MVA se puede hacer desde el momento en que una mujer sospecha que se halla embarazada, hasta unas 10 semanas después de su última regla. El cerviz se ha dilatado y el útero se vacía con una jeringa a mano, si en el tejido que se retiró no se identifica el saco de la gestación, se examina a la mujer para determinar si es un posible caso de embarazo ectópico. (1,2,3,8,9,19,22,25)

b.6. Succión por raspado:

El método usual de aborto prematuro es el de succión por raspado, se hace entre la 6 y la 14 semana después de la última regla, tomando el procedimiento unos 10 minutos.

Se lava la vagina con un antiséptico, generalmente un anestésico local se inyecta dentro o cerca de la cerviz o cuello del útero, también se puede usar analgésicos inyectables o anestesia general. La abertura de la cerviz se distiende gradualmente, una serie de dilatadores progresivamente más gruesos se insertan en la abertura, el más grueso tiene el grosor de una pluma fuerte, como una

alternativa se puede usar dilatadores absorbentes para estirar la abertura cervical. Los dilatadores absorben los fluidos del área cervical y estiran la abertura de la cerviz conforme se expanden, si la mujer va a irse a su casa con los dilatadores instalados, se le dará instrucciones para que los proteja hasta que regrese para el aborto, se le puede dar antibióticos para prevenir una infección, además se le dará un número telefónico con servicio las 24 horas para que pueda ponerse en contacto con el personal de la clínica si se presenta algún problema. La dilatación gradual es menos peligrosa que si se hace de una vez, sin embargo algunas mujeres pueden sentir presión o calambres mientras los dilatadores están instalados, se podría dar medicamentos para ayudar a dilatar y suavizar la cerviz. Después que la abertura se ha dilatado un tubo conectado a una máquina de succión se inserta en el útero, la máquina succionadora se conecta y el útero comienza a vaciarse delicadamente. Para estar seguro que se ha vaciado totalmente el útero después que se retiró el tubo de succión, una cureta (angosto gancho metálico) se usara para raspar cuidadosamente las paredes del útero. (1,2,3,8,9,19,22,25)

B. ABORTO EN LA LEGISLACIÓN:

1. El Aborto en la Legislación de 1871:

El código penal de 1,871 era el único en el mundo que proporcionaba una definición del delito de aborto. Entendía por tal, no el feticidio o muerte del producto, sino la maniobra abortiva (delito de aborto propiamente dicho). Llámese aborto en Derecho Penal: a la extracción del producto de la concepción y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, siempre que esto se haga sin necesidad. Cuando ha comenzado ya el octavo mes del embarazo, se le da también el nombre de parto prematuro artificial, pero se castiga con la misma pena del aborto (Arto. 569 del Código Penal de 1,871). (2,19,22)

"Dice Martínez de Castro en la Exposición de los Motivos quién crea lícita hacer abortar a una mujer cuando ha comenzado ya el octavo mes de embarazo, que es a lo que hoy el nombre de parto prematuro artificial, se creyó necesario declarar expresamente que ese caso está comprendido bajo el nombre de aborto y sujeto a las mismas penas, porque siempre hay peligro de que perezca la madre, el hijo o ambos. Pero en atención a que el delito se disminuye mucho cuando logra salvar a la madre y al hijo, se consulta en el proyecto que entonces se reduzca la pena a la mitad. Dentro del sistema del mismo Código, por disposición expresa, solo era punible el aborto consumado, se declaraban no punibles el efectuado por necesidad y el penaba en forma atenuada, en el causado por terceros, no se distinguía causado solo por imprudencia de la mujer. El honoris causa si éstos obraban o no con consentimiento de la madre (Artos. 70 y siguientes del Código Penal de 1871). (2,19,22)

2. El Aborto en la Legislación de 1,929:

Se conservó la antigua definición, agregándole un nuevo elemento eminentemente subjetivo, consistente en que la extracción o expulsión se hiciera 99 con objeto de interrumpir la vida del producto. De esta manera, se iniciaba la transición del delito de feticidio, pero la reforma resultó inútil porque agregaba: "Se considerará siempre que tuvo ese objeto el aborto voluntario provocado antes de los ocho meses de embarazo" (artículo 1000 del Código Penal de 1,929). El aborto no era punible ni en grado de tentativa ni cuando se debía a imprudencia de la mujer (2,19,22)

Reforma importante era la de que no se señalaba sanción alguna para las mujeres abortadas. Probablemente los legisladores de 29 quisieron conseguir con este sistema que las mujeres denunciaran a sus coautores, o probablemente, imbuidos de la moderna teoría, consideraron que el aborto consentido por la madre, no es delito. Sin embargo, es de dudar que estos hallan sido los objetivos, porque conforme a la juiciosa información crítica de Carlos Franco Sodi, más bien se trata de una de los frecuentes olvidos de la Comisión Redactora, ya que en el artículo

1003 se declaraba no sancionable el aborto causado solo por imprudencia de la embarazada, esta regla, redactada en forma de excepción, hacía esperar la pena para la mujer en los demás casos. Además, si el aborto consentido no es punible para la mujer (2,19,22)

3. El Aborto en la Legislación Vigente:

El Código Penal de 1931 transformó radicalmente el concepto de delito de aborto e introdujo importantes reformas en su reglamentación de detalle. (22).

El delito se define, como en los Códigos anteriores, por la maniobra abortiva (delito de aborto propiamente dicho), sino por su consecuencia final: muerte del feto (delito de aborto impropio o delito de feticidio). Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de preñez (Arto. 329 del Código Penal). (2,19,22)

Desde luego, la denominación de aborto dada al delito es falsa, porque no responde a su contenido jurídico, hubiera sido preferible emplear la lexicografía precisa: delito de feticidio. Independientemente de este error en la nomenclatura, la noción actual es preferible por clara, racional y sincera, en efecto, el objetivo de la maniobra no es otro que atentar contra la vida en gestación para evitar la maternidad, los bienes jurídicos protegidos a través de la sanción, son: la vida del ser en formación, el derecho a la maternidad en la madre, el derecho del padre a la descendencia y el interés demográfico de la colectividad. La acción antijurídica puede reconocer como posibles sujetos pasivos, aparte del huevo, embrión o feto, a la madre cuando no ha prestado su consentimiento, al padre y a la sociedad, el atentado consiste en la suspensión de la maternidad en gestación, es decir, en la muerte del producto de la concepción. Para la integración del delito no interesa cual haya sido el vehículo de esa muerte, ni interesan las maniobras de expulsión o de extracción o de destrucción del feto (huevo, embrión o feto propiamente dicho), la consecuencia de muerte es el fenómeno importante. Estos fueron los

razonamientos por los que el autor de este libro propuso la actual definición a Comisión Redactora del Código. (2,19,22)

5. Las Leyes del Aborto en Algunos Países:

a. Estados Unidos:

El 22 de Enero de 1973 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, en los infames fallos "Roe v. Wade" y "Doe V. Bolton", legalizó el aborto a petición a nivel nacional. Esta decisión fue tomada por el Tribunal Supremo por encima de las legislaturas estatales y abrogándose para sí la potestad de legislar sobre algo que ni siquiera está mencionado en la Constitución de los Estados Unidos.

"Roe V. Wade" y "Doe V. Bolton", quitaron todos los derechos a los Estados de penalizar el aborto de alguna manera, es decir, de proteger la vida humana por nacer. El "derecho a la privacidad", inventando pocos años antes, se erigió como supremo sobre cualquier otra reivindicación, extendiéndose a la capacidad legal de la madre de terminar con la vida de su hijo por nacer por cualquier razón durante los nueve meses del embarazo.

En 1989 y en 1992, el Tribunal Supremo declaró, sin embargo, que los Estados podían, si querían, establecer algunas restricciones al aborto pero sin llegar a prohibirlo totalmente. Lamentablemente, ninguna de estas restricciones han impedido la mayoría de los abortos.

Bill Clinton, y el Vicepresidente Al Gore son pro - abortistas, el 22 de Enero de 1993 precisamente en el XX aniversario de "Roe V. Wade", el presidente inauguró su gobierno derogando con cinco plumazos ciertas políticas pródiga de las presidencias anteriores, las cuales afectan no solo a los Estados Unidos, sino también a otros países. He aquí los cinco decretos pro - abortistas que firmó el nuevo presidente.

1. Derogó leyes de 1988 que prohibían a las clínicas de "planificación familiar", usar los impuestos del pueblo estadounidense para aconsejar, refiere o promover el aborto.

2. Eliminó la prohibición, también establecida en 1988, de usar fondos federales (es decir, dinero de los impuestos) para la investigación sobre el uso de tejidos y órganos de bebés abortados. El Dr. Bernard Nathanson, ex abortista, ha demostrado de forma definitiva que usar a los bebés por nacer como piezas de repuesto para supuestamente curar ciertas enfermedades, no sólo es inmoral e irrealista desde el punto de vista médico, sino que además aumentará considerablemente el número de abortos en los Estados Unidos y el mundo entero. Los investigadores carniceros irán a otros países en busca del tejido fetal que necesitan.

3. Le ordenó a la Administración de Alimentos y Fármacos o FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, revisar las leyes que impedían la entrada de la píldora abortiva RU- 486. Esto fue el primer paso en el proceso de introducirla en el país.

4. Le ordenó al Departamento de Defensa permitir los abortos, pagados por fuentes privadas, instalaciones militares de los Estados Unidos en todo el mundo.

5. Derogó la "Política de Ciudad México" de 1984, la cual le prohibía al gobierno de los Estados Unidos suministrar fondos federales a organizaciones de "planificación familiar", como la IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) y ciertos organismos de la ONU, que proveen "servicio" de Aborto o que promueven la legalización del aborto en otros países. Esta decisión del Presidente Clinton está teniendo repercusiones muy graves para la vida humana inocente en otros países y en particular en la América Latina, en lo que al aborto se refiere. (2,19,22)

b. Argentina:

El código Penal Argentino fue promulgado el 7 de Noviembre de 1886, y comenzó a regir el 1 de Marzo de 1887, bajo el número de ley 1920.

Desde antes de su sanción se reclamaban reformas a su articulado, por lo que en 1890 se designó una comisión que trabajó sobre el tema, descartando la reforma

parcial del código vigente, que elaboró un proyecto totalmente nuevo en 1891.

En 4 artículos, del número 85 al 88, del Código enumera las distintas figuras del delito de aborto, a saber:

- Aborto no consentido y seguido de muerte: art. 85,1º.
- Aborto sin consentimiento de la mujer: art. 85,1º.
- Aborto consentido: art. 85,2º.
- Aborto consentido y seguido de muerte: art. 85,2º.
- Aborto agravado por profesionales: art. 86.
- Aborto preterintencional: art. 87.
- Aborto propio o consentimiento en el propio aborto: art. 88.

Figuras impunes:

- Aborto necesario: art. 86,1º.
- Aborto fundado en violación: art. 86,2º.
- Tentativa de la mujer: art. 88 in fine.

El actual Código Penal no define el "aborto". La redacción del tipo penal principal (art. 85) se limita a decir "el que causa un aborto", identificado posteriormente una serie de figuras según se cuente o no con el consentimiento de la mujer y establecer el agravante en los supuestos de aborto seguido de muerte.

El artículo 85 contempla dos figuras distintas, que requieren de dolo directo. La diferencia entre ambas está dada por la presencia de un caso, y la ausencia en otro del consentimiento de la mujer embarazada.

El Código Civil en su Libro primero dedica la Sección Primera a "Las personas en general", en su artículo 30 dice: "Son personas todos los entes susceptibles de adquirir derechos o contraer obligaciones".

Más adelante en el "Título II: De las personas por nacer" define como tales "a las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno"; y en el "Título IV: De la existencia de las personas antes del nacimiento", regula en los siguientes artículos:

- Artículo 70 dice: "Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas; y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos, si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre".
- Artículo 74: " Si muriese antes de estar completamente separados del seno materno, serán considerados como si no hubieran existido. (2,19,22)

c. Chile:

El Código de Chile en el Artículo, 74 dice: " Que la existencia legal de toda persona principia al nacer"; pero si los que aún no han nacido no son personas. ¿Porqué las leyes penales castigan el aborto premeditado?. (2,19,22)

d. Guatemala:

En Guatemala, al igual que muchos países donde aún es delito el aborto encontramos en nuestra legislación leyes que castigan a la mujer por la práctica de éste. En el Código Penal describe el aborto como "La muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez" Artículo 133. Nuestra legislación, en el Código Penal también divide el aborto como punibles y no punibles, nuestra ley se refiere a los no punibles a todos aquellos que están exentos de sanción, la tentativa de la mujer sobre su propio aborto y aborto culposo propio (Art. 139). Los abortos punibles se refiere a los siguientes casos de interrupción del embarazo:

-Aborto realizado por la propia mujer o con su consentimientos. La referencia legal a este tipo de actividad se encuentra en el artículo 134 que se refiere al aborto realizado por la propia mujer en su apartado primero. Asimismo encontramos referencia en el Artículo 136, párrafo primero.

-Aborto practicado por tercero sin consentimiento de la madre. Tal situación aparece en ambas modalidades en los artículos 135, inciso segundo, 136, párrafo segundo.

-Otras formas delictivas aparecen en el artículo 138, el caso del aborto preterintencional, o sea, ocasionar el aborto sin el propósito de causarlo, pero constando el estado del embarazo de la ofendida, el artículo 139, párrafo segundo, el aborto culposo verificado por persona distinta de la gestante; y el artículo 140 que es el denominado por la doctrina aborto profesional que se refiere a médicos practicantes, éste se da como agravación específica a la pena. (7)

C. MONOGRAFÍA DEL MUNICIPIO DE CUILAPA SANTA ROSA:

Datos generales del Depto. De Santa Rosa:

El Departamento de Santa Rosa está ubicado en la parte Sur de la Republica de Guatemala. Su extensión territorial es de DOS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO (2,955) kilómetros cuadrados, con los siguientes límites: al Norte, los Depto. de Guatemala y Jalapa; al Sur, el Océano pacífico; al Este el Depto. de Jutiapa y al Oeste, los Depto. de Guatemala y Escuintla. Su población total es de CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTE Y OCHO (194,128) habitantes, cuya densidad de población tiene promedio de sesenta y seis (66) habitantes por kilómetro cuadrado. Su territorio se divide en catorce Municipios que son: Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Casillas, San Rafael Las Flores, Oratorio, San Juan Tecuaco, Chiquimulilla, Taxisco, Santa María Ixhuatán, Guazacapa, San Juan, Santa Cruz Naranjo, Pueblo Nuevo Viñas y Nueva Santa Rosa.

Municipio de Cuilapa:

Sede de la cabecera del Depto. de Santa Rosa. Es un distrito muy antiguo, conocido en la época pre-colonial como: "CUAJINIQUILAPA", que en el lenguaje pipil quiere decir, "Tierra de los Cushines" (por la abundancia de este fruto en la región). Tras la conquista, las privilegiadas condiciones naturales del lugar,

atrajeron el interés de los Españoles, que vinieron a explotar exitosamente estas tierras, fundando luego el Pueblo de Cuajiniquilapa, alla por el año 1599 según referencias históricas que existen.

El 11 de Octubre de 1825, la Constitución Política del Estado de Guatemala, declara a los pueblos que comprenden el territorio del Estado, mencionándose a "Cuajiniquilapa" como Cabecera Departamental, asignándosele los pueblos de: "Los Esclavos, El Oratorio, Concepción de la Vega, El Pinito, Los Verdes, Los Arcos, Corral de Piedras, San Juan de Arana, El Zapote, Santa Rosa, Jumay, Las Casillas, Matequesquintla y Epaminondas."

Ubicación:

La ciudad de Cuilapa se encuentra en las márgenes del río Los Cushines y al norte del caudaloso río Los Esclavos. Dista a 1 km. De la ruta interamericana conocida en la red vial del país como la CA-1. De allí en dirección noroeste son 9 km el Municipio de Barberena y 63 km, a la Capital de la República.

Extensión territorial:

Es de Trescientos sesenta y cinco (365), kilómetros cuadrados.

Límites:

Cuilapa, colinda al Norte con Nueva Santa Rosa y Casillas, al Este con Oratorio y San José Acatempa, al Sur con Chiquimulilla, Santa María Ixhuatán, al Oeste con Pueblo Nuevo Viñas y Barberena.

Orografía:

Dentro del área de circunscripción de este municipio puede decirse con propiedad que no existe ningún monte alto al que pueda llamársele Volcán o Montaña, a excepción de los cerros El pinito, El Sordo y Los Esclavos, incluyendo dentro del área urbana el Cerro De La Cruz. Los Calagues y Cuilapilla.

Hidrografía:

Las tierras de este municipio son fertilizadas con el agua del río Los Esclavos, quién lo penetra por el Oeste y en su territorio forma una cascada y da vida a una hidroeléctrica que lleva su nombre.

Aspecto económico:

La agricultura es la base económica del municipio y dentro de este contexto el cultivo del café va ocupar un lugar preponderante, al que hay que agregarle la caña de azúcar cuya industria nos va a dar el ingenio conocido con el nombre de La Sonrisa. Además hay que agregar los granos básicos, tubérculos y legumbres.

Integración social:

Cuenta con una población de aproximadamente 29,472 habitantes, de los cuales 15,254 podrían ser hombres, y 14,218 mujeres.

Aspecto cultural:

Cuilapa santa Rosa, existen varias entidades de carácter cultural con gran actividad y entusiasmo, en aras de la superación integral de la comunidad. Entre ellas la mas importante "LA CASA DE LA CULTURA". Quienes realizan actividades de exposición de pinturas, trajes típicos, y otras. "LA CASA DEL DEPORTISTA", quienes realizan encuentros deportivos con diferentes municipios. Además es importante mencionar que CUILAPA, ha sido cuna de notables intelectuales y esclarecidos valores, que han aportado y aportan actualmente su concurso a la cultura nacional, Fiestas Titulares, La del patrono de la comunidad "El niño Dios", La fiesta en conmemoración al "Señor de los Portentos", del 04 al 07 de Agosto. Platillos Típicos de la comunidad: pepián, tamales, caldo de gallina, y por ser una área tropical también el delicioso caldo de mariscos, además podemos encontrar una infinidad de frutas tropicales.

Aspectos religiosos:

Encontramos que en el municipio de Cuilapa Santa Rosa, un alto porcentaje de la población es Católica, manifestándose en su fiestas tradicionales que son de carácter religioso, la principal que es la fiesta titular, durante los días del 22 al 27 de Diciembre, en honor al patrono de la localidad "EL NIÑO DIOS". Otra celebración importante, también de carácter religioso ocurre durante los días del 04 al 07 de Agosto en honor al "SEÑOR DE ESQUIPULAS", imagen que era propiedad de la familia González y estando en esa casa sudo agua el 17 de Mayo de 1937, por lo que está familia, dono la imagen a la iglesia, donde fue construida una capilla para ser venerada, estando en está capilla el 23 de octubre de 1966, sudo sangre siendo descubierta por el sacristán Gabriel Orantes. Otra celebración importante es la Semana Santa, en donde toda la comunidad participa en todas las actividades realizadas por la iglesia.

Otro porcentaje alto de la población es Evangélica, y en menos porcentaje otras religiones como los Testigos de Jehová, Los Mormones, La luz del Mundo.

VI. MATERIALES Y METODOS:

A. Metodología:

A.1. Tipo de Estudio:

El presente estudio es de tipo Descriptivo-Retrospectivo.

A.2. Unidad de análisis:

Historias clínicas de los casos de aborto ingresados al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital nacional de Cuilapa, Santa Rosa, el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001.

A.3. Universo:

Se incluirán en el estudio todos los casos con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa, en el período del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001.

A.4. Criterios de Inclusión:

a. Criterios de Inclusión:

Todos los casos de aborto reportados en el período del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001.

A.5. VARIABLES A ESTUDIAR.

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA MEDICIÓN
INCIDENCIA	Aparecimiento de nuevos casos de una enfermedad en lugar y tiempo definido.	Se tomará el dato del expediente clínico: No. Aborto No. Nacidos Vivos	Porcentajes.	Númerica
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Datos propios de una persona:	Se tomará el dato del expediente clínico, de los datos generales del paciente: Años reportados.	Años de vida	Númerica
	Edad: tiempo que una persona a vivido.			
	Escolaridad: nivel académico que una persona a alcanzado en el transcurso de su vida.	Años escolares terminados,	Años escolar: No. Años en primaria, No. De años en secundaria, No. De años en la universidad, Analfabeta, alfabeto.	Númerica
	ocupación: Emplearse en un trabajo ejercicio o tarea.	Dedicación Principal.	Ama de casa, estudiante, agricultora, profesional, comerciante, otras.	Nominal
	Procedencia: lugar de origen de la persona.	Lugar donde reside.	Municipio o Departamento	Nominal
	Grupo étnico: conjunto de individuos con características homogéneas, que van desde ciertos rasgos físicos comunes hasta la lengua, costumbres y tradiciones culturales.	Grupo étnico.	Ladina, indígena, otras.	Nominal

	Estado civil: condición de cada individuo respecto a una pareja del sexo opuesto.	Estado civil.	Casada, soltera, unida, divorciada, viuda.	Nominal
	Religión: Conjunto de creencias o dogma acerca de la divinidad.	Religión.	Católica, Evangélica, testigo de Jehová, mormona, otras.	Nominal
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Circunstancia Ginecológicas y Obstetricias sucedida en la vida reproductiva de la mujer.	Se tomará el dato del expediente clínico, de los antecedentes Obstétricos:		
	Gestas: Numero total de embarazos de la paciente.	No. Gestas,	No. Gestas	Númerica
	Partos: Numero total de partos de la paciente.	No. Partos,	No. Partos	Númerica
	Abortos: Pérdida espontánea o provocada del producto de la concepción antes de que sea viable.	No. Abortos.	No. Abortos	Númerica
	Embarazo ectópico: Anidación del producto de la concepción fuera del útero.	No. De embarazo ectópico.	No. Embarazo ectópico.	Númerica
	Cesáreas: Extracción del feto a través de una incisión practicada en la pared abdominal hasta alcanzar la pared uterina.	No. De cesáreas.	No. De cesáreas.	Númerica
	Hijos vivos: Cantidad de hijos vivos de la	No. De Hijos vivos.	No. De Hijos vivos.	Númerica

	persona. Hijos muertos: Cantidad de hijos muertos de la persona.	No. De Hijos muertos.	No. De Hijos muertos.	Numérica
TIPO DE ABORTO	Categoría sistemática que agrupa a las clases de aborto, según su etiología: Aborto provocado: interrupción voluntaria del embarazo antes del que el producto de la concepción sea viable. Aborto espontáneo: Es cuando el producto de la concepción muere dentro del útero y el cuerpo lo expulsa espontáneamente: Aborto diferido: Es cuando el huevo entra útero es muerto por diversas razones no es expulsado al exterior. Aborto Séptico: Cuando el aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital. Aborto Inevitable: Hemorragia uterina de una gestación antes de la 20 semana.	Se tomará del expediente clínico: según la impresión clínica del personal médico	Aborto provocado Aborto espontáneo Aborto diferido Aborto séptico Aborto Inevitable	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal

	acompañada de dilatación cervical y rotura macroscópica de las membranas. Aborto completo: Expulsión espontánea de todos los tejido fetales y placentarios desde la cavidad uterina antes de la 20 semana de la gestación. Aborto Habitual: Es el cuadro caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos. Molar: Masa carnosa que se desarrolla dentro del útero con apariencia de preñez.		Aborto completo Aborto habitual Molar.	Nominal Nominal Nominal.
TRATA- MIENTO	Acciones clínicas y farmacológicas para la resolución de un problema de salud	Se tomará del expediente clínico, el tratamiento dado por el personal médico	Farmacológica: Antibióticos Reposición de líquidos y electrolitos. Transfusiones Analgésicos Sedantes Fenobarbital. Quirúrgica: Legrado intrauterino instrumental AMEU.	Nominal Nominal Nominal
ESTANCIA HOSPITA- LARIA	Periodo de tiempo que permanece una persona dentro del hospital	Se tomará del expediente clínico	Días Horas	Numérica Numérica

A. 6. Procedimientos:

- Se revisaran historiales clínicos de casos con diagnóstico de aborto ingresados al departamento de registro médico del Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa, para recolección de las variables a estudiar y llenado de boletas de recolección de datos, la cual fue elaborada con el apoyo del CICS.-

- La información que será recolectada, se tabulara, procesara, analizara y será utilizada, para elaboración de análisis, conclusiones y recomendaciones.

A. 7. Aspectos Éticos:

En el presente estudio se revisaran historias clínicas de pacientes que fueron ingresados con diagnóstico clínico de aborto, por lo que la información obtenida será de carácter confidencial.

B. Recursos:

B.1. Materiales:

a. Económicos:

- Fotocopias. Q. 700.00
- Transporte. Q. 300.00
- Otros. Q. 400.00

b. Físicos:

- Boleta de recolección de datos.
- Historiales clínicos.
- Departamento de registro médicos del Hospital
- Mobiliario y útiles de escritorio.

c. Bibliográficos:

Se recopilaron artículos y textos de biblioteca de:

- Facultad de Ciencias Médicas. (USAC)
- OPS y OMS.
- Internet.

2. Humanos:

- Personal de biblioteca.
- Personal que labora en el departamento de registro médico del Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

Incidencia anual de aborto por municipios de procedencia en el Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa, durante el período del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2001

MUNICIPIOS	FECHAS									TOTALES		
	1999			2000			2001			N.V.	ABORTOS	TASA
	N.V.*	ABORTOS	**TASA	N.V.	ABORTOS	TASA	N.V.	ABORTOS	TASA			
Cuilapa	1028	53	52	1056	83	79	1055	59	56	3139	195	62
Barberena	1325	92	69	1258	101	80	1284	97	76	3867	290	75
Casillas	723	25	35	712	29	41	685	20	29	2120	74	35
Santa Cruz Naranjo	293	23	78	321	21	65	285	15	53	899	59	66
Santa Rosa de Lima	401	23	57	390	21	54	447	14	31	1238	58	47
Nueva Santa Rosa	964	43	45	907	42	46	768	38	49	2639	123	47
San Rafael Las Flores	338	12	36	345	12	35	322	15	47	1005	39	39
Pueblo Nuevo Viñas	725	31	43	818	32	39	632	15	24	2175	78	36
Oratorio	601	33	55	579	24	41	545	22	40	1725	79	46
Chiquimulilla	1540	33	21	1702	25	15	1470	23	16	4712	81	17
Taxisco	857	3	4	817	4	5	693	4	6	2367	11	5
Guazacapán	465	10	22	458	6	13	358	3	8	1281	19	15
San Juan Tecuaco	321	0	0	329	0	0	357	4	11	1007	4	4
Ixhuatán	799	29	36	648	10	15	416	24	58	1863	63	34
Otros Municipios											192	
Total	10380	410	39	10340	410	40	9317	353	38	30037	1365	45

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa

*N.V.: Léase nacidos vivos

**Tasa: por 1000 nacidos vivos.

CUADRO No. 2

Fecha de atención de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el período del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001.

MES DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enero	112	8.21
Febrero	114	8.35
Marzo	97	7.11
Abril	123	9.01
Mayo	130	9.52
Junio	115	8.42
Julio	117	8.57
Agosto	126	9.23
Septiembre	105	7.69
Octubre	104	7.62
Noviembre	116	8.50
Diciembre	106	7.77
TOTAL	1365	100

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa

CUADRO No. 3

Distribución porcentual de edad en pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2001

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 A 14	12	0.88
15 A 19	243	17.80
20 A 24	340	24.91
25 A 29	277	20.29
30 A 34	202	14.80
35 A 39	189	13.85
40 A 44	79	5.79
45 A 49	23	1.68
TOTAL	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa.

CUADRO No. 4

Frecuencia y distribución porcentual del estado civil de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa en el período del 01 de Enero de 1999 a Diciembre de 2001

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	552	40.44
Divorciada	1	0.07
Soltera	107	7.84
Unida	696	50.99
No Dato *	9	0.66
TOTAL	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa.
*No se anotó el Estado Civil en la historia Clínica.

CUADRO No. 5

Frecuencia y distribución porcentual de la religión de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa en el período del 01 de Enero de 1999 a Diciembre de 2001

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	1065	78.02
Evangélica	275	20.15
Testigo de Jehová	4	0.29
Mormón	2	0.15
No Dato *	19	1.39
TOTAL	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa
* No se anotó la religión en la historia Clínica

CUADRO No. 6

Frecuencia y distribución porcentual de la escolaridad de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa en el periodo del 01 de Enero de 1999 a Diciembre de 2001

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alfabeta	445	32.60
Analfabeta	177	12.97
No Dato *	743	54.43
TOTAL	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa
* No se anotó la escolaridad en la historia Clínica

CUADRO No. 7

Frecuencia y distribución porcentual de la ocupación de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa en el periodo del 01 de Enero de 1999 a Diciembre de 2001.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agricultora	2	0.15
Ama de Casa	1278	93.63
Comerciante	10	0.73
Cultora de Belleza	1	0.07
Doméstica	22	1.61
Estudiante	21	1.54
Mesera	2	0.15
Modista	1	0.07
Obrera	1	0.07
Profesional	21	1.54
Veladora	1	0.07
No Dato*	5	0.37
Total	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa
* No se anotó la ocupación en la historia Clínica

CUADRO No. 8

Distribución porcentual de la edad de gestación al momento del aborto en pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de enero de 1999 al 31 de diciembre de 2001.

EDAD GESTIONAL*	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ABORTO EMBRIONARIO		
3 A 7 SEMANAS	75	5.49
ABORTO FETAL		
8 A 12 SEMANAS	1088	79.71
13 A 17 SEMANAS	161	11.79
18 A 22 SEMANAS	35	2.56
23 A 27 SEMANAS	6	0.44
TOTAL	1365	100

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa.

CUADRO No. 9

Distribución porcentual del diagnóstico clínico de aborto en pacientes que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 de diciembre de 2001.

DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incompleto	1223	89.60
Diferido	41	3.00
Séptico	38	2.78
Habitual	25	1.83
Inevitable	19	1.39
Completo	14	1.03
Molar	3	0.22
Provocado	2	0.15
Total	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos Hospital Nacional de Cuilapa, Sta Rosa

CUADRO No. 10

Distribución porcentual de la edad en relación al Estado Civil de las Pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 Diciembre de 2001.

EDAD EN AÑOS	ESTADO CIVIL								TOTAL	
	CASADA		DIVORCIADA		SOLTERA		UNIDA			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
10 A 14	0	0	0	0	1	0.07	11	0.81	12	0.88
15 A 19	53	3.88	0	0	32	2.34	157	11.50	242	17.73
20 A 24	123	9.01	1	0.07	31	2.27	184	13.48	339	24.84
25 A 29	121	8.86	0	0	20	1.47	133	9.74	274	20.07
30 A 34	97	7.11	0	0	14	1.03	90	6.59	201	14.73
35 A 39	95	6.96	0	0	9	0.66	84	6.15	188	13.77
40 A 44	49	3.59	0	0	0	0.00	28	2.05	77	5.64
45 A 49	14	1.03	0	0	0	0.00	9	0.66	23	1.68
No dato*									9	0.66
Total	552	40.44	1	0.07	107	7.84	696	50.99	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

* No se anotó el Estado Civil en la historia clínica.

46

CUADRO No. 11

Distribución porcentual de la edad en relación a la Ocupación de las Pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 Diciembre de 2001

EDAD EN AÑOS	OCUPACION												TOTAL	
	AGRICULTORA		AMA DE CASA		COMERCIANTE		ESTUDIANTE		PROFESIONAL		OTRAS			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
10 A 14	0	0.00	10	0.73	0	0.00	2	0.15	0	0.00	0	0.00	12	0.88
15 A 19	1	0.07	212	15.53	0	0.00	14	1.03	2	0.15	13	0.95	242	17.73
20 A 24	0	0.00	319	23.37	4	0.29	3	0.22	7	0.51	7	0.51	340	24.91
25 A 29	1	0.07	258	18.90	2	0.15	2	0.15	8	0.59	4	0.29	275	20.15
30 A 34	0	0.00	193	14.14	3	0.22	0	0.00	3	0.22	3	0.22	202	14.80
35 A 39	0	0.00	186	13.63	0	0.00	0	0.00	1	0.07	1	0.07	188	13.77
40 A 44	0	0.00	78	5.71	1	0.07	0	0.00	0	0.00	0	0.00	79	5.79
45 A 49	0	0.00	22	1.61	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	22	1.61
No dato*													5	0.37
Total	2	0	1278	94	10	1	21	2	21	1.54	28	2	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

* No se anotó el Estado Civil en la historia clínica.

47

CUADRO No. 12

Distribución porcentual de la edad en relación al Número de Gestas Previas de las Pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de Enero 1999 al 31 Diciembre de 2001

EDAD EN AÑOS	GESTAS												TOTAL	
	1		2 A 3		4 A 5		6 A 7		8 A 9		10 O MAS			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
10 A 14	12	0.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	0.88
15 A 19	155	11.36	83	6.08	4	0.29	0	0.00	1	0.07	0	0.00	243	17.80
20 A 24	84	6.15	178	13.04	70	5.13	6	0.44	2	0.15	0	0.00	340	24.91
25 A 29	30	2.20	110	8.06	90	6.59	36	2.64	10	0.73	1	0.07	277	20.29
30 A 34	6	0.44	44	3.22	65	4.76	45	3.30	21	1.54	21	1.54	202	14.80
35 A 39	5	0.37	22	1.61	48	3.52	46	3.37	35	2.56	33	2.42	189	13.85
40 A 44	1	0.07	4	0.29	9	0.66	11	0.81	16	1.17	38	2.78	79	5.79
45 A 49	1	0.07	0	0.00	2	0.15	2	0.15	3	0.22	15	1.10	23	1.68
Total	294	21.54	441	32.31	288	21.10	146	10.70	88	6.45	108	7.91	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

48

CUADRO No. 13

Distribución porcentual de la edad en relación a la paridad de las Pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de enero al 31 Diciembre de 2001

EDAD EN AÑOS	PARIDAD								TOTAL	
	0		1		2 a 4		5 y más		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
10 A 14	12	0.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	0.88
15 A 19	171	12.53	57	4.18	14	1.03	1	0.07	243	17.80
20 A 24	98	7.18	87	6.37	151	11.06	4	0.29	340	24.91
25 A 29	37	2.71	60	4.40	144	10.55	36	2.64	277	20.29
30 A 34	12	0.88	23	1.68	86	6.30	81	5.93	202	14.80
35 A 39	12	0.88	9	0.66	64	4.69	104	7.62	189	13.85
40 A 44	1	0.07	1	0.07	14	1.03	63	4.62	79	5.79
45 A 49	1	0.07	0	0.00	2	0.15	20	1.47	23	1.68
Total	344	25.20	237	17	475	34.80	309	22.64	1365	100

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

49

CUADRO No. 14

Distribución porcentual de la edad en relación al Número de Abortos Previos de Pacientes que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa con diagnóstico clínico de aborto durante el período del 01 de Enero de 1999 al 31 Diciembre de 2001

EDAD EN AÑOS	NUMERO DE ABORTOS						TOTAL	
	1 A 2		3 A 4		5 O MAS			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
10 A 14	12	0.88	0	0	0	0.00	12	0.88
15 A 19	242	17.73	1	0.07	0	0.00	243	17.80
20 A 24	334	24.47	6	0.44	0	0.00	340	24.91
25 A 29	269	19.71	8	0.59	0	0.00	277	20.29
30 A 34	187	13.70	13	0.95	2	0.15	202	14.80
35 A 39	164	12.01	21	1.54	4	0.29	189	13.85
40 A 44	67	4.91	11	0.81	1	0.07	79	5.79
45 A 49	18	1.32	3	0.22	2	0.15	23	1.68
Total	1293	94.73	63	4.62	9	0.66	1365	100.00

FUENTE: Encuestas MCH

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

50

CUADRO No. 15

Días de estancia en relación al tipo de aborto de las pacientes que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el período de 01 de enero de 1999 al 31 de diciembre de 2001.

TIPO DE ABORTO	DIAS								TOTAL	
	1 a 2 días		3 a 4 días		5 a 6 días		7 días y más			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
COMPLETO	6	0.44	6	0.44	1	0.07	1	0.07	14	1.03
DIFERIDO	21	1.54	15	1.10	2	0.15	3	0.22	41	3.00
HABITUAL	15	1.10	9	0.66	1	0.07	0	0.00	25	1.83
INCOMPLETO	826	60.51	329	24.10	51	3.74	17	1.25	1223	89.60
INEVITABLE	15	1.10	4	0.29	0	0.00	0	0.00	19	1.39
MOLAR	2	0.15	0	0.00	1	0.07	0	0.00	3	0.22
PROVOCADO	1	0.07	1	0.07	0	0.00	0	0.00	2	0.15
SÉPTICO	12	0.88	17	1.25	7	0.51	2	0.15	38	2.78
TOTAL	898	65.79	381	27.91	63	4.62	23	1.68	1365	100.00

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

51

CUADRO No 16

Tratamiento farmacológico en relación al tipo de aborto de las pacientes que ingresaron al Hospital Nacional de Cuilapa, Santa Rosa durante el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2001

TIPO DE ABORTO	TRATAMIENTO FARMACOLOGICO												TOTAL	
	ANTIBIOTICOS		REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS		TRANFUSIÓN		ANALGÉSICOS		SEDANTES		FENOBARBITAL			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
COMPLETO	5	0.37	14	1.03	0	0.00	3	0.22	0	0.00	8	0.59	30	2.20
DIFERIDO	11	0.81	41	3.00	0	0.00	32	2.34	0	0.00	5	0.37	89	6.52
HABITUAL	1	0.07	25	1.83	0	0.00	18	1.32	0	0.00	3	0.22	47	3.44
INCOMPLETO	235	17.22	1223	89.60	7	0.51	956	70.04	1	0.07	195	14.29	2617	191.72
INEVITABLE	1	0.07	19	1.39	0	0.00	12	0.88	0	0.00	1	0.07	33	2.42
MOLAR	1	0.07	3	0.22	0	0.00	2	0.15	0	0.00	1	0.07	7	0.51
PROVOCADO	1	0.07	2	0.15	0	0.00	2	0.15	1	0.07	0	0.00	6	0.44
SÉPTICO	38	2.78	38	2.78	1	0.07	32	2.34	0	0.00	4	0.29	113	8.28
TOTAL	293	21.47	1365	100	8	0.59	1057	77.44	2	0.15	217	15.90		

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

Los porcentajes se tomaron en base al total de registros clínicos que corresponden a 1365 casos de aborto.

CUADRO No. 17

Tratamiento por LIU* o AMEU en relación al tipo de aborto en pacientes ingresadas al Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa durante el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2001**

TIPO DE ABORTO	NO. DE CASOS		LIU *		AMEU**		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
COMPLETO	14	1.03	0	0	0	0.00	0	0.00
DIFERIDO	41	3.00	40	2.29	0	0.00	40	2.93
HABITUAL	25	1.83	25	1.83	0	0.00	25	1.83
INCOMPLETO	1223	89.60	1219	89.30	4	0.29	1223	89.60
INEVITABLE	19	1.39	18	1.32	0	0.00	18	1.32
MOLAR	3	0.22	3	0.22	0	0.00	3	0.22
PROVOCADO	2	0.15	2	0.15	0	0.00	2	0.15
SÉPTICO	38	2.78	38	2.78	0	0.00	38	2.78
TOTAL	1365	100	1345	97.89	4	0.29	1349	98.83

FUENTE: Registros Médicos, Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa

* Legrado Instrumental Uterino

** Legrado por aspiración Manual Endouterina

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Según los datos obtenidos, en el estudio realizado en el Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa, se encontraron 1365 casos de pacientes con diagnóstico de aborto, se observa que se presentó un aumento de 1% de la tasa, del año 1999 al año 2000, disminuyendo en un 2% del año 2000 al 2001. Correspondiendo la tasa promedio de aborto en los tres años, a 45 por mil nacidos vivos, presentándose mayor incidencia en el municipio de Barberena, lo cual se explica por el fácil acceso vial y la cercanía a este hospital, teniendo como contraparte el municipio de San Juan Tecuaco, con una incidencia baja debido al mal acceso por la deficiencia en la infraestructura vial y la distancia que hay de este municipio al centro asistencial. (refiérase cuadro No. 1).

Según la OMS, refiere que lo esperado en la tasa de aborto a nivel nacional se encuentra en cifras de 201 a 500 abortos por mil nacidos vivos, comparando con la tasa de 45 abortos por mil nacidos vivos en el Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa, observamos una tasa baja, debido a la poca frecuencia de consulta al centro asistencial de mujeres con diagnóstico de aborto, ya que la mayoría de ellas prefieren consultar con personas sin conocimiento médico (20), asociado a esto se puede observar que no se documentaron casos de aborto en las primeras 8 semanas de gestación (aborto ovular o embrionario) (8), porque la mayoría de éstos pasan inadvertidos, ya que la paciente cree que se debió a un atraso menstrual, por lo que no consideran necesario consultar a los centros asistenciales de salud.

Con respecto a las características generales se observó que los abortos se presentan en mujeres en edad fértil, sexualmente activas comprendidas en las edades de 20 a 29 años (45.2%). En esta región un 0.88% de las mujeres inician su actividad sexual entre los 10 y 14 años, lo cual nos indica que un pequeño porcentaje de mujeres de esta población, inician su actividad sexual a temprana edad. Por lo cual tenemos que tomar en cuenta que los grupos más vulnerables

son los comprendidos entre los 20 a 29 años, a quienes se les debe dar seguimiento adecuado por parte del personal médico. (Véase cuadro No. 3)

Se observa que el 91.43% de las mujeres refirieron una relación de pareja estable (50.99% unidas y 40.44% casadas), el 32.60% eran alfabetas, y el 98.61% profesaban una religión. Es importante tomar en cuenta estas características principalmente para diseñar programas educativos, de seguimiento y consejería post aborto y planificación familiar. (Cuadros No. 4, 5, 6)

En el curso de la investigación se pudo observar que las mujeres comprendidas en las edades de 20 a 29 años, son las que presentan mayor incidencia de aborto, encontrándose historia de uno a dos abortos previos con un porcentaje de 44.18%, con un promedio de 2 a 5 embarazos, y uno a cuatro partos, lo cual indica que las mujeres que presentan abortos previos, mayor número de gestas y mayor número de partos podrían tener características que se comportan como factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aborto. (5) (cuadro No. 12, 13, 14)

La edad gestacional en la cual se presentan los abortos con mayor frecuencia fue de 8 a 17 semanas, en un 94.5%, clasificándose como abortos fetales (8) (véase cuadro No 8). Tomando en cuenta que los meses de mayor frecuencia de abortos son Mayo y Abril, nos lleva a inferir que los meses de concepción fueron Febrero y Marzo, lo cual es consistente con el periodo post cosecha de café (principal cultivo de la región) (véase monografía), en el cual las actividades laborales decrecen, y las parejas tienen una mayor convivencia, asociado a que la mayoría de mujeres tomadas en el estudio son amas de casa, (93.63%), esto nos indica que en estos meses las mujeres tienen a mayor probabilidad de concepción. Esto es importante, porque en este periodo se pueden reforzar programas educativos sobre consejería post aborto y planificación familiar. (cuadro No. 7)

Vale la pena mencionar que en las historias clínicas revisadas de las pacientes con diagnóstico de aborto en Hospital nacional de Cuilapa Santa Rosa, se anotó el aborto actual y la primera gesta como antecedentes, es por esto que en los cuadros No. 14 y 12 no aparecen datos de mujeres sin aborto y sin gestas.

Es importante observar que la mayoría de las pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 1 a 2 días (65.79%), pero llama la atención que un 6.30% de las pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 5 ó más días, a pesar que en los historiales clínicos no fue reportado ninguna complicación, lo cual no explica el tiempo de estancia hospitalaria tan prolongado de estas pacientes. (cuadro No. 15)

Según la clasificación clínica del tipo de aborto más frecuente en los tres años de estudio fue el aborto incompleto, por lo que el tratamiento de elección para la mayoría de los casos fue el Legrado Instrumental Intrauterino, atribuyéndosele futuros problemas ginecológicos por la manipulación del útero relacionándose este como factor de riesgo para abortos posteriores (8). El tratamiento farmacológico de elección fue la reposición de Líquidos y Electrolitos en un 100% justificándose el uso del mismo por la pérdida de volumen sanguíneo que presentan estas pacientes. Lo que llama la atención es el uso de Antibióticos pues, aunque el aborto séptico, se diagnosticó en un 2.78%, se administró antibióticos en un 21.47%, de los cuales un 17.22% fueron abortos incompletos, lo que se podría explicar por el uso de estos medicamentos como tratamiento profiláctico. (cuadro No. 16, 17)

Es importante mencionar que el diagnóstico clínico más frecuente fue el Aborto incompleto, a pesar que cuando se revisaron los historiales clínicos, llamó la atención que muchas pacientes presentaban más de 3 abortos consecutivos, en un periodo de 1 a 2 años siendo diagnosticadas como abortos incompletos, a pesar que la literatura dice que a más de 3 abortos este debe ser diagnosticado como aborto habitual, (8) se pudo observar además que a las pacientes que

presentaban más de 3 abortos en ningún momento se les llevó seguimiento médico para determinar las causas del mismo. (cuadro 9)

Es importante mencionar que durante el periodo de estudio en el hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa, no se presentaron complicaciones en pacientes con diagnóstico de aborto.

IX. CONCLUSIONES:

1. La incidencia de aborto en el departamento de Santa Rosa, durante el periodo de el 01 de Enero de 1999 a el 31 de Diciembre del 2001, fue de 45 por mil nacidos vivos.
2. Se determinó que el mayor porcentaje de pacientes que consultaron con diagnóstico de aborto, procedían de los municipios de Barberena, Cuilapa y Nueva Santa Rosa, debido al buen acceso en la infraestructura vial y a la corta distancia al centro asistencial.
3. Se determinó que un alto porcentaje de pacientes que consultaron con diagnóstico de aborto, eran pacientes con una relación de pareja estable, (unidas y casadas) en un 91.43%, con antecedentes de 2 a 5 gestas en un 53.41%, de 2 a 5 partos en un 57.44%, y de 1 a 2 abortos en un 94.73%.
4. El tiempo de estancia hospitalaria fue de 1 a 2 días en un 65.79%, independientemente del tipo de aborto.
5. Se observó que en este estudio el tipo de aborto más frecuente, en las pacientes atendidas fue aborto incompleto.
6. Se observó que en el tratamiento farmacológico de elección fue la reposición de líquidos y electrolitos, analgésicos, En el tratamiento quirúrgico, el de mayor elección fue el Legrado Instrumental Uterino.
7. En este estudio no se reportaron complicaciones en pacientes atendidas con diagnóstico de aborto.

X. RECOMENDACIONES.

1. Diseñar programas de cobertura a nivel nacional, para proporcionar educación sexual a las mujeres en edad reproductiva.
2. Facilitar el acceso a información a mujeres en edad reproductiva y a sus parejas, sobre los servicios de planificación familiar, dando el asesoramiento adecuado por personas capacitadas para el uso de los mismos.
3. Equipar y capacitar adecuadamente al personal médico de los departamentos de ginecología y obstetricia de los hospitales nacionales, para implementar el uso del "Legrado por aspiración manual endouterina" (AMEU), con el fin de reducir el tiempo de estancia hospitalaria, por lo tanto los costos.
4. Que se realice la clasificación adecuada del tipo de aborto al ingreso de las pacientes, para implementar programas de seguimiento y conserjería post aborto a las mismas, en los hospitales nacionales.

XI. RESUMEN.

El presente estudio de tipo retrospectivo – descriptivo se elaboró con el propósito de realizar una caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Nacional de Cuilapa Santa Rosa a través de revisión de historiales clínicos de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001.

La tasa en los tres años de estudio fue de 45 abortos por mil nacidos vivos, registrándose un total de 1365 abortos.

El municipio con mayor porcentaje de pacientes que consultado con diagnóstico de aborto durante el estudio, fue Barberena con un 21.45%, las edades de mayor frecuencia fueron de 20 a 29 años, con un porcentaje de 79.71%. El 91.43% de pacientes tenían una pareja estable (casadas y unidas). La edad de gestación más frecuente fue de 8 a 12 semanas con un (45.20%).

El tipo de aborto mas frecuente fue abortó incompleto con un 89.60%, observándose una estancia hospitalaria independientemente del tipo de aborto de 1 a 2 días con un 65.79%.

En el 100% de las pacientes el tratamiento farmacológico de elección fue la reposición de líquidos y electrolitos. El tratamiento quirúrgico de elección fue el legrado instrumental uterino (LIU) con un 97.89%, de estos sólo el 89.30% eran pacientes con diagnóstico de aborto incompleto.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Abc, medicus. Aborto.
<http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/id/27/pagina/1/pagina/2/pagina/4/aborto.html>.
2. Artiqué, Cristina. El Aborto.
<http://www.monografias.com/trabajos/aborto4/aborto4.shtml#arriba>
3. Biblioteca de Katharine Dexter, Mc. Cormick. Como se obtiene un aborto.
<http://www.plannedparenthood.org/terms/use/html>
4. Buena Salud. Aborto espontáneo.
<http://www.buenasalud.com/lib/libsearchresults.cfm?libD=.1&search=aborto>
5. Barnett, Barbara. Mejores servicios pueden reducir riesgos de aborto.
Network en Español 2000 Vol. 20 (3) 16-20
6. Cascante E, José Francisco, et al. Morbilidad materna en Centro América: el aborto. Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia 1995 Vol. 5 (1) 8-12.
7. Código Penal de la Republica de Guatemala, Decreto No. 17-73, Edición 2001, Capitulo III, Articulos del 133 al 140.
8. Cunninghans, Gary, et al. Aborto. En su: Obstetricia de Willians. 20 ed. Buenos Aires Médica Panamericana, 1998 (pp. 543-563)

9. Enciclopedia Católica. El Aborto.
<http://www.aciprensa.com/>
10. Etchepareborda, Juan José Dr. Aborto Recurrente.
<http://www.datasalud.com.ar/ginecología.htm>
11. Farfan B, Oswaldo. Dr, et al. Información y consejería en planificación familiar post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centro América. *Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia* 1997. Vol. 7 (2) 46-56.
12. Flores, Haydeé. Licda, et al. Importancia de la planificación familiar para jóvenes, en el periodo post-aborto. *Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia* 1998, Vol 8 (2) 29-32.
13. García Romero, Horacio, et al Aceptación o rechazo del aborto por motivos Maternos. Encuesta en 3021 empleado del gobierno Federal, *Ginecología y Obstetricia de México* 2000, Marzo Vol. 68 198-202.
14. Gutiérrez Castañeda, Mauricio Raúl, et al. Perdida Gestacional Recurrente. *Ginecología y Obstetricia de México* 1999 Abril Vol. 67 158-163.
15. Hidalgo Cano Henry Francisco. Incidencia y Diagnostico clinico de aborto: En el Hospital Regional de Chimaltenango 1992-1996. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1997 p. 78.
16. Hidalgo Guerrero, Luis. El Aborto inducido debe ser considerado un Problema de salud publica.
<http://www.siicsalud.com/>
17. Kissling, Frances. Desde una Perspectiva de mujeres: como hablar del aborto inducido. *Catholics for a free choice*, (México) 2000, 7-15.
18. Langer, Etna, et al. Como mejorar la calidad de la atención post aborto en un hospital publico. *Population Journal, INOPAL III*. (Nueva York) 1998 Vol 11, 6-21p.
19. López Cortez, Carlos. El Aborto y la historia.
<http://www.monografias.com/trabajos4/abortoh/abortoh.shtml#arriba>
20. López García, Raúl. El aborto como problema de salud pública, en Elu, M.C y A. Langer (eds) *Maternidad sin riesgos en México* DF: Comité promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1994, pp. 85-90.
21. Ness, Roberta B, et al Cocaine and tobacco use the risk of spontaneous abortion. *The New England Journal of Medicine* 1999. Feb Vol.340 (5) 333-338.
22. Oliva, Axel. El Aborto.
<http://www.monografias.com/trabajos/aborto/aborto.shtml#arriba>.
23. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto: Directrices, técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Informe de la OMS. Ginebra 1995, 12-19p.
24. Organización panamericana de la Salud. La salud de la mujer en las América. Oficina sanitaria panamericana Regional de la OMS. 1985, 68-71p.

25. Pérez Saenz, Christian Giovanni. Estudio retrospectivo de los casos de aborto: ingresados al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo del 1 de Diciembre Enero de 1994 al 31 1995. Tesis (médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1996. 80p.
26. Schwarcz, Ricardo, et al. Embarazo patológico. En su: Obstetricia 5 ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1997 (pp 175-179).
27. Stovall, Thomas G, et al Perdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. En su: tratado de Ginecología. 12 ed. México: Mc Graw-Hill, 1997 (pp 487-490).
28. Zamundio, Lucero. Encuentro de Investigaciones sobre Aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, 1995, 2-20

XIII. ANEXOS

Responsable: _____

"CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN GUATEMALA."
Boleta de recolección de información

No. de Registro hospitalario: _____

Departamento: ☐ ☐

Fecha de atención ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CARACTERISTICAS GENERALES:

1. Edad ☐ ☐ años

2. Grupo étnico: _____

3. Estado civil:

Casada
Soltera
Unida
Divorciada
Viuda

5. Ultimo de año de escolaridad aprobado

No. de años en Primaria

Número de años en secundaria

Número de años en universidad

ANALFABETA

ALFABETA

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

4. Religión:

Católica
Evangelica.
Testigo de Jehová
Mormona.
Otras: _____

6. Ocupación:

Ama de casa
Estudiante
Agricultora
Profesional.
Comerciante
Otro: _____

7. Municipio de procedencia: ☐ ☐

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

8. No. de Gestas

9. No. de partos

10. No. de abortos

11. No. de cesareas

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

18. Hubo complicaciones?

SI
NO

19. Complicaciones del aborto registradas:

☐ Rasgadura
☐ Perforación
☐ Endometritis
☐ Salpingooforitis
☐ Peritonitis
☐ Septicemia
☐ Shock séptico
☐ No dato.

16. Estancia hospitalaria:

No. días ☐ ☐
No. horas ☐ ☐

17. Tratamiento:

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

20. Tratamiento de las complicaciones:

☐ Laparotomía.
☐ Corrección de perforación.
☐ Sutura de la rasgadura
☐ Otros: _____

Cuales: _____

21. Observaciones: _____