

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS



**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL
ABORTO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE
DIOS
1999-2001**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado con los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital General San Juan de Dios durante el período del 1 de enero de 1,999 al 31 de diciembre del 2,001.

AURA LISSETT GALICIA ALVIZURES
MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, noviembre de 2002

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	MARCO TEÓRICO	9
VI.	MATERIALES Y MÉTODOS	25
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	29
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
IX.	CONCLUSIONES	47
X.	RECOMENDACIONES	49
XI.	RESUMEN	51
XII.	BIBLIOGRAFÍA	53
XIII.	ANEXOS	57

I. INTRODUCCIÓN

El aborto constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en los países en desarrollo. La pérdida del embarazo en sus etapas tempranas, tiene connotaciones importantes desde el punto de vista personal, familiar y de la Comunidad (22,29,30).

El aborto espontáneo, el provocado u otro tipo de aborto, suelen requerir tratamiento y hospitalización, lo que implica un elevado costo económico en los hospitales (15,17,22).

El presente estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, tuvo como objetivo principal describir las características epidemiológicas del aborto, se trabajó con una muestra probabilística aleatoria simple de 927 historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001.

Los resultados obtenidos señalan que la incidencia de aborto en el año 1999 fue de 111 x 1000 Nacidos Vivos (N/V), en el año 2000 de 178 x 1000 N/V y en el año 2001 de 223 x 1000 N/V con una tasa promedio de 166 abortos x 1000 N/ V, presentándose con mayor frecuencia en mujeres comprendidas entre la edades de 20-24 años, respecto a procedencia un 74.9% provenían de la ciudad capital.

El diagnóstico clínico más frecuente fue el aborto incompleto (81.01%), en relación a la edad gestacional únicamente en 29.7% de las historias clínicas estaba registrada y de estas un 14.78% tenía edad gestacional de 9–13 semanas. Un 67% de las pacientes refirió antecedente de uno o más abortos.

La estancia hospitalaria generalmente fue de 21 a 24 horas, respecto al tratamiento se administró reposición de líquidos y electrolitos a todas las pacientes ingresadas y a un 88.57% se le realizó legrado instrumental uterino.

Con la información presentada se puede concluir que el aborto es un problema de salud publica, que merece vigilancia epidemiológica para evitar nuevos casos.

II . DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Se define aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de que el feto sea viable, es decir antes de las 20 semanas de gestación o que el feto pese menos de 500 gramos.(1,6,29)

El aborto es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad materna, principalmente en los países en desarrollo, en los cuales se practica el aborto en malas condiciones o clandestinamente presentando un riesgo de defunción hasta 250 veces mayor de las que presenta el aborto espontáneo, que representa aproximadamente el 10 a 15% de todos los embarazos.(22,29,30)

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS- el aborto es un problema de salud pública en la que influyen factores sociales, económicos, religiosos y culturales.(22)

La estancia hospitalaria por lo general es breve en la mayoría de los casos cuando no compromete la vida de la paciente, pero de una u otra forma implica un gasto económico al servicio de salud. Un estudio realizado en México señalo que el 30% de la ocupación de las camas de los servicios de Gineco-Obstetricia se dedicaba a la atención de pacientes con aborto.(8,22)

El departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan no contaba con información actualizada y detallada sobre las características epidemiológicas del aborto, por lo que el presente estudio tuvo como objetivo principal describirlas y así conocer la magnitud del problema.

III. JUSTIFICACIÓN

Se estima que a nivel mundial se producen de 40 a 60 millones de abortos al año y aproximadamente 20 millones son realizados en malas condiciones, lo cual aumenta el riesgo de mortalidad materna.(2,22,31)

Según la Organización Panamericana de la Salud -OPS- Guatemala tiene una tasa de defunción por aborto del 10,5 por cada 100,000 nacidos vivos.(24)

De acuerdo a investigaciones de la OMS, en la mayoría de las regiones del mundo las mujeres multíparas recurren con frecuencia al aborto para no tener hijos y las adolescentes solteras nulíparas para aplazar la gestación, al igual que mujeres de zonas urbanas y las de mayor grado de educación, siendo este último lo contrario en Guatemala.(8,22)

En el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios se atiende un promedio de 1,500 abortos al año(*), de los cuales no habían datos específicos que orientaran a determinar los factores condicionantes, las complicaciones que a menudo son fatales, así como la estancia hospitalaria y el tratamiento que con frecuencia se les brinda. En tal sentido el presente estudio tuvo como propósito recabar dicha información, ya que es parte de una investigación epidemiológica que se realizó a nivel nacional en los hospitales públicos con el fin de obtener información actualizada de la situación global del problema y así proponer medidas pertinentes y fortalecer los programas de salud existentes.

(*) Fuente: Departamento de Registro y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital General San Juan de Dios.

B. ESPECÍFICOS

1. Cuantificar la incidencia de aborto en el Hospital General San Juan de Dios.
2. Describir la características generales (edad, escolaridad, ocupación, estado civil 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 más frecuente.
6. Describir el tratamiento más frecuente brindado a las mujeres que consultaron por aborto.
7. Describir las complicaciones más frecuentes encontradas en las mujeres que consultaron por aborto.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. ABORTO

1. Definición:

Se define aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de que el feto sea viable. La mayoría de literatura considera el límite cronológico antes de las 20 semanas de gestación o en la que el feto pesa menos de 500 gramos. En Guatemala se considera aborto a la interrupción del embarazo antes de la 28va semana de gestación.(1,6,23,29)

El aborto se divide en dos grandes grupos que son:

- a) Aborto espontáneo : Es el que se produce sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, entre el 15% y 20% de los embarazos confirmados terminan en abortos espontáneos y más del 80% de estos se producen durante las primeras semanas de embarazo.(6,20,22,29)
- b) Aborto provocado: Es aquel en el que se induce premeditadamente el cese del embarazo y son practicados por médicos, comadronas, la misma mujer u otras personas.(17,29)

2. Historia:

La palabra aborto deriva del latín “abortus” de la cuál “ab” significa privación o partícula privativa y “ortus” nacimiento, es decir sin nacimiento.

En algunos pueblos antiguos como India, China y Persia entre otros, el aborto era considerado como delito. En Egipto se permitía el aborto pero se castigaba severamente el infanticidio, los Hebreos por su parte penaban solamente los abortos causados violentamente.(11)

En la antigua Grecia Aristóteles, en principio se opuso a la autorización del aborto, pero en su libro “La política” destacó que cuando es excesivo el número de ciudadanos puede autorizarse el aborto, Platón también aconsejó el aborto para evitar súper población.

En Roma en su primera época no se consideró el aborto voluntario como delito, y su practica no daba lugar a sanciones y se consideraba a los padres con poder sobre la vida y muerte de sus hijos, por esa razón se les permitía colaborar con el aborto de sus hijas. Los abortos se practicaban libremente por comadronas y en menor grado por médicos griegos, quienes se veían comprometidos por el juramento hipocrático cuyo autor decía “yo no daré a una mujer remedio abortivo”.(11,25)

En el siglo XVI el aborto era un crimen al que un gran número de países imponía la pena capital, esta situación cambió a partir del siglo XVIII por intervención de filósofos ilustres quienes promovieron un movimiento crítico de la legislación criminal del antiguo régimen. En general se previeron sanciones de prisión severas, aunque se excluyó la pena de muerte.

Durante el siglo XIX se formaron legislaciones que optaban por penalizar el aborto desde una perspectiva de carácter moralista, que sancionaba las relaciones extra matrimoniales y consideraba que en la mayor parte de casos los abortos sobrevenían a embarazos fuera del matrimonio por lo tanto había que condenar este acto.

En la primera mitad del siglo XX en sus codificaciones se conservan los rasgos de los primeros códigos, la segunda mitad se caracteriza por la eliminación de la figura aborto “honoris causa” y la ampliación de supuestos no punibles como el aborto terapéutico, el eugenésico, el ético y el social.(11)

Para el cristianismo la unión del alma al cuerpo hacen al ser humano, por lo que la muerte del feto ya sea al momento de la fecundación o cuarenta días o más posterior a ella, constituye un homicidio. La iglesia católica no cede al aborto, excepto en casos de violación o casos extremos en que peligre la vida de la mujer. La iglesia además presenta una alternativa frente al aborto y es que si la mujer que quiere abortar no quiere tener a ese hijo es porque a lo mejor sus condiciones psicológicas, económicas y sociales no se lo permiten, la alternativa que presenta es que el niño que va a nacer sea protegido por el estado y en todo caso por algún instituto religioso o no que vele por los derechos del niño.(21)

Las actitudes respecto al aborto varían en las distintas partes del mundo y en épocas del tiempo. Las secuelas han sido y seguirán siendo no solo un problema de tipo médico sino también social, político, moral y económico.(25)

En Guatemala solo se permite realizar el aborto terapéutico practicado por un médico, con el conocimiento de la mujer y con el único fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.(5)

3. Epidemiología:

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 una condición de duelo en la mujer y 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 la sociedad.(17)

a) Incidencia:

Se estima que a nivel mundial se producen de 40 a 60 millones de abortos cada año, de estos 30 millones son legales y 20 millones son ilegales o practicados en forma clandestina.(2,12,22,31)

Una investigación de la Organización Mundial de la Salud -OMS- en el año 2,000 reveló que en América Latina se llevan a cabo entre 4 a 6.2 millones de abortos provocados anualmente, esto representa una tasa de 41 abortos por cada 1000 mujeres, casi 3 veces más elevado en comparación con 15 por cada 1000 en todo el mundo y 5 veces más elevado que la de los países industrializados.(2,14,21,31)

La OMS calcula que cada año ocurren entre 1 y 4.4 millones de abortos clandestinos entre jóvenes de 10 a 24 años de edad.(7)

Anualmente mueren de 70,000 a 80,000 mujeres por aborto y sus complicaciones, el 95% de ellos se produce en los países en desarrollo y millones más padecen secuelas de morbilidad y discapacidad a largo plazo.(3,4,15,22)

Se calcula que 5 millones de mujeres necesitan atención por aborto espontáneo en el segundo trimestre de gestación, un estudio realizado en México en 1998 reportó que la mayoría de los fallecimientos intra hospitalarios se debieron a abortos espontáneos.(22,30)

En Guatemala se produce una tasa de mortalidad por aborto ya sea espontáneo o provocado de 10,5 por 100,000 nacidos vivos.(24)

En el informe anual del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP- de 1994, en un estudio sobre morbi-mortalidad por aborto reportó que a nivel hospitalario el 80% son espontáneos y que la incidencia de provocados es menor del 3%.(25)

En el Hospital General San Juan de Dios se atiende un promedio de 1,500 abortos por año sin especificar su tipo.(*)

(*) Fuente: Departamento de Registro y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

b) Factores de riesgo:

b.1 Aborto espontáneo:

- i. Edad: El riesgo de aborto espontáneo aumenta cuando los padres son añosos, se produce un 12% en mujeres de 20 años y un 26% en las mayores de 40 años de edad.(6,13,20)
- ii. Paridad: Estudios indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un aborto espontáneo es de 20 a 24% y la pérdida subsiguiente después de 2 a 3 abortos es de 30 a 50%.(1,13,20)

La incidencia aumenta si se concibe en el plazo de 3 meses posterior al nacimiento de un feto vivo.(6)

- iii. Las mujeres sea cual fuere su escolaridad, religión, procedencia, nivel socioeconómico y ocupación, tienen el riesgo de experimentar abortos espontáneos.(22)

b.2 Aborto provocado:

- i. Edad: En un estudio realizado en Centro América en 1993, se encontró que la edad más frecuente correspondió a mujeres de 30 a 49 años de edad.(4)

Un gran número de jóvenes de 10 a 24 años de edad, se someten al aborto provocado arriesgando su vida para poner fin a un embarazo no planificado, por miedo o vergüenza que el compañero las pueda abandonar, la puedan expulsar de la escuela, pueda perder su trabajo o porque la familia las rechace.(7,15,22,32)

- ii. Escolaridad: La OMS reporta que en la mayoría de regiones del mundo las mujeres de mayor grado de educación recurren al aborto provocado que las mujeres de baja escolaridad. En Centro América ocurre lo contrario, ya que existe un alto porcentaje de mujeres con escolaridad deficiente o analfabetas. En Guatemala el nivel de escolaridad es bajo, un 73% completaron 6 años o menos de estudios.(8,12,22)
- iii. Procedencia: Las estadísticas indican que en la mayoría de regiones del Mundo las mujeres de zonas urbanas recurren con más frecuencia al aborto provocado que las que viven en zonas rurales, eso podría ser consecuencia de la mayor disponibilidad de información y de servicios mas completos en las zonas urbanas.(22)
- iv. Religión: El aborto es más aceptado por mujeres que no profesan ninguna religión, un 50% de las no católicas y un 60% de las católicas aceptan el aborto, si el embarazo pone en riesgo la vida de la madre.(10,15)

- v. Estado civil: Estudios realizados indican que son frecuentes los abortos en las mujeres solteras, viudas, divorciadas o separadas.(4,8,12,15)
- vi. Paridad: Las mujeres multíparas recurren al aborto para no tener más hijos, generalmente después de 5 gestas y las adolescentes nulíparas para aplazar la gestación.(4,17,22)
- vii. Nivel socioeconómico: Una causa que determina la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo, es el bajo recurso económico.(12,17,27)
- viii. Ocupación: Estudios indican que el aborto inducido es más frecuente en mujeres subempleadas o desempleadas, estudiantes y vendedoras.(12,15)

4. Etiología:

4.1 Aborto espontáneo: Entre las causas generadoras de aborto espontáneo están:

a) Causas ovulares:

Cerca del 50 a 60% de los abortos espontáneos se deben a un desarrollo embriológico anormal, debido a factores hereditarios o a alteraciones cromosómicas que constituyen la causa más común.(1,6,29)

Entre las anomalías cromosómicas están:

- i. Trisomía autosómica que se asocia a aborto del primer trimestre.
- ii. Monosomía X que es compatible con la vida.(Sx.de Turner).
- iii. Triploídia que se asocia a degeneración placentaria hidrópica.
- iv. Asociación con mola hidatiforme.
- v. Polisomía cromosómica sexual.(6)

b) Causas maternas:

- i. Enfermedades generales como: Lupus eritematoso sistémico, tuberculosis grave, toxoplasma y enfermedad de Chagas.
- ii. Enfermedades infecciosas como: Herpes simple, micoplasma hominus y ureaplasma urealyticum.
- iii. Anomalías endocrinas: Diabetes mellitus y déficit de progesterona.(6,29)
- iv. Nutrición: La desnutrición severa predispone al aborto espontáneo.(6)

c) Causas inmunológicas :

Son de tipo auto inmune (síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos, Anticuerpos anti nucleares débilmente positivos) y halo-inmunes (incompatibilidad ABO).(2,6,9,)

d) Causas psicodinamicas:

Se incluyen a todas las pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital quienes experimentan traumas emocionales conscientes o subconscientes, lo que sería la causa que provoca el aborto.(13,29).

e) Causas de origen tóxico:

Como el tabaco, alcohol, cafeína, radiación, cocaína y toxinas ambientales.(6,19,29).

f) Envejecimiento de gametos.

g) Laparotomía:

El traumatismo de la laparotomía exploradora es a veces causa de aborto, la peritonitis aumenta su incidencia.(6)

4.2 Aborto provocado:

El aborto provocado es el resultado de condiciones socioeconómicas, psicológicas, culturales, médicas y legales que en un determinado momento influyen en la mujer.(21)

5. Clasificación y formas clínicas:

5.1 Aborto espontáneo: El aborto espontáneo se clasifica en:

a) Amenaza de aborto

Es el más precoz de los distintos cuadros que pueda presentar el aborto espontáneo y se caracteriza porque en una mujer con signos presuntivos de embarazo, aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia vaginal, el cuadro se acompaña de dolores espasmódicos que coinciden con contracciones del útero o dolores de espalda.(6,23,29)
En la imagen ecográfica se observa embrión con actividad cardíaca y movimientos activos, así como visualización del saco vitelino. Es signo de buen pronóstico cuando además se observa corion vellosos que llega al cervix, lo que explicaría la pérdida sanguínea.(29)

b) Aborto inminente:

Se caracteriza por dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante con coágulos.(6,29)

c) Aborto inevitable:

Se caracteriza por la presencia de hemorragia uterina de una gestación menor de 20 semanas, dolores más intensos acompañados de dilatación del cuello uterino pero sin expulsión de tejido placentario o fetales.(6,20,22,29)

d) Aborto retenido o diferido:

Cuadro en que muerto el huevo in útero, por diversas razones no es expulsado al exterior, el útero no se ha contraído ni el cuello se ha dilatado totalmente como para expulsar el huevo muerto en su interior.

La imagen ecográfica, es muy similar a la de un embarazo normal, pero sin actividad cardíaca ni movimientos activos.(29)

e) Aborto en curso:

Es cuando además el huevo muerto in útero, hay pérdida de líquido amniótico en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con emisión sanguínea genital y aparición de trozos parciales o la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior. Muchas veces queda retenido en la vagina y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina.(6,29)

f) Aborto incompleto:

Es la expulsión de una parte de los productos de la gestación, la cavidad uterina aún permanece parcialmente ocupada, el cuello uterino permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es profusa y persistente.

g) Aborto completo:

En este caso los tejidos fetales son expulsados espontánea y completamente del útero, da una acmé dolorosa y hemorrágica, posteriormente desaparecen los cólicos uterinos, la hemorragia cesa por entero, el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo y se cierra el orificio interno del cuello uterino.(2,6,20,22,29)

h) Aborto séptico:

Este cuadro se presenta cuando el aborto es incompleto y no es solucionado correctamente causando sepsis, la cual es provocada por patógenos de la flora genital e intestinal. Este cuadro casi siempre se asocia a aborto provocado, las manifestaciones clínicas son: fiebre, secreción fétida, hemorragia, dolor pélvico, e hipersensibilidad posteriormente puede complicarse con shock séptico.(6,23,29)

i) Aborto habitual o recurrente:

Este cuadro se caracteriza por la pérdida de tres o más embarazos consecutivos, su etiología no se comprende y la posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto sería para algunos autores, alrededor de 80%; después de dos abortos 70% y de tres abortos 50%.(1,3,20,29)

5.2 Aborto provocado: El aborto provocado se clasifica en:

a) Aborto terapéutico:

Es la terminación del embarazo antes de la viabilidad fetal, con el propósito de proteger la salud materna o por razones legales, entre las indicaciones están: Que la vida de la paciente se encuentre en peligro por una enfermedad causada o agravada por el embarazo, que no exista otra terapéutica para la paciente o que la misma si existe haya fracasado, que se tenga una razonable seguridad de que mediante el aborto se logrará una mejoría o la curación de la paciente y cuando se cree que la continuación del embarazo va a dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones severas. El aborto es la última medida a la que se debe recurrir.(1,6,)

b) Aborto legal:

Según OMS el 40% de la población del mundo vive en países donde el aborto está permitido a petición de la mujer, a veces se ponen límites según el tiempo de gestación.(22)

En Guatemala las contemplaciones legislativas según el Código Penal(5)

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 uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

Art. 135. Aborto con o sin consentimiento. Quién, de propósito causare un aborto, será sancionado:

1. Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere;
2. Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Si se hubiera 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, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuados sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce 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 solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

Art. 138. Aborto Preterintencional. Quién, por actos de violencia ocasionare el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

Art. 139. Tentativa y Aborto Culposos. La tentativa de la mujer para causar su propio aborto o 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 quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. Igualmente se aplicará, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.

6. Complicaciones tempranas y tardías del aborto:

- a) Retención de los anexos ovulares o alguna parte de ellos.(32).
- b) Hemorragia, la cual es frecuente en el aborto incompleto.(3,17,26,33)
- c) Sepsis y Shock Séptico es mucho más probable que se deba a aborto provocado en malas condiciones que a un aborto espontáneo.(3, 26,33)
- d) Laceraciones Cervicales: Por lo menos un 1% de mujeres con abortos del primer trimestre presentan laceraciones cervicales. El riesgo aumenta en adolescentes de segundo trimestre o cuando se producen fallos en la dilatación cervical.(3,26,33).

- e) Perforación Uterina: Esta constituye entre 2 y 3% de mujeres que se someten a un aborto, muchas no son diagnosticadas ni tratadas hasta que se realiza una laparoscopia. El riesgo aumenta en mujeres que han tenido hijos o que reciben anestesia general durante el procedimiento, la perforación uterina puede causar a su vez complicación en posteriores embarazos o incluso llegar a requerir una histerectomía que ocasionará nuevas complicaciones.(17,26,33)
- f) Endometritis: El riesgo de sufrirla aumenta después de un aborto, para todas las mujeres pero especialmente en las adolescentes.(17,26)
- g) Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.I.P): Esta complicación puede disminuir la fertilidad y aumentar el riesgo de embarazos ectópicos. Un 23% de las mujeres infectadas por clamidia al momento del aborto desarrollan E.I.P, de las que no tienen clamidia 5% la desarrollan dentro de las 4 semanas siguientes al aborto.(26)
- h) Peritonitis: Se origina por invasión de gérmenes por vía linfática o bien por vía directa de una salpingooforitis que se verte en la cavidad peritoneal o desde una herida uterina o desgarro del fondo del saco vaginal, por simple continuidad.(17,26,29)
- i) Partos Prematuros: El riesgo de abortos prematuros aumenta con los abortos previos entre 1.89 y 2.66 veces más que las mujeres que han llevado el mismo número de embarazos a termino.(26,33)
- j) Embarazos Ectópicos: La posibilidad de que después de un aborto se produzcan embarazos ectópicos aumenta con los eventos de abortos y a su vez determina una disminución de la fertilidad.(26)
- k) Placenta Previa: El riesgo de placenta previa en los embarazos posteriores aumenta de 7 a 15 veces después de un aborto y produce mayor riesgo de malformaciones fetales o sangramiento excesivo durante el parto.(26)
- l) Abortos Espontáneos: Son frecuentes después de un aborto inducido.(3)
- m) Cáncer cervical, de ovario y de hígado: Las mujeres con un aborto tienen 2.3 veces el riesgo de cáncer cervical en comparación con las que no han tenido ningún aborto, si son 2 o más abortos el riesgo aumenta a 4.92. También se eleva el riesgo para cáncer de ovario y de hígado, parece estar relacionado con la interrupción no natural de los cambios hormonales que se producen durante el embarazo.(26)
- n) Cáncer de mama: El riesgo de cáncer de mama prácticamente se duplica después de un aborto. El interrumpir el embarazo, destruye la protección natural que este le proporciona a la mujer, principalmente en las mujeres primerizas.

Un estudio demostró que una adolescente que se hace practicar un aborto es dos veces más propensa a sufrir cáncer de mama y si en su familia se ha padecido esa enfermedad su riesgo es incalculablemente elevado.(18,26)

- o) Muerte: El aborto espontáneo ocasiona la muerte de la madre con menos frecuencia que el aborto provocado sin condiciones de seguridad. Un estudio realizado en Finlandia en 1997 reportó que las mujeres que han pasado por un aborto tienen 4 veces más posibilidades de morir, que las que no lo han sufrido. Las mujeres que han llevado a término su embarazo tienen la mitad de riesgo de muerte que las que no han tenido un embarazo.(22,26,30)

7. Conducta clínica y terapéutica.

a) Hospitalización:

Tanto el aborto espontáneo como el provocado suelen requerir tratamiento y hospitalización. Un estudio realizado en México indicó que el aborto esta ubicado entre las primeras 10 causas de consulta y de morbilidad hospitalaria, señalando que el 30 a 59% de la ocupación de las camas hospitalarias de Gineco-obstetricia se dedicaba a la atención de pacientes por aborto y hasta el 50% de los recursos de las maternidades se destinaba a su tratamiento.(15,17,22)

En América Latina los abortos mal hechos ocupan la mitad de las camas en las salas de Gineco-obstetricia y consumen la mitad o más de los recursos de los bancos de sangre locales, usan la mitad de tiempo de las salas de operaciones y exigen la mitad o más del tiempo de los cirujanos y profesionales especialistas.(15)

También se reporta que el costo económico de un aborto provocado es más del doble que del aborto espontáneo. Un estudio realizado en México en 1994, determino que los días promedio de estancia hospitalaria de todas las formas de aborto es de 1.8, que el total de camas que se requieren a diario para su atención es prácticamente 1,500 y que el total de días año llega al millón.(17)

Otro estudio realizado en Panamá determino que los días promedio de hospitalización fueron 2 para el aborto provocado y 1 para aborto espontáneo.(12)

b) Tratamiento Farmacológico:

- i. Amenaza de aborto: Para este cuadro es un tratamiento profiláctico que consiste en reposo absoluto y prohibición de relaciones sexuales.
- ii. Aborto Inevitable: Sí el estado general de la paciente y la intensidad de la hemorragia lo permite, se esperará conseguir que el aborto se complete espontáneamente sino, se ayuda reforzando las contracciones con Oxitocina, 1 o 2 UI. por vía intramuscular, cada 30 a 60 minutos o 50 a100 mU. por minuto en infusión intra venosa continúa hasta lograr la expulsión del huevo.

- iii. Aborto Completo: Generalmente no necesita tratamiento farmacológico, pero se debe realizar ultrasonido para confirmar que no haya quedado restos fetales intra útero.
- iv. Aborto Séptico: Es fundamental que se realice cultivo de secreción vaginal y hemocultivo, e iniciar pronto tratamiento antimicrobiano por ejemplo con ampicilina 6 a 12 g más gentamicina 3 a 5 mg/Kg. de peso por día.
Después de las 16 semanas de gestación, toda maniobra endo uterina resulta más peligrosa, por lo que la conducta debe inclinarse en lo posible a lograr la evacuación con medicamentos (Oxitocina).(29)

c) Legrado Instrumental o Curetaje:

Este método se utiliza para aborto incompleto, inevitable si la hemorragia es profusa, en aborto retenido y en aborto séptico. Este procedimiento debe ser realizado bajo anestesia general, se coloca un espejo o valvas y se prende el labio anterior del cuello con una pinza de garfios. A veces la dilatación cervical es suficiente para permitir la introducción de la cureta. En caso contrario se procederá a la dilatación artificial, preferentemente con bujías de Hegar. Después se introducirá suavemente la bujía pasando el orificio interno, donde se percibirá un ligero salto. Sucesivamente se insertarán calibres superiores, hasta conseguir una dilatación suficiente para el libre pasaje de la cureta apropiada. Cuando por el cuello ampliamente dilatado asoman elementos ovulares, se extraerán con un pinza. La cureta se introduce hasta el fondo del útero y se retira raspando hacia el cuello. El estallido de las membranas produce la salida del líquido amniótico claro y el desprendimiento de la placenta ocasiona el escape de sangre. Una vez eliminado el huevo, la cureta dará la sensación particular de contacto con la pared del útero.(29)

d) Legrado por Aspiración:

Este método tiene la ventaja de que la evacuación uterina es más rápida y completa, lesiona menos el endometrio y el miometrio, por lo que disminuye el riesgo de destrucción de la capa basal del endometrio, amenorreas definitivas y sinequias; y produce menos perforaciones.(29)

e) Quirúrgico:

Laparotomía: En algunas circunstancias es mejor recurrir a la Histerectomía o a la Histerotomía abdominal para el aborto que el curetaje o la inducción médica, si hay una enfermedad uterina o si se sospecha gangrena uterina la histerectomía puede ser el tratamiento ideal. También esta indicada en el aborto séptico y en pacientes graves con shock séptico. Si se debe realizar una esterilización, la histerotomía con interrupción de la continuidad tubarica es la de elección. A veces la histerectomía o la histerotomía se vuelven necesarias debido al fracaso de la inducción médica durante el segundo trimestre.(6,29)

8. Planificación Familiar post aborto:

Los servicios de planificación familiar ofrecen a la mujer la oportunidad de determinar el número y el espaciamiento de sus hijos. Es importante aprovechar el momento de más alta motivación, producto de la reciente experiencia vivida como lo es el aborto.(9,22)

Se debe hacer comprender a las mujeres por aborto espontáneo o inducido el riesgo de un nuevo embarazo antes de la próxima menstruación ya que la ovulación suele reanudarse en la tercera semana siguiente al aborto. También deben saber que pueden usar cualquier método anticonceptivo después de un aborto, si no surgen complicaciones después de un aborto durante el primer trimestre.(7,8,22)

Con frecuencia los programas de planificación familiar se diseñan para mujeres casadas, no para las mujeres jóvenes solteras, es posible que los jóvenes no sepan de planificación familiar y los que saben, pueden sentirse desanimados por las actitudes de los trabajadores de salud, que juzgan el comportamiento de los jóvenes.(7,32)

En Guatemala el uso de anticonceptivos es bajo comparado con los otros países y la aceptación de un método efectivo es más entre las mujeres más jóvenes y aquellas que no han empezado aún su vida reproductiva, es evidente la necesidad de mejorar la información que se da especialmente en lo concerniente a creencias erróneas y a buscar un efecto más duradero en la continuidad de uso de los anticonceptivos, aún cuando estos presenten efectos secundarios durante los primeros meses de uso.(7,8)

B. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA:(28)

1. Características Geográficas:

Guatemala cabecera Guatemala.

El departamento de Guatemala tiene una altura de 1502.32 metros sobre el nivel del mar, una extensión territorial de 2.253 Km². y se encuentra situada sobre la cordillera de los Andes.

Sus límites son: colinda al este con los departamentos de El Progreso, Jalapa, y Santa Rosa; al norte con Baja Verapaz, al oeste con Sacatepéquez y Chimaltenango.

2. Característica Poblacional:

El departamento de Guatemala está dividido en 17 municipios; y según información del INE (Instituto Nacional de Estadística) tiene una población total de 1,813,825 a continuación se mencionan los municipios y su respectiva población

	Municipio	Población	%
1.	Guatemala	823,301	45.4
2.	Santa Catarina Pinula	38,628	2.1
3.	San José Pinula	24,471	1.4
4.	San José del Golfo	4,213	0.2
5.	Palencia	34,239	1.9
6.	Chinautla	63,463	3.5
7.	San Pedro Ayampuc	20,260	1.9
8.	Mixco	305,297	16.8
9.	San Pedro Sacatepéquez	21,009	1.2
10.	San Juan Sacatepéquez	88,766	4.9
11.	San Raimundo	15,082	0.8
12.	Chuarrancho	7,091	0.4
13.	Fraijanes	17,166	1.0
14.	Amatitlán	54,930	3.0
15.	Villa Nueva	192,069	10.6
16.	Villa Canales	62,334	3.4
17.	Petapa	41,506	2.3
	Total	1813,825	100.00

a. La población por grupos de edad es :

0 – 14	659,829	36.4
15 – 64	1,075,780	59.3
65 Y más	78,216	4.3

b.	La población por sexo es:	Total	%
	Hombres	865,663	47.7
	Mujeres	948,162	52.3

c.	La población por área urbana-rural es:		
	Urbana	1,285,828	70.9
	Rural	527,997	29.1

3. Mortalidad:

La mortalidad total del Departamento de Guatemala es: 13,947(*)

4. Características sociales y Culturales:

Feria Titular: 13 al 17 de agosto (con celebración especial el día 15, día de la Asunción).

Su industria representa el 72% del total y la concentración de vehículos el 60% de toda la república. Por sus 1,200 Km., de calles y avenidas se movilizan diariamente unas 3,000 toneladas de mercadería y productos destinados a garantizar la satisfacción de las necesidades de la población.(28)

(*) Fuente: INE Instituto Nacional de Estadística.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA

1) Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo.

2) Objeto de estudio:

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto.

3) Muestra de estudio:

Para calcular el tamaño de una muestra para estudios poblacionales, se utilizó el programa EPI INFO versión 6, con un nivel de confianza de 95%.

Se tomó en cuenta el número de pacientes con diagnóstico clínico de aborto (3829) y el número de Nacidos Vivos (23120) del Hospital General San Juan de Dios, atendidos durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001. Se calculó la frecuencia esperada de 11%, 17.8% y 22.3% para los años 1999, 2000 y 2001 respectivamente, obteniendo al final como tamaño de la muestra un total de 927 historias clínicas para revisar.

4) Criterios de inclusión:

Se tomaron en cuenta los expedientes correspondientes a la muestra con diagnóstico de aborto, de los años 1,999 al 2,001.

5) Variables a estudiar:

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACION	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA MED.
INCIDENCIA	Número de casos nuevos de determinado ente nosológico en lugares y tiempo definido.	No. Abortos	Porcentaje	Numérica
		No. Nacidos Vivos		
CARACTERISTICAS GENERALES	Edad (tiempo cronológico de vida desde el nacimiento hasta la defunción).	Años reportados	Años de vida	Numérica
	Escolaridad (tiempo que asiste a un centro de enseñanza para llevar en el sus estudios).	Años escolares terminados	Años escolares	Numérica
	Ocupación (emplearse en un trabajo ejercicio o tarea)	Dedicación principal	Empleada domestica Profesional Estudiante	Nominal Nominal Nominal
	Procedencia (lugar geográfico donde reside una persona)	Lugar donde reside	Comerciante Municipio o Depto.	Nominal Nominal
	Estado civil (Condición legal de una persona respecto a una pareja del sexo opuesto).	Tomado del expediente clinico	Soltera, casada, unida, divorciada, viuda	Nominal
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Eventos Ginecológicas y Obstétricas, sucedidos en vida reproductiva.	# de gestas # de partos # de abortos # Ectópicos # cesáreas # Hijos vivos # Hijos muertos	# de gestas # de partos # de abortos # Ectópicos # cesáreas # Hijos vivos # Hijos muertos	Numérica
TIPO DE ABORTO	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos	Tomado del expediente clínico	Aborto provocado Expóntaneo Diferido Séptico Inevitable Completo Habitual Molar	Nominal

TRATAMIENTO	Todas las acciones clínicas y farmacológicas para la resolución de un problema de salud.	Se tomará el dato del expediente clínico.	Farmacológica: Antibióticos Reposición de líquidos y Electrolitos. Transfusiones Analgésicos Sedantes Quirúrgico: Legrado Intrauterino Instrumental AMEU	Nominal
ESTANCIA HOSPITALARIA	Período de tiempo que permanece una persona dentro del hospital.	Se tomará el dato del expediente clínico.	Días y horas de estancia .	Numérica
COMPLICACIONES	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural o en el intento por resolver la misma.	Tomado del expediente clínico.	Tipo de complicacion 1. Hemorragia 2. Lesión o perforación 3. Sepsis 4. Shock séptico 5. Peritonitis 6. Endometritis 7. Salpingooforitis 8. Muerte	Nominal
TRATAMIENTO DE LA COMPILACION	Acción clínica y farmacologica para la resolución de una complicación.	Tomado del expediente clínico.	Laparotomía Corrección de perforación. Sutura cervical y/o vaginal	Nominal

6) Recolección de datos:

Para obtener la información requerida se revisaron los expedientes clínicos que se encuentran en el Departamento de Archivos Médicos del Hospital General San Juan de Dios, correspondientes al periodo del 1 de enero de 1,999 al 31 de diciembre de 2,001. Los datos obtenidos se transcribieron a una boleta de recolección de datos.(Anexo 1)

6) Ejecución de la investigación:

Para realizar el estudio, se solicitó al Comité de Docencia e Investigación del Hospital General San Juan de Dios la autorización para realizar el estudio en dicho establecimiento y revisar los expedientes clínicos con diagnóstico de aborto, correspondientes del 1 de enero de 1,999 al 31 de diciembre de 2,001, los datos se trasladaron a la boleta de recolección de datos los cuales posteriormente se tabularon y analizaron. Las etapas del estudio las realizó el estudiante responsable de la investigación.

7) Presentación de resultados:

Los datos se procesaron por medio del programa EPI INFO y se presentaron en cuadros estadísticos, los cuales se analizaron.

9) Aspectos éticos:

El presente estudio es de tipo no experimental, por lo que solo se utilizaron los expedientes clínicos, se respeto la identidad de las pacientes.

B. RECURSOS:

1. Físicos:

- a) Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas USAC.
- b) Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva (CIESAR). Hospital General San Juan de Dios.
- c) Biblioteca del Hospital General San Juan de Dios.
- d) Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Guatemala.
- e) Departamento de Registros Médicos del Hospital General San Juan de Dios.

2. Materiales:

- a) Expedientes clínicos.
- b) Instrumento de recolección de datos.
- c) Computadora e implementos.
- d) Mobiliario y útiles de escritorio.
- e) Fotocopiadora.

3. Humanos:

- a) Asesor.
- b) Revisor.
- c) Docente de la Unidad de Tesis.
- d) Integrantes del Comité de Investigación del Hospital General San Juan de Dios.
- e) Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.
- f) Personal que labora en el Departamento de Registros Médicos del Hospital General San Juan de Dios.
- g) Personal Bibliotecario.

VII PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

**Incidencia anual de aborto en el departamento de
Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios
durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001**

Año	Número de abortos	Nacidos vivos	Tasa x 1000 N. V.*
1999	977	8825	110.7
2000	1352	7579	178
2001	1499	6716	223
Total	3828	23120	165.5

Fuente: Departamento de registro y estadística del Hospital General San Juan de Dios.

* Nacidos vivos

CUADRO 2

**Distribución porcentual según edad, de pacientes con
diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al departamento
de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios
durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001**

Edad (años)	Frecuencia	%
10 - 14	9	0.97
15 - 19	174	18.77
20 - 24	259	27.94
25 - 29	188	20.28
30 - 34	145	15.64
35 - 39	108	11.65
40 - 44	38	4.10
45 - 49	6	0.65
Total	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

CUADRO 3

Edad en relación al estado civil de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001.

Años de Edad	Estado civil											
	Casada		Soltera		Unida		Divorciada		Viuda		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10-14	1	0.11	4	0.43	4	0.43					9	0.97
15-19	30	3.24	36	3.88	101	10.90	1	0.11			168	18.12
20-24	77	8.31	37	3.99	136	14.67	1	0.11			251	27.08
25-29	65	7.01	19	2.05	98	10.57					182	19.63
30-34	49	5.29	13	1.40	80	8.63			2	0.22	142	15.32
35-39	43	4.64	9	0.97	54	5.83					106	11.43
40-44	14	1.51	2	0.22	20	2.16	1	0.11			37	3.99
45-49	1	0.11			3	0.32					4	0.43
No dato*											28	3.02
Total	280	30.20	107	12.94	496	53.51	3	0.33	2	0.24	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* No se anotó el estado civil en la historia clínica.

F= Frecuencia

CUADRO 4

Frecuencia y distribución porcentual según religión, de pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

Religión	Frecuencia	%
Católica	544	58.68
Evangélica	242	26.11
Mormona	2	0.22
Testigo de Jehová	2	0.22
Adventista	2	0.22
Judía	1	0.11
Sin religión	54	5.83
No dato*	80	8.63
Total	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* No se anotó religión en la historia clínica

CUADRO 5

Frecuencia y distribución porcentual de alfabetismo en pacientes con diagnóstico clínico de aborto, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

Escolaridad	F	%
Analfabeta	137	14.78
Alfabeta	640	69.04
No dato*	150	16.18
Total	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* No se anotó escolaridad en la historia clínica

CUADRO 7

**Pacientes con diagnóstico clínico de aborto, que ingresaron al departamento de
Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios
durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001**

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona 1	84	9.06
Zona 2	17	1.83
Zona 3	73	7.9
Zona 4	11	1.19
Zona 5	58	6.26
Zona 6	145	15.6
Zona 7	16	1.73
Zona 8	7	0.76
Zona 9	2	0.22
Zona 11	1	0.11
Zona 12	6	0.65
Zona 13	5	0.54
Zona 14	3	0.32
Zona 15	5	0.54
Zona 16	12	1.29
Zona 17	37	3.99
Zona 18	203	21.90
Zona 19	8	0.86
Zona 21	2	0.22
Chinautla	26	2.80
Palencia	47	5.07
Fraijanes	13	1.40
San José Pinula	41	4.42
Sta. Catarina Pinula	9	0.97
Mixco	19	2.05
Sn. Pedro Ayampuc	16	1.73
Sn. José del golfo	2	0.22
Sn. Juan Sacatepequez	4	0.43
Villa Nueva	9	0.97
Petapa	2	0.22
Villa Canales	4	0.43
Chuarrancho	1	0.11
Otros Departamentos	28	3.02
No dato	11	1.19
TOTAL	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos
del Hospital General San Juan de Dios.

CUADRO 6

Edad según ocupación, de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

OCUPACIÓN												
Años de Edad	Ama de casa		Comerciante		Estudiante		Profesional		Otras ocupaciones		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10-14	6	0.65			3	0.32					9	0.97
15-19	131	14.13	1	0.11	19	2.05	2	0.22	17	1.83	170	18.34
20-24	217	23.41	10	1.08	3	0.32	7	0.76	12	1.29	249	26.86
25-29	167	18.02	4	0.43			2	0.22	8	0.86	181	19.53
30-34	127	13.70	8	0.86			2	0.22	3	0.32	140	15.10
35-39	95	10.25	6	0.65			3	0.32	3	0.32	107	11.54
40-44	38	4.10							6	0.65	44	4.75
45-49	5	0.43							7	0.76	12	1.29
No dato*											15	1.62
Total	786	84.68	29	3.13	25	2.70	16	1.73	56	6.04	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* No se anotó ocupación en la historia clínica.

F= Frecuencia

CUADRO 8

**Antecedentes Gineco-obstetricos según edad, de pacientes con diagnóstico clínico de aborto que ingresaron
al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios,
durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001**

Edad	Número de casos	Gestas								Partos										Abortos					
		1		2 a 4		5 a 15		No dato*		0		1		2 a 4		5 a 12		No dato*		1 a 2		3 a 4		5 o más	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10-14	9	9	0.97							9	0.97														
15-19	174	124	13.4	47	5.07					135	14.6	29	3.13	5	0.54					22	2.37				
20-24	259	78	8.41	161	17.4	15	1.62			101	10.9	68	7.34	81	8.74	5	0.54			61	6.58	1	0.11		
25-29	188	15	1.62	130	14	43	4.64			31	3.34	28	3.02	117	12.6	9	0.97			69	7.44	3	0.32		
30-34	145	3	0.32	81	8.74	60	6.47			13	1.4	15	1.62	92	9.92	24	2.59			46	4.96	3	0.3	3	0.3
35-39	108	3	0.3	39	4.21	66	7.12			8	0.86	9	0.97	54	5.83	35	3.78			41	4.42	3	0.3		
40-44	38			7	0.76	31	3.34					2	0.22	10	1.08	23	2.48			16	1.73	4	0.43	2	0.2
45-49	6					6	0.65							1	0.11	4	0.43			4	0.43				
Total	927	232	25	465	50	221	23.8	9	0.97	297	30.9	151	16.3	360	38.6	100	10.8	19	2.05	259	27.9	14	1.51	5	0.5

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* Se refiere a que no se anotó el número de acontecimientos obstetricos en la historia clínica.

F= Frecuencia

CUADRO 8.1

Antecedentes Gineco-obstetricos según edad de pacientes con diagnostico clínico de aborto, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

Edad	Número de casos	Cesareás										Hijos Nacidos Vivos										Hijos nacidos			
		0		1		2 a 4		5 ó más		No dato*		0		1		2 a 4		5 ó más		No dato*		0		1 a 2	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10-14	9	6	0.6	7	0.76																				
15-19	174	138	14.9	17	1.83							5	0.54	8	0.86	1	0.11	2	0.22			1	0.11	1	0.12
20-24	259	173	18.7	16	1.73	5	0.54					1	0.11	23	2.48	38	4.1	2	0.24			1	0.12	1	0.12
25-29	188	132	14.2	9	0.97	11	1.19					1	0.12	11	1.19	46	4.96	14	1.51					2	0.24
30-34	145	94	10.1	6	0.65	12	1.29							7	0.76	46	5	15	1.62					3	0.32
35-39	108	75	8.1	3	0.32	9	0.97	2	0.22			1	0.12	4	0.43	20	2.16	10	1.08					5	0.54
40-44	38	22	2.4			1	0.11							1	0.11	5	0.54	2	0.24					4	0.43
45-49	6	4	0.4																					4	0.4
Total	927	644	69.5	58	6.3	38	4.1	2	0.2	185	20	8	0.86	54	5.83	155	5.93	45	4.85	665	71.7	2	0.24	20	2.16

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* Se refiere a que no se anotó el número de acontecimientos obstetricos en la historia clínica.

F= Frecuencia

CUADRO 9

Distribución porcentual de la edad gestacional en semanas, de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de 1999 a diciembre del 2001

Edad Gestacional	Frecuencia	%
4-8 Sem.	59	6.36
9-13 Sem.	137	14.78
14-18 Sem.	37	3.99
> de 19 Sem.	42	4.53
No Dato*	652	70.33
TOTAL	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* No se anoto edad gestacional en la historia clínica

CUADRO 10

Distribución porcentual según clasificación clínica de aborto, de pacientes que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

Tipo de Aborto	Frecuencia	%
Completo	3	0.32
Diferido	94	10.14
Incompleto	751	81.01
Habitual	4	0.43
Inevitable	30	3.24
Molar	1	0.11
Provocado	11	1.19
Séptico	33	3.56
TOTAL	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

CUADRO 11

**Horas y días de estancia hospitalaria según tipo de aborto, de las pacientes que ingresaron
al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios,
durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001**

ESTANCIA HOSPITALARIA	Completo		Diferido		Incompleto		Habitual		Inevitable		Molar		Provocado		Séptico		Total Tipo de aborto	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 a 4 Hrs.					8	0.86											8	0.86
5 a 8 Hrs.					18	1.94											18	1.94
9 a 12 Hrs.					38	4.10			1	0.108							39	4.21
13 a 16 Hrs.					7	0.76			1	0.11							8	0.86
17 a 20 Hrs.					1	0.11			1	0.11							2	0.22
21 a 24 Hrs.	3	0.324	30	3.236	546	58.90			16	1.726	1	0.11			5	0.54	601	64.83
2 Días			26	2.805	104	11.22	2	0.216	7	0.755			2	0.22	6	0.65	147	15.86
3 Días			18	1.942	22	2.37	2	0.22	2	0.216			1	0.11	13	1.40	58	6.26
Más de 4 Días			20	2.157	7	0.76			2	0.22			8	0.86	9	0.97	46	4.96
Total	3	0.32	94	10.14	751	81.01	4	0.431	30	3.236	1	0.11	11	1.19	33	3.56	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

F= Frecuencia

CUADRO 12

Tratamiento farmacológico y quirúrgico según tipo de aborto, de pacientes que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

TIPO DE TRATAMIENTO																		
Tipo de Aborto	Número de casos		FARMACOLÓGICO								QUIRURGICO							
											LEGRADO				NO LEGRADO*		OTRO QUIRURGICO** Laparotomía	
			Antibiotico		Analgesico		Reposición L/E		Transfusion		LIU		AMEU					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Completo	3	0.32					3	0.32			2	0.2			1	0.11		
Diferido	94	10.14	6	0.65	28	3.02	94	10.14	3	0.32	87	9.4	5	0.54	2	0.22		
Incompleto	751	81.0	11	1.19	255	27.51	751	81.00	17	1.83	656	70.77	92	9.92	3	0.32		
Habitual	4	0.43	1	0.11			4	0.43			4	0.4						
Inevitable	30	3.24	2	0.22	6	0.65	30	3.24			30	3.2						
Molar	1	0.11					1	0.11			1	0.1						
Provocado	11	1.19	10	1.08	4	0.43	11	1.19	5	0.54	9	1.0					2	0.22
Séptico	33	3.6	32	3.45	11	1.19	33	3.60	3	0.32	32	3.5					1	0.11
Total	927	100	62	6.69	304	32.794	927	100	28	3.02	821	88.57	97	10.46	6	0.65	3	0.32

ente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

Pacientes que solicitarón egreso contraindicado

Se refiere a tratamiento de complicación

Frecuencia

CUADRO 13

Distribución porcentual de complicaciones que presentaron las pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

Complicaciones	Frecuencia	%
SI	20	2.16
NO	901	97.20
No dato*	6	0.65
Total	927	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.

* No se anotó en la historia clínica si hubo ó no complicación.

CUADRO 14

Complicaciones según tipo de aborto, de las pacientes que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001

COMPLICACIONES										
Tipo de Aborto	Septicemia		Shock Séptico		Perforación		Otras		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Diferido	1	5	1	5.0	1	5.0			3	15.00
Incompleto	4	20					2	10	6	30.00
Habitual	1	5.0							1	5.00
Inevitable	1	5.0							1	5.00
Provocado	3	15	3	15			1	5	7	35.00
Séptico			1	5.0	1	5			2	10.00
Total	10	50	5	25	2	10	3	15	20	100

Fuente: Historias clínicas del departamento de registro médicos del Hospital General San Juan de Dios.

F= Frecuencia

VIII ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Durante los tres años de estudio se registraron 3828 casos con diagnóstico clínico de aborto, de los cuales se trabajó con una muestra probabilística aleatoria simple de 927 historias clínicas.

La incidencia de aborto en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios aumentó en cada año de estudio, encontrando para 1999 una tasa de 111 x 1000 Nacidos Vivos (N/V), en el año 2000 de 178 x 1000 N/V, y para el año 2001 de 223 x 1000 N/V, con una tasa promedio para los tres años de 166 abortos X 1000 N/V, lo anterior se podría explicar por la alta frecuencia de consulta a este centro asistencial y por el fácil acceso vial de pacientes provenientes de las zonas de la ciudad capital, además es hospital de referencia de la republica. (CUADRO 1)

En relación con edad el 48.22% se encontraba entre 20 y 29 años siendo este grupo el más afectado, según literatura la edad materna influye en la frecuencia del aborto, la cuál aumenta un 12% en mujeres de 20 años y 26% en las mayores de 40 años (6,13,20). En este caso la información obtenida según edad, no se pudo comparar con la literatura, debido a que no se trabajó con el total de las pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia. (CUADRO 2)

Con relación al estado civil se encontró que un 53.51% eran unidas, 30.9% casadas y un 13.5% solteras, según literatura revisada el estado civil influye en la incidencia de aborto provocado, principalmente cuando no hay apoyo psicológico, económico y moral por parte de la pareja o la familia, mientras que el aborto espontáneo se puede presentar en mujeres independientemente del estado civil (4,8,12,15). En este estudio se pudo observar que el 83.71 % refirió una relación de pareja estable, esto podría indicar que son mujeres que tienen vida sexual activa y por consiguiente la probabilidad de quedar embarazadas con más frecuencia después de un aborto. (CUADRO 3)

Se encontró que 58.68% eran católicas, 26.9% profesaban otra religión y un 6% refirió no profesar alguna religión, el aborto se puede presentar por diversos factores que no necesariamente se relacionan con la religión (10,15). En este estudio el 85.58% profesaba alguna religión, lo que es importante para el tratamiento y la consejería. (CUADRO 4)

Un 69.04% de las pacientes era alfabetas, sin especificar el grado de escolaridad. La literatura indica que en Guatemala por lo menos el 73% de la población no ha completado 6 años de escolaridad (8,12,22), esto podría ser un factor que contribuye en forma indirecta para que se presente un aborto, debido a que muchas mujeres desconocen los riesgos del mismo y temen consultar con profesionales de salud para que las orienten. (CUADRO 5)

Acerca de la ocupación de las pacientes del estudio, se encontró que un 81.45% era ama de casa, respecto a otras ocupaciones un 6% era operaria trabajadora de maquila, tales actividades no brindan estabilidad económica lo que implica bajo ingreso monetario en la familia, generando que en algunos casos la mujer no tenga una adecuada nutrición, factor que puede predisponer al aborto espontáneo, algunos estudios indican que el aborto inducido es más frecuente en mujeres subempleadas, estudiantes y vendedoras (12,15,22). (CUADRO 6)

Con relación a la procedencia se observó que el 74.97% provenían de la ciudad capital, principalmente de las zonas 18 y 6, un 20.82% eran procedentes de algunos municipios del departamento de Guatemala. Lo anterior podría deberse a que el municipio de Guatemala tiene mayor número de población y fácil acceso vial a las instalaciones del Hospital General San Juan de Dios. (CUADRO 7)

En cuanto a los antecedentes Gineco-obstétricos, se pudo observar que las mujeres comprendidas entre 20 a 29 años de edad, fueron quienes presentaron mayor índice de aborto, encontrándose historia de 2 a 4 partos y de 1 a 2 abortos previos. Según literatura las mujeres que presentan abortos previos y mayor número de gestas, posteriormente pueden tener riesgo de sufrir abortos espontáneos (6).

Del total de los casos un 10.6% reportó antecedente de cesárea, un 16.6% refirió haber tenido 1 ó más hijos vivos y en 72% de las historias clínicas no se encontró este dato, únicamente en un 2.4% de las mismas se registró el número de hijos muertos, siendo información no concluyente. (CUADROS 8, 8.1)

La edad gestacional estaba registrada únicamente en un 29.7% de las historias clínicas, de estas un 14.78% tenía una edad gestacional entre 9-13 semanas y 6.36% entre 4-8 semanas. La literatura indica que el mayor porcentaje de abortos ocurre en las primeras semanas de gestación (aborto ovular y embrionario) en este caso fue más frecuente el aborto fetal que es el comprendido entre la octava y vigésima séptima semana de gestación (6). Llama la atención que un dato tan importante como la edad gestacional no se anote en todas las historias clínicas, siendo este un hospital escuela de los más grandes del país, le correspondería tener mejor calidad de datos. (CUADRO 9)

Según la clasificación clínica del tipo de aborto, el incompleto fue el más frecuente (81.01%), seguido por el diferido (10.14%) y el séptico (3.56%). Se considera importante hacer mención que en varias de las historias clínicas revisadas, se encontró información sobre antecedente de 3 o más abortos consecutivos, los cuales fueron diagnosticados como aborto incompleto. Se sabe que la pérdida de 3 o más embarazos consecutivos se debe diagnosticar como aborto habitual (1,3,20,29). (CUADRO 10)

La estancia hospitalaria fue en su mayoría entre 21 a 24 horas (64.83%) y (15.86%) para 2 días. Con relación a estancia hospitalaria y tipo de aborto, se observó que permanecieron menos tiempo las pacientes con aborto incompleto y las que presentaron aborto séptico permanecieron 2 o más días, por el uso de antibióticoterapia.

La estancia hospitalaria por lo general es breve en la mayoría de los casos, cuando no está en peligro la vida de la paciente, pero implica un gasto económico al servicio de salud (8,22). (CUADRO 11)

Con relación al tratamiento brindado a las pacientes, el CUADRO 12 muestra que al total de las pacientes se les administró reposición de líquidos y electrolitos, esto debido a la pérdida de volumen sanguíneo que se presenta durante el aborto, el uso de antibióticos fue de 6.69%, utilizado principalmente en pacientes con aborto séptico e incompleto, encontrando en varias de las historias clínicas que el motivo de uso en el segundo diagnóstico fue porque la paciente presentó fiebre. Al ingreso de las pacientes, de rutina se les realiza exámenes de laboratorio (hematología) encontrando en este caso que 30.02% de las pacientes cursaba con anemia, por lo que fue necesario realizar transfusión sanguínea

Respecto al tratamiento quirúrgico, el 88.57% de las pacientes fue tratada con legrado instrumental uterino "LIU" y un 10.46% con aspiración manual endo-uterina "AMEU". Según literatura el uso de "AMEU" tiene la ventaja de que la evacuación uterina es más rápida, causa menos lesión y perforación (29). En este estudio se encontró un caso con perforación uterina secundario a realización de "LIU" lo cual puede ser factor de riesgo en futuros embarazos, es difícil discutir el uso de "AMEU" pues se desconoce la edad gestacional (Cuadro 9) y este está recomendado en abortos que presenten menos de 12 semanas de gestación. (CUADRO 12)

De las pacientes ingresadas por diagnóstico clínico de aborto, un 2.16% presentó complicaciones, siendo estas: septicemia, shock séptico y perforación uterina. La sepsis y el shock séptico tienen mayor probabilidad de presentarse por aborto provocado en malas condiciones, además puede ocasionar con frecuencia la muerte de la paciente (3,22,26,30,33). (CUADROS 13,14)

Se realizaron tres histerectomías como tratamiento de complicaciones en pacientes con aborto provocado y séptico. Este tipo de tratamiento está indicado si hay sospecha de gangrena o enfermedad uterina y en pacientes graves con shock séptico (6,29). (CUADRO12)

IX CONCLUSIONES

1. La incidencia de aborto en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, aumentó un 67% del año 1999 al 2000 y un 45% del 2000 al 2001, durante los tres años de estudio, en promedio se obtuvo una tasa de 166 abortos por cada mil nacidos vivos.
2. En relación a la edad se determinó que el grupo entre 20 y 29 años fue el más afectado, en general las pacientes presentaron las siguientes características: ocupación un 84.68% era ama de casa, escolaridad: 69.04% era alfabeto, un 85.56% profesaba alguna religión, predominando la católica, en relación a estado civil un 83.71% tenía relación de pareja estable (unidas y casadas), un alto porcentaje (74.97%) provenía de la ciudad capital, principalmente de las zonas 18 y 6.
3. Se determinó que las pacientes con diagnóstico de aborto habían tenido de dos a cuatro gestas y un 28% refirió uno a dos abortos previos.
4. La estancia hospitalaria estuvo influenciada por el tipo de aborto, tipo de tratamiento, la evolución de las pacientes y la frecuencia de complicaciones, generalmente el tiempo de hospitalización fue entre 21 y 24 horas.
5. El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto en un 81.01%, seguido del diferido en un 10.14% y el séptico en un 3.56%.
6. A todas las pacientes ingresadas se les administró reposición de líquidos y electrolitos, el método quirúrgico de elección fue el Legrado instrumental Uterino "LIU". Fue difícil discutir sobre Aspiración Manual Endo-uterina "AMEU", por ausencia de datos sobre edad gestacional.
7. Las complicaciones que con mayor frecuencia presentaron las pacientes con aborto fueron: septicemia, shock séptico y perforación uterina, aunque sólo se presentó en un 2.16% de todas las pacientes atendidas.

X. RECOMENDACIONES

1. Intensificar los programas de los servicios de salud reproductiva, específicamente sobre planificación familiar en los hospitales, centros y puestos de salud, con el propósito de ofrecer a la mujer la oportunidad de determinar el número y espaciamiento de sus hijos.
2. Es importante que se vigile la calidad de los datos que se registran en las historias clínicas, como lo es la edad gestacional que puede ser de utilidad para determinar el tipo de legado conveniente para la paciente.
3. Que se realice la clasificación adecuada del tipo de aborto, por ejemplo el aborto habitual que no se registre como incompleto, dicha información podría ser de utilidad para implementar programas de seguimiento y vigilancia epidemiológica.
4. Que se brinde consejería post aborto, considerando las características propias de las pacientes atendidas, aprovechando la estancia hospitalaria.

XI RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo, el cual se elaboró con el objetivo de describir la Caracterización epidemiológica del aborto en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001. Para realizar dicho estudio se trabajó con una muestra probabilística aleatoria simple de 927 historias clínicas.

La tasa de incidencia de aborto en el año 2001 fue de 223 por 1000 Nacidos Vivos (N/V), en el año 2000 de 178 por 1000 N/V y en el año 1999 de 111 por 1000 N/V correspondiendo la tasa promedio de aborto en los tres años a 166 por mil N/V.

Se encontró un alto porcentaje de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, comprendidas entre las edades de 20 y 29 años, en general con las siguientes características: un 84.68% era ama de casa, 69.04% alfabeto, 83.71% con relación de pareja estable (casadas y unidas), 85.56% profesaba alguna religión y 74.97% era procedente de la ciudad capital principalmente de las zonas 18 y 6.

Respecto a las características Gineco-obstétricas se encontró que un 67% de las pacientes tenía antecedente de 2 a 4 partos y de 1 a 2 abortos previos.

El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto (81.01%), únicamente en 29.7% de las historias clínicas estaba registrada la edad gestacional, de estas un 14.78% se encontraba entre 9-13 semanas de gestación.

La estancia hospitalaria en su mayoría fue de 21 a 24 horas, a todas las pacientes se les administró reposición de líquidos y electrolitos y el método quirúrgico más utilizado (88.57%) fue el Legrado Instrumental Uterino "LIU".

Del total de los casos, un 2.16% presentó complicaciones siendo estas septicemia, shock séptico y perforación uterina.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Aborto: Aborto Espontáneo y Aborto Provocado.
<http://www.abcmedicus.com>
2. Aborto: Carencia de educación sexual, causa de aumento de tasas de Aborto en América Latina.
<http://www.buenasalud.com>
3. Aborto: El aborto inducido debe ser considerado un problema de Salud Pública.
<http://www.siicsalud.com>
4. Cascante, E., et al. Morbilidad materna en Centroamérica: El Aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Guatemala 1995 enero-abril; 5(1)8-12.
5. Congreso de la República de Guatemala. Del aborto. En: Código Penal Decreto 17-73. Guatemala: 1995. 98p.(pp.23-24).
6. Cunningham, G., Macdonald, P. Williams, Obstetricia, 4a ed. Barcelona: Masson, 1996 pp.649-672.
7. Family Health International. Mejores servicios pueden reducir riesgos de aborto. Revista Network en Español. 2000;20(3):16-20.
8. Farfán, B., et al. Información y consejería en Planificación Familiar Post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centro América. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Guatemala 1997 mayo-Agosto;7(2):46-56.
9. Flores H., Grajales, B. Importancia de la Planificación Familiar para jóvenes en el periodo post-aborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Guatemala 1998 mayo-agosto;8(2):29-32.
10. García, H., et al. Aceptación o rechazo del aborto por motivos maternos; encuesta en 3021 empleados del Gobierno Federal. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2000 marzo;68(198):198-202.
11. Gallegos, C. Aborto: Historia.
<http://www.comunidad.derecho.org/aulavirtual/aborto/.html>
12. Grajales, L. El costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Remón. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Guatemala 1997 enero-abril;7(1):33-

13. Gutiérrez, M. R., et al. Pérdida gestacional recurrente; un problema multifactorial. Revista de Ginecología y Obstetricia de México 1999 abril;67(158):158-163.
14. Indriso, C., Mundigo, A. Abortion in the deloping world. India: OMS. 1999 pp.22-25
15. Kissling, F. Como hablar del aborto inducido. Catholics For A Free Choice. México D.F.; Edit. Navarro 2000 pp. 7-32.
16. Langer, A., et al. Como mejorar la calidad de la atención pos-aborto en un hospital público. New York 1998 pp.8-23. (Documento de trabajo # 11)
17. López, R. El aborto como problema de Salud Publica. Maternidad sin riesgos en México 1994. 5p.
18. Los expertos hablan sobre el vinculo entre el aborto y el cáncer de mama. <http://www.vidahumana.org/temas/aborto-cáncer.html>
19. Ness, R., et al. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. N. Engl J Med 1999 feb 4;340(5):333-339.
20. Novak, E., et al. Pérdida temprana del embarazo. En: Tratado de Ginecología. 11ª ed. México D.F.: Interamericana, 1998 924p.(pp.487-490).
21. Olivares, C. Encuesta Nacional sobre el Aborto en Población Urbana. Bolivia. Centro de Información y Desarrollo de la mujer, 1998 pp.7-67.
22. OMS. Complicaciones del aborto; directrices, técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra, 1995 152p.
23. OPS. Protocolos de manejo de las principales emergencias obstétricas y peri natales. Guatemala 1996 pp.33-37.
24. OPS. Situación de Salud de las mujeres en las Américas. Indicadores básicos 1985.
25. Pacheco, C. Otto. F. Caracterización epidemiológica del Aborto en el Hospital modular de Chiquimula. Tesis(Médico y cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2001. 57p.
26. Principales secuelas físicas del aborto. <http://www.geocities.com/heartland/flatz/1526/ab300701.htm>
27. RSMLAC. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Aborto; drama que persiste. Revista Mujer Salud. Bolivia 1996. feb; pp9-12.

28. Salguero M. Geografía de Guatemala En: Estudios Sociales Guatemala. Edit. Salguero 1997. pp253.
29. Shcwarz, R. El aborto. En: Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: Edit. El Ateno, 1997. 621p.(pp175-179).
30. Velasco, V., et al. Mortalidad materna por aborto. Revista Médica IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. México 1999 enero-febrero;37(1): 73-79.
31. World Health Organizati3n. Emergency contraception; a guide for service delivery. 1998 60p.
32. Zamudio, L. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en Am3rica Latina y el Caribe; conclusiones. Universidad externado de Colombia, 1995.
33. Zhou, W., et al. Induced aborti3n and low birth weight in the following pregnancy. Intenational Journal of Epidemiology. 2000 feb;29(1):100-102.

IX. ANEXOS

Responsable: _____

“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO EN GUATEMALA”

Boleta de recolección de información

No. De Registro hospitalario: _____ Departamento: ☐ ☐ Fecha de atención: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

1. Edad: ☐ ☐ años

2. Grupo étnico: _____

3. Estado civil:

Casada
Soltera
Unida
Divorciada
Viuda

5. Ultimo año de escolaridad aprobado

Numero de años en primaria
Número de años en secundaria
Numero de años en universidad
ANALFABETA
ALFABETA

4. Religión:

Católica
Evangélica
Testigo de Jehová
Mormona
Otras _____

6. Ocupación:

Ama de casa
Estudiante
Agricultora
Profesional
Comerciante
Otro: _____

7. Municipio de procedencia: ☐ ☐

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

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.

14. Edad gestacional ☐ ☐ semanas

ABORTO:

15. Tipo de Aborto:

Provocado
Espontáneo
Diferido
Séptico
Inevitable
Completo
Incompleto
Habitual
Molar

18. Hubo complicaciones?

SI
NO

16. Estancia hospitalaria:

No. días

No. horas

19. Complicaciones del aborto registradas:

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

17. Tratamiento:

☐ Farmacológico:
Antibióticos
Reposición de líquidos / electrolitos
Transfusiones
Analgésicos
Sedantes
Fenobarbital

20. Tratamiento de las complicaciones:

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

☐ Quirúrgico:

Cuales: _____

☐ Grado:

LIU
AMEU

21. Observaciones: _____

