

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



**Caracterización epidemiológica del Aborto.
Hospitales Nacionales del Petén.
1 de enero de 1999 al 31 de diciembre de 2001.**

**EDY LEONEL GONZÀLEZ CAAL
MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Julio de 2002.

Asesor: Dr. Víctor Eduardo Morales

Revisora: Dra. Magda Velásquez Tohom

ÍNDICE:

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	5
III.	JUSTIFICACIÓN	7
IV.	OBJETIVOS	9
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	10
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	36
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	44
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	64
IX.	CONCLUSIONES	70
X.	RECOMENDACIONES	72
XI.	RESUMEN	73
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
XIII.	ANEXOS	80

I. INTRODUCCIÓN:

Siempre ha sido un tema de debate el aborto, por las implicaciones legales, psicológicas, médicas, religiosas y de otro tipo que conlleva. En Guatemala no se considera legal este hecho por ningún motivo, pero hasta estos últimos años se ha estado fomentando la planificación familiar (45). Durante algunos años, se ha tenido una incidencia que ha favorecido obtener el primer lugar de tasa de abortos de todos los países centroamericanos (40). Las tasas de aborto para los distintos municipios de Petén han ido en aumento desde 1999, llegando hasta más del doble en tan solo 3 años en algunos municipios como en Sayaxché (0.91 en 1999 y 6.58 para el 2001). Con los datos disponibles, la tasa de aborto del Departamento de Petén asciende a 31.04 por 1000 nacidos vivos en el tiempo que estipula este estudio.

Muchas veces, debido a muy diversos factores la mujer sufre un aborto, conllevando todo esto a complicaciones que ponen en riesgo su salud, por lo que se decide realizar este estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y así caracterizar epidemiológicamente al aborto en los Hospitales Nacionales del Departamento de Petén.

Dicha caracterización se llevó a cabo por medio de la revisión de fichas clínicas en los distintos hospitales del departamento de Petén, encontrando un total de 947 casos, de los cuales un 38.9% se presentó en el Área de Petén Norte, 37.1% Área Sur Oriental y 16.9% en el Área Sur Occidental. Un 7.07% de los registros clínicos no presentaban anotada la procedencia o las pacientes eran de otro departamento. La edad más frecuente se encontró dentro del rango de 20 a 24

años, seguido de 15 a 19 años. Del rango etáreo con mayor incidencia se encontró que un 12.7% era unida, 6.76% era casada y un 3.7% era soltera. La mayor proporción de casos profesaba la religión católica, seguido de la evangélica con 15.73 y 8.34% respectivamente. En ninguna ficha se anotó el grupo étnico; tan sólo el 6.66% tenía anotada la escolaridad, de los cuales eran alfabetas el 5.7%. Más del 75% de los casos eran amas de casa; multíparas más del 50%, y con antecedente de 1 aborto el 21.86%.

El tratamiento médico que se administró con mayor frecuencia fue la reposición de líquidos y electrolitos, seguido de antibióticos y analgésicos. El Legrado instrumental uterino (LIU) se realizó al 90% de los casos y Aspiración manual endouterina (AMEU) a un 2.85%. La Endometritis, Perforación y Rasgadura fueron las complicaciones más frecuentes. Otras complicaciones fueron variadas, pero la Anemia ocupó el primer lugar de ellas con 72.72% de casos. El tiempo de hospitalización dependió del tipo de aborto.

Debido al aborto, muchas mujeres han consultado a los distintos hospitales de Petén, llegando hasta el 9.86% del total de pacientes atendidos en estos centros, debido a lo cual es necesario promover diversos métodos así como educación en planificación familiar, para tratar de disminuir la incidencia del mismo, tal como lo muestran diversos estudios en otros países. (21)

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La interrupción del embarazo antes de ser viable su producto, por cualquier medio, sea éste espontáneo o artificial, es la definición del aborto. **(12.)** Este significa una de las principales causas de mortalidad materna, la cual para el año 2000, era de 190/ 100,000 nacidos vivos en nuestro país, solamente superada por Honduras con 220/100,000 nacidos vivos.**(40,41)**

En distintos países el aborto es un problema de salud pública, tal como lo muestra México, con 4,200.000 embarazos por año de los cuales sólo llega a término de la gestación el 60%, y el resto se pierden en sus etapas tempranas. En Latinoamérica el aborto provocado en mujeres con bajos recursos y pobre nivel educativo, realizado por personal no calificado, es responsable de 20 a 30% de las muertes maternas. **(23)**

El aborto impone un gasto económico extra a los servicios de salud, ya que se utilizan medicamentos, instrumentos y en ocasiones sala de operaciones u otros medios para realizar los procedimientos adecuados para tratar esta entidad clínica. Además, si se complica, significa una estancia hospitalaria mayor que lo habitual consumiendo por ello, más del presupuesto planeado. **(39).**

Según el informe de planificación familiar y atención de la maternidad de 2002, el 40% de las causas de mortalidad materna en Guatemala es debido a hemorragia, 21% por complicaciones por aborto, 17% por infecciones y el 22% por otras causas.**(45).** La situación del aborto en Guatemala, significa más del 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia, resultado de complicaciones del aborto y de acuerdo al "Estudio de mortalidad materna en Guatemala (1989)" las complicaciones del aborto son la segunda causa de muerte (24%) después de las hemorragias (39%), seguidas por la sepsis (18%), la toxemia (14%) y otras complicaciones (6%).**(41).**

Durante 1999, en los Hospitales de las Áreas Norte y Sur Occidente de Petén, el aborto comprendió 9.86% y 5.89% del total de consultas respectivamente.(39). Reportes indican que para el año 2000, en San Benito Petén, se encontraban únicamente 2 Gineco Obstetras trabajando en dicha área para satisfacer las necesidades de la población en esta especialidad. (41).

A fin de establecer un marco que determine la magnitud del problema en nuestro país, se decide iniciar la caracterización de dicho problema que tiene muchas connotaciones muy importantes desde el punto de vista personal, familiar, y de la comunidad ya que genera, no sólo una condición de duelo en la mujer, sino que, además, puede ser la causa de complicaciones graves que comprometan la función reproductora e incluso determinar la muerte materna con una estela de problemas que impactan profundamente en la familia y en la sociedad.

III. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad por aborto representa al menos el 13% de la mortalidad materna a nivel mundial.(47). Durante 1998 se produjeron cerca de 585,000 defunciones maternas mundialmente, de los que el 99% correspondía a países en desarrollo (33). Guatemala es uno de los países con mayor índice de analfabetismo comparado con el resto de América Latina (2º lugar después de Haití) con 23% dentro del área urbana y 77% en la población rural. De estas 2 poblaciones, el 56% lo representa el sexo femenino. (39,40) Las tasas de aborto son mayores donde las mujeres no han tenido acceso a información acerca de planificación familiar. (39,40).

En Guatemala, el aborto presentó una incidencia entre 201 y 500 abortos por 1000 nacidos vivos para 1998, mientras que, no superó los 200 en todos los demás países centroamericanos. (40). Para 1999 se presentaron 167, 89 y 280 muertes maternas en las Áreas de salud de Petén Norte, Sur Oriente y Sur Occidente respectivamente.(27) Además de lo anterior, el 13% de las mujeres en edad fértil durante 1995 no recibió visita prenatal alguna durante el embarazo y muchas de ellas, sobre todo del área rural y departamentos mayoritariamente indígenas debieron recurrir a comadronas para la atención del parto(35). Esto no sería factor de riesgo por sí solo, pero se suma que la mayor parte de los nacimientos (63%) ocurren dentro de alguna categoría de alto riesgo y las personas que atienden dichos partos deberían mantenerse en constante adiestramiento como en otros países (26,41).

En los años 1999 y 2000 se atendieron 725 abortos en los Hospitales de Petén, según reportes en la Dirección General de Servicios en Salud. Durante el año 1999, se atendieron en los hospitales de las Áreas Norte y Sur Occidente de Petén un 9.86 y 5.89% de abortos del total de consultas hospitalarias respectivamente.(27). Un total de 3146 partos de mujeres menores de 20 años en Petén se atendió en el año 2000, que representan un 21.77% del total, en los hospitales de Petén. (27) La población en edad fértil para el año 2001 fue de 20,954; 22,406 y 25,479 mujeres para las Áreas de Salud

Norte, Sur Oriente y Sur Occidente respectivamente, con una mortalidad de la población en edad fértil de 1.62, 5.09 y 2.32 que corresponden a dichas áreas. **(41,39)** Como podemos observar con estos datos estadísticos, el aborto representa un gran porcentaje de consulta en los distintos hospitales de Petén, y a esto se suma el desconocimiento de los distintos métodos para planificación del embarazo, que puede mitigar en parte dichos datos.**(40)** No se trata simplemente del aborto, sino que conlleva en todos los países, muchos factores que lo pueden modificar, aumentando o disminuyendo su incidencia, como la implementación de Programas de Planificación Familiar y educación sexual desde temprana edad, así como desarrollo de legislaciones para el aborto. Los aspectos religiosos también ejercen una poderosa influencia en el tema en mención. **(21)**.

Contamos en nuestro país con una gran población de mujeres en edad fértil, quienes buscan, desde temprana edad, el embarazo sin planificarlo previamente. Todas ellas se encuentran en riesgo debido a las razones antes expuestas, y es por ello que se tratará en delimitación el problema en los Hospitales de Petén debido a la magnitud del problema no sólo a nivel nacional, sino mundial.

IV. OBJETIVOS:

GENERAL:

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en los hospitales de Petén.

ESPECÍFICOS:

1. Describir la incidencia del aborto en los hospitales de San Benito, Poptún y Sayaxché de Petén.
2. Describir las características generales (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, grupo étnico 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 frecuentemente brindado a las mujeres que consultaron por aborto.

7. Describir las complicaciones más frecuentemente encontradas en las mujeres que consultaron por aborto y su tratamiento.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. DEFINICIÓN:

La interrupción del embarazo antes de ser viable su producto, por cualquier medio, sea éste espontáneo o artificial, es la definición del aborto. Otros indican que es todo aquel recién nacido con peso menor de 500 gramos, o menor de 20 semanas de gestación. **(12,44)** El aborto es la interrupción de un embarazo antes de que el feto pueda llevar una vida extrauterina. Se denomina aborto espontáneo aquel en que la interrupción del embarazo no es voluntaria, mientras que el aborto provocado es el que se debe a una interferencia deliberada. Entre los abortos provocados están los que se practican de acuerdo con la ley y los que son ilegales. En este sentido estricto, se entiende por aborto terapéutico el que se practica por indicación facultativa cuando la vida o la salud de la mujer se ve amenazada por la continuación del embarazo o cuando la salud del feto está en peligro a causa de factores congénitos o genéticos. Sin embargo, en el lenguaje corriente se entiende a menudo por aborto terapéutico el autorizado legalmente. **(25)**. En Honduras el Código Penal define el aborto como “la muerte de un ser humano en cualquier momento del embarazo o durante el parto”.**(36)**

B. EPIDEMIOLOGÍA:

En un reciente informe de la OMS se estima que en el mundo, cada día se realizan más de 100 millones de coitos, el resultado son unas 910,000 concepciones, de las cuales el 50% aproximadamente no estaban planificadas y el 25% aproximadamente no son deseadas. Cada día, alrededor de 150,000 embarazos no deseados terminan en un aborto provocado (lo que representa un total anual de 53 millones). La tercera parte de esos abortos se practican sin garantías de seguridad y en condiciones sociales adversas, originando entre 135 y 275 defunciones diarias (aproximadamente 50,000-100,000 defunciones anuales). Esta mortalidad por aborto representa aproximadamente el 20% de

la mortalidad materna estimada (500,000 - 600,000 defunciones) que se registra anualmente en todo el mundo. La mayoría de esas defunciones se producen en los países en desarrollo, donde está prohibido el aborto o los servicios abortivos no están al alcance de toda la población.**(32).**

Según las investigaciones del Alan Guttmacher Institute, el índice de mortalidad por aborto es cientos de veces más alto en los países en desarrollo que en los países desarrollados. En Nigeria, donde se permite el uso del aborto, el 50% de las muertes maternas está relacionada con el aborto, mientras que en Tanzania es de sólo el 16.5%. **21).**

Según el informe de planificación familiar y atención de la maternidad de 2002, el 40% de las causas de mortalidad materna en Guatemala es debido a hemorragia, 21% por complicaciones por aborto, 17% por infecciones y el 22% por otras causas.**(45)** En diferentes estudios se ha demostrado que se puede reducir la mortalidad materna entre el 90 y 95%, lo cual está ligado directamente al acceso de servicios de salud adecuados y de calidad, asistencia recibida durante la gestación, el parto, y puerperio. **(14).**

Debido a que las leyes de la mayoría de los países en América Latina incluyendo Guatemala, no permiten la terminación voluntaria del embarazo y que la mujer y la persona que provoca un aborto son social y religiosamente sancionados, la práctica del aborto ocurre en la clandestinidad y la mayoría de ellos son realizados por personal no calificado y en condiciones higiénicas inadecuadas. **(34).**

En Guatemala, más del 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia son por complicaciones del aborto, y de acuerdo al “Estudio de mortalidad materna en Guatemala (1989)” las complicaciones del aborto son la segunda causa de muerte (24%) después de las hemorragias (39%), seguidas por la sepsis (18%), la toxemia (14%) y otras complicaciones (6%). **(34).**

El aborto ocupa uno de los primeros lugares dentro de las entidades de morbilidad hospitalaria de la población adulta en el Instituto Nacional de Perinatología de México, ocupando el 6º. Puesto para 1991 y 5º. para 1992. El aborto ocupó para 1990 un 6.6% del total de causas de mortalidad materna en dicho país durante 1985-1990, y siempre se ha

encontrado dentro de las primeras 10 causas de nueva consulta y de morbilidad hospitalaria. **(23)**

En Estados Unidos, más del 50% de los embarazos terminan en aborto y 6 de cada 10 mujeres que se hacen un aborto han tenido una falla en los anticonceptivos que utilizan y 1 de cada 10 nunca ha usado un método. El uso del preservativo por el varón representa sólo el 6% del uso de anticonceptivos en los países en vías de desarrollo y sólo el 19% en los países desarrollados. **(21)**

La OMS estima que anualmente se llevan a cabo 4,620,000 abortos realizados en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe, dando a la región la más alta tasa de aborto en el mundo. Se calcula que por cada 1,000 mujeres entre 15 y 49 años de edad se practican 41 abortos bajo condiciones de riesgo en América Latina (en comparación con 15 por cada 1,000 en todo el mundo). A pesar de las restricciones legales, el aborto representa la causa del 24% de las muertes maternas en la región, causando la muerte de aproximadamente 6,000 mujeres cada año. En Chile, Honduras, República Dominicana, Colombia y El Salvador el aborto está prohibido sin alguna excepción. **(31)**

C. HISTORIA:

Las civilizaciones griega y romana aceptaban la interrupción deliberada de los embarazos en sus primeras fases. Las nuevas culturas cristiana e islámica desaprobaban enérgicamente la destrucción del feto aunque, al menos hasta fines del siglo XVII, toleraban al igual que los filósofos griegos el aborto temprano (por lo general, hasta que la madre percibía los primeros movimientos del feto, hacia las 16-18 semanas de gestación). **(32)**

Durante el siglo XX las sociedades industrializadas advirtieron con inquietud los peligros del aborto ilegal y las dificultades que provocaban los nacimientos no deseados en las mujeres y sus familias. El primer país que admitió el aborto por razones sociales fue la URSS en 1920 (más tarde, en 1936, introdujo ciertas cláusulas restrictivas). Algún tiempo después, varios países europeos promulgaron leyes y, con ciertas limitaciones, autorizaron a los médicos a practicar el aborto si peligraba la salud de la mujer. Tal fue el caso de Islandia en 1935, Suecia en 1938 y Dinamarca en 1939. Esta legislación podía

interpretarse con cierta liberalidad, en el sentido de considerar como amenaza para la salud el hecho de que un embarazo supusiera un grave trastorno cuando las circunstancias sociales eran adversas. Sin embargo, salvo en la ley soviética de 1920, la decisión de practicar el aborto se dejaba en manos del médico o de un comité especial, pero no en las de la interesada. Muchas de esas leyes entrañaban un proceso burocrático que retrasaba la intervención abortiva, por lo que algunos abortos se demoraban hasta el segundo trimestre. Además, algunas mujeres se veían obligadas a llevar el embarazo a término cuando se rechazaba su solicitud. Los países de Europa oriental adoptaron la legislación soviética a fines de los años cuarenta. En cambio, el debate sobre el aborto no se planteó claramente en Europa occidental hasta la promulgación de la British Abortion Act de 1967, que entró en vigor el 27 de abril de 1968. Esta ley autorizaba solamente el aborto si dos médicos certificaban que éste era necesario para proteger la salud o la vida de la mujer o que había un riesgo grave de que el niño naciera con una minusvalía importante.(32)

El texto legal precisaba también que los médicos, al evaluar los riesgos para la salud, deberían tener en cuenta el «entorno actual o previsible» de la mujer y los efectos del embarazo sobre la salud de los hijos. En virtud de esta ley podían también solicitar el aborto mujeres residentes en otros países. Más adelante, muchos países desarrollados promulgaron leyes por las que autorizaban el aborto a petición de la mujer hasta las 10 ó 12 semanas de gestación. Casi todas las leyes autorizan también la interrupción hasta las 20 ó 24 semanas si el feto sufre anomalías graves o si la mujer se encuentra en un estado grave susceptible de empeorar si prosiguiera el embarazo. (32)

A nivel mundial, alrededor del 63% de las mujeres tiene acceso al aborto a petición propia o por razones sociales. Otro 25% vive en países donde se prohíbe el aborto excepto cuando la continuación del embarazo puede poner en peligro la vida de la mujer. El 12% restante puede obtener el aborto cuando el embarazo pone en peligro su vida o es el resultado de una violación o un incesto o cuando hay signos fetales que justifican la interrupción. (32).

D. CLASIFICACIÓN:

* **Ovular:** Desde la fecundación hasta la 2ª semana de gestación

* **Embrionario:** Desde la 3ª. a la 7ª. semana de gestación

* **Fetal:** Desde la 8ª. a la 27ª. Semana de gestación. **(12)**

D.1:

Formas clínicas y sintomatología:

Aborto subclínico: Es el que no presenta sintomatología alguna, y debido a ello, es muy difícil establecer el diagnóstico. Se produce entre el período de implantación y la semana después de la fecha de la menstruación esperada.

Amenaza de aborto: Presenta la paciente dolor abdominal difuso, muchas veces epigástrico, tipo cólico, acompañado con hemorragia vaginal escasa, sin cambios cervicales. Ocurre principalmente durante el primer trimestre. **(12,44)**

Aborto inminente: Es una exageración de los síntomas de la amenaza de aborto, acompañado de cambios cervicales.

Aborto inevitable: Es el que ocurre con presencia de líquido amniótico en la vagina por la rotura de las membranas ovulares.

Aborto incompleto: Es el que se ha expulsado parcialmente.

Aborto completo: Al contrario del incompleto, se expulsa completamente. **(12,44)**

Aborto recurrente: Es el que ocurre durante 3 veces consecutivas. Se dividen en primarios si la paciente sólo ha tenido aborto, y secundario si al menos ha habido un embarazo viable previo. Su incidencia es del 0.4% al 1% en parejas de edad reproductiva. **(43)**

Aborto diferido: En este tipo, ocurre primero la muerte del producto, antes de ser expulsado. Muchas veces se complica con una Coagulopatía vascular diseminada.

Aborto séptico: Cuando se acompaña de una infección debido a manipulación del producto en su mayoría, o bien, cuando no se soluciona adecuadamente un aborto incompleto.

Aborto en curso: Es el que se palpa cuando va pasando por el canal vaginal. **(12,44)**

E. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA:

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

E.1.:

Espontáneo: cuando ocurre de manera natural sin que exista acción para provocarlo. Es causado por factores ovulares o maternos **(12)**

E.1.a.

Causas ovulares: hasta en la mitad de los abortos se encuentran estas causas. La mayoría de los abortos precoces tienen su origen en el proceso de maduración del ovocito o en anomalías de la fertilización. Las anomalías cromosómicas son la causa más frecuente, y se detectan en 50-60% en el primer trimestre. Las anomalías de la fertilización tanto la dispermia (penetración de un óvulo por dos espermatozoides) como la diginia (falta de eliminación del corpúsculo polar) conducen a las denominadas triploidías, y su frecuencia en las concepciones está alrededor de 1.5%. Las alteraciones genéticas no cromosómicas incluyen defectos Enzimáticos. **(12)**

E.1.b:

Causas maternas: incluye anomalías anatómicas (adquiridas y congénitas), que dan lugar a diversas anomalías uterinas y cervicales. Insuficiencia Cervical, tumores uterinos, particularmente leiomiomas submucosos o intramurales, posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroversión, endometriosis, formación de adherencias en cavidad uterina con aposición de zonas más o menos extensas de ambas superficies, son otras causas de aborto. Antecedente de cicatriz uterina previa por cesárea anterior o miomectomía. Enfermedades sistémicas, como el Lupus Eritematoso y Coagulopatías (enfermedad de Von Willebrand) afectan generalmente de las semanas 8 a la 14 de la gestación. También la hipertensión y a los anticuerpos antifosfolípidos son causa de aborto. **(12)**

Los anticuerpos antifosfolípidos pueden causar trombosis e infarto placentario, hecho demostrado por dos estudios de NEJOM con niveles bajos de anexina V, una superficie anticoagulante presente en células de vasos cultivados y células trofoblásticas que tienen una alta afinidad por fosfolípidos aniónicos. Por este mecanismo, el tiempo de formación de fibrina es reducido cuando el plasma es incubado con células previamente incubadas con antifosfolípido y anticuerpo. Laskins y colaboradores encontraron a la prednisona útil como tratamiento con respecto a las tasas de nacimientos vivos pertenecientes a mujeres pobres con historia obstétrica de 2 o + pérdidas fetales y pruebas positivas para una variedad de autoanticuerpos, incluidos los antifosfolípidos, pero no lo fue en un pequeño

subgrupo. Los anticuerpos antifosfolípidos son una entidad familiar de anticuerpos ligados (primariamente) a fosfolípidos que han formado complejos con proteínas, los anticuerpos son detectados por inmunoensayos o test de coagulación. Esta es una amplia definición, y por lo tanto concluye que los anticuerpos antifosfolípidos son clínicamente necesarios para ser confirmados por evidencia de algunos efectos fisiopatológicos, como la trombocitopenia, una historia de trombosis o la presencia de lupus anticoagulante. Entonces, cuando una mujer se encuentra embarazada asociada con anticuerpos antifosfolípido puede ser útil tratarla con heparina, aunque a otras les favorecerá la prednisona. En otras se puede considerar el uso de terapias inmunosupresoras (como las inmunoglobulinas), pero su eficacia debe todavía ser considerada en grupos femeninos con historias clínicas similares, y hallazgos patológicos en la placenta y resultados de las pruebas de autoanticuerpos. **(11)**.

Las enfermedades Infecciosas, pueden producir la muerte o infección placentaria. Treponema Pallidum puede afectar al feto en cualquier momento de la gestación. Tuberculosis, brucelosis y sífilis se han asociado como causa de aborto. Lysteria monocytogenes y Mycoplasma se han aislado en abortos. Toxoplasma Gondii es una causa no sólo de malformaciones congénitas fetales, sino también de aborto y Rubéola y Citomegalovirus, pueden ser productores de malformaciones congénitas. Algunos virus implicados en la génesis del aborto son: herpes, sarampión, hepatitis A y B, Varicela, Herpes zoster y Epstein Barr. Algunos parásitos asociados: Chagas, paludismo y finalmente, aquellos gérmenes productores de infección de tracto urinario. **(12)**

Las enfermedades endócrinas, como la diabetes mellitus y la pérdida de función lútea durante las primeras siete semanas, el hipotiroidismo e hipertiroidismo. Agresiones Extrínsecas como el alcohol, tabaco y cafeína. **(10)**. La nicotina produce vasoconstricción que disminuye la nutrición fetal. El plomo (con acción electiva sobre las vellosidades), también el fósforo blanco y las sales de quinina, y el permanganato de potasio. Traumas externos directos (masajes abdominales, trauma fuerte, marcha forzada, ducha vaginal enérgica, baños calientes, infusión intrauterina, desprendimiento de membranas por introducción de liquido entre pared y huevo, trauma mecánico directo o indirecto (evacuación quirúrgica uterina, raspado uterino). Fármacos: antagonistas del ácido fólico, talidomida, sulfamidas, hipoglucemiantes orales, anticoagulantes. Los estrógenos según se sabe no tienen función abortiva si el embarazo está ya formado,

Colchicina. La cirugía constituye un elemento causante de aborto. En teoría la anestesia general puede producir efecto sobre la división celular normal, y los anestésicos halogenados interfieren en la síntesis de DNA, lo cual sugiere un efecto potencialmente nocivo para el feto o embrión. La colecistectomía y apendicectomía son las intervenciones en las que mayor frecuencia de aborto se observa. También existen factores nutricionales, psicógenos, inmunológicos y masculinos. **(12)**

En un estudio realizado con 221 mujeres atendidas para concebir después del cese de anticonceptivos, se encontró que hubo concepciones en el 95% de los casos. Concluyeron que muchos de los embarazos se implantó el producto de la concepción a los 8 a 10 días posteriores a la ovulación. El riesgo de pérdida temprana del embarazo incrementó con un tiempo de implantación mayor al indicado. **(46).**

E.1.c:

Factores de riesgo:

Embarazo previo normal a término, mortinato previo o con malformación congénita. Conforme va aumentando el número de abortos previos, también lo hace la incidencia de uno nuevo, así como también un período intergenésico menor de 3 meses, y una frecuencia de aborto conforme aumenta la edad desde los 12 a 40 años. La Paridad parece aumentar el riesgo de aborto espontáneo. La mayor parte de abortos espontáneos ocurre durante el primer trimestre. **(12,19)**

E.2:

Aborto inducido:

Se entiende por aborto inducido todo aquel que no es espontáneo, sino provocado por algún agente externo. Las causas son muy diversas, y se pueden incluir, las mecánicas y farmacológicas entre otras.

E.3:

Aborto terapéutico:

Es el que se produce para salvar la vida la madre, por alguna causa que pueda producir un daño en la misma. En los países donde se encuentra autorizado, se puede realizar en casos de violación o relación sexual involuntaria, incesto, estado psicológico no adecuado de la madre, y malformaciones congénitas graves del producto de la gestación. **(12,41,48)**

E.4:

Aborto recurrente:

Es la historia de 3 o más abortos espontáneos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación. Se dividen en primarios si la paciente sólo ha tenido aborto, y secundario si al menos ha habido un embarazo viable previo. Su incidencia es del 0.4% al 1% en parejas de edad reproductiva. **(43)**

En la abortadora recurrente secundaria existe el antecedente de por lo menos una gestación en un producto de término, y sano, sin embargo, luego se han tenido tres o más pérdidas. Se presenta en aproximadamente 2 al 5% de las parejas en edad reproductiva. Además de disminuir la fertilidad, el padecimiento causa problemas psicológicos, familiares y sociales. **(7)**

Las alteraciones congénitas de la anatomía uterina son una causa de la pérdida recurrente del embarazo. Las anomalías en la fusión de los conductos paramesonéfricos, principalmente útero bicorne o septado, se asocian con la existencia de aborto recurrente; lo mismo puede decirse de la exposición prenatal a dietilestilbestrol, la cual disminuye el volumen y la superficie de la cavidad endometrial. En especial útero didelfo, puede ocasionar incompetencia ístmico-cervical no traumática, la cual suele producir pérdidas fetales del segundo trimestre. **(7)**

El tratamiento se basa en varios aspectos como el farmacológico (utilizando inductores de la ovulación como el citrato de clomifeno 50-100 mg/día del 3er al 7º día para corregir la fase lútea defectuosa, o Progesterona 50 mg IM/día o cada 48 horas hasta la semana 10 de amenorrea, o hGC 2500 UI cada 4 días por 2-3 veces durante la fase lútea) anatómico (que corrige dichos defectos mediante resectoscopia o microcirugía, o cerclaje cervical), inmunológico (puede ser de ayuda el uso de ASA 75 mg/día desde el ciclo concepcional en adelante en casos con anticuerpos antifosfolípidos positivos, y en ocasiones Heparina 10.000 U SC bid y/o Prednisona de 20-80 mg/día) y Psicológico (para

apoyo emocional) así como tratar las enfermedades que puedan coexistir con el embarazo. **(43).**

En un estudio donde se evaluó 39 parejas con Pérdida gestacional recurrente (PGR) realizado en México, para determinar los distintos factores de riesgo y dependiendo de cada uno de ello tratarlo de manera específica, se determinó un 23% a una sola causa, 64.2% multifactorial y 12.8% sin factor aparente. Dentro de estos factores de riesgo, los más importantes fueron los endócrinos, infecciosos y autoinmunitarios **(20)**

Otras causas son la obliteración uterina por sinequias (síndrome de Asherman), y miomatosis. Ambas disminuyen la superficie de la cavidad uterina, mientras que la miomatosis puede alterar el sitio de implantación del cigoto. La incompetencia ístmico-cervical de origen traumático, El hipotiroidismo también la puede producir, aunque más frecuentemente suele originar esterilidad por la hiperprolactinemia que generalmente se presenta en estos casos. La diabetes mellitus no controlada también se asocia con una frecuencia elevada de abortos espontáneos. Entre los factores inmunológicos se debe mencionar al síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, el cual se relaciona con un incremento en la frecuencia de aborto espontáneo y muerte intrauterina. **(7)**

No existen otras entidades que se confundan con la infertilidad. Es importante aclarar que la presentación de una pérdida espontánea (en especial del primer trimestre), no justifica una evaluación extensa de la pareja que la padeció. **(7)**

F. FACTORES SOCIALES Y RELIGIOSOS DEL ABORTO EN GENERAL:

La iglesia católica tiene una posición muy clara: desde el momento en que el ser humano es concebido ya se considera un ser humano, una persona, con todos los derechos, es decir, que nadie tiene el derecho de quitarle la vida. Esta postura se fundamenta en las sagradas escrituras, en la Biblia: Dios da la vida al ser humano, Dios promete al pueblo de Israel descendencia, por lo tanto, los hijos que vienen serán una bendición de Dios y por eso el pueblo de Israel adquirirá esa mentalidad de descendencia

como bendición de Dios y Él será el único que puede quitar la vida humana. Nadie puede tomarse el atributo de quitar la vida a un ser que viene o que está por nacer. **(31)**

Tanto en el Nuevo como en el Antiguo Testamento, se enseña que por encima de todo está la vida, porque el Dios bíblico pregonaba la vida; por eso el Libro del Deuteronomio pone a escoger entre la vida o la muerte y aconseja escoger la vida. De hecho, el aborto, sea provocado o no, ya significa anular la vida de un ser que viene, y que, además, es un ser indefenso. Entonces, la posición de la Iglesia Católica es clarísima, y mantiene que no cede en la cuestión del aborto como método de planificación familiar. No cede al aborto, excepto en casos de violación o casos extremos en que peligre la vida de la mujer. Pero presenta un punto de referencia para cada creyente católico; esta ley no es absoluta, es una norma ética como principio: cada uno tiene que regirse de acuerdo con su conciencia y de acuerdo con su fe. **(31)**

No hay enseñanza católica con respecto a cuándo adquiere el feto calidad de persona, es decir, cuándo se transforma en un ser humano con alma. En su Declaración de 1974 ("Declaración sobre el aborto provocado"), el Vaticano señala que no hay una posición católica definitiva con relación al "momento de la infusión del alma espiritual" en un embrión o un feto en desarrollo. "No hay una tradición unánime sobre este punto y los autores siguen divididos" escribe el Vaticano. En la Iglesia de los primeros tiempos, los teólogos decían que el alma se infundía a los 40 días en el caso de los niños y a los 80 días en el caso de las niñas. **(23).**

En una entrevista periodística realizada hace tiempo se preguntó a un personaje público de ese entonces – que estaba casado desde hacía diez años y declaró tener sólo dos hijos – si usaba algún método anticonceptivo puesto que tenía un número limitado de descendencia, y respondió que no, que él no usaba ningún método porque su religión se le prohibía. La periodista le preguntó, entonces, que cómo explicaba sólo dos hijos en diez años, y esta persona contestó "Yo no los uso, mi esposa es la que los usa". Nos encontramos en un mundo puramente machista, en el que por lo regular es quien decide sobre la planificación familiar, qué método, cuándo usarlo y frecuentemente no es él quien los utiliza, sino su pareja.**(31).**

En América Latina, la relación entre la iglesia y los gobiernos es fuerte, al punto que la primera influye directamente en la definición de políticas públicas y sociales. Esto no impide que la incidencia de abortos inducidos en la región sea de las más altas del mundo.(21) Hay una reflexión desde el punto de vista antropológico: ¿Cómo es posible que la especie humana produzca un acto único – los animales no se provocan aborto-que, además, es un acto contradictorio en sí mismo en que los seres humanos realizan los actos que conducen a la generación de un nuevo ser viviente y después realizan los actos que llevan a su destrucción? Es una acción sin sentido, mirada desde fuera y es una acción que exige nuestra reflexión. Y exige también una reflexión desde el punto de vista ético: ¿Cómo se juega la libertad en el momento de la realización del aborto?, ¿ Cuáles los condicionamientos a los que está sometida la mujer?, ¿Cuáles son las presiones?, ¿Cuál es nuestra responsabilidad como sociedad, como cultura, en la realización del aborto?.(22)

G. FACTORES ÉTICOS Y LEGALES:

La constitución política de la República de Guatemala estipula en su artículo 3º. El derecho a la vida, desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.(5) El aborto ha sido un procedimiento médico muy politizado en los EE.UU. y has sido sujeto de muchas legislaciones, más que otros procedimientos quirúrgicos combinados. La ley de Nebraska dice que “el aborto parcial no se realizará a menos que sea necesario para salvar la vida de la madre cuya vida se pone en peligro por un desorden, enfermedad o daño físico, incluyendo una condición peligrosa para la vida causada o agravada por el propio embarazo”. (3)

En Brasil la pena por aborto varía de 1 a 10 años de prisión, con una pena duplicada para aquellos que lo practicaron o ayudaron, juntamente con el retiro del derecho a la práctica médica durante ese período(Según Código Penal de dicho país). Lo permite la ley solamente cuando es necesaria para salvar la vida de la mujer o cuando ocurre una concepción a partir de estupro. A pesar de esta ley, la inducción del aborto es ampliamente practicada. (17)

En Colombia se prohíbe incluso en casos de violación e incesto, inseminación artificial no consentida o malformación fetal. Cuba, Puerto Rico, Barbados y Guyana tienen al menos 3 leyes restrictivas para aborto. En Cuba se inició a tratar abortos en hospitales

públicos desde 1965 para “salvar la vida o evitar un grave daño a la salud”, y actualmente penaliza al que procede sin consentimiento de la grávida, se realiza fuera de las instituciones oficiales, el actor no es médico o lo realiza por lucro. En Puerto Rico es legal desde 1973, en Guyana se aprobó en 1995. Los países donde se autoriza el aborto a pedido de la mujer son Cuba (a), Guyana (b) y Puerto Rico. **(31)**

Algunas de las propuestas de la ética para mejorar la atención a pacientes con aborto son: Reconocimiento: de la otra persona, de nuestra humanidad y también la de otras personas. O lo que es más difícil aún: reconocerse en el otro. La ética también implica el respeto a la otra persona, hacia sus decisiones, actitudes y opiniones. Tolerancia y aceptación su decisión. A partir de la tolerancia reconocemos y respetamos a la otra persona y podremos convivir en el mundo donde las múltiples decisiones respecto a un mismo suceso nos demuestran día a día que los seres humanos somos diferentes, pero que esta diferencia no significa necesariamente que unos realicemos actos más aceptables que otros. **(37)**

La bioética requiere también de la comprensión de varios elementos propios del paciente como los son los **derechos humanos** (incluido el de su atención y la información en salud), **igualdad, equidad** (se refiere a que las personas requieren de servicios de salud que tomen en cuenta que las necesidades pueden variar de persona a persona y de grupo a grupo), **autonomía** (para reconocer y respetar la conciencia de las personas diferentes a nosotros y, por tanto, su autonomía para opinar, decidir y actuar según lo que crean más conveniente) y **Beneficencia** (definido a partir de la idea rectora de actuar con saberes médicos para hacer el bien). **(37)**

Estudios han manifestado que quienes recurren al aborto no son personas jóvenes, analfabetas, inexpertas e irresponsables e irreflexivas, ni se encuentran entre las edades de 17-19 años. El 76% de las mujeres ya ha tenido un hijo previo según esta bibliografía, el 54.81% entre uno y tres, y solamente el 15.38% no han tenido embarazos previos. El 75.96% de estas mujeres no se han practicado nunca un aborto y el 45% ha intentado algún método de anticoncepción. **(2).**

H. COMPLICACIONES :

Por orden de frecuencia y de gravedad se pueden mencionar a la hemorragia genital grave, la infección con sus distintos niveles, desde endometritis a pelviperitonitis, la coagulación intravascular diseminada, la lesión física a los órganos genitales, como perforación uterina y en consecuencia la probabilidad de daño a estructuras vecinas, y otras más.(23)

H . 1 :

Complicaciones del aborto que requieren asistencia urgente:

Las principales complicaciones graves de un aborto practicado en condiciones de riesgo son la hemorragia, la infección y las lesiones del tracto genital y de los órganos internos. Los productos residuales de la concepción contribuyen a menudo a esas complicaciones. Las reacciones tóxicas a las sustancias químicas y los fármacos empleados para provocar el aborto pueden agravar las complicaciones en las mujeres, que al final acaban recurriendo al sistema estructurado de salud. Los servicios sanitarios de todos los niveles deben estar preparados las 24 horas del día para dispensar atención urgente a esos casos en la medida de sus posibilidades. Se han hecho dos observaciones importantes en los estudios sobre toda clase de complicaciones del aborto, a saber:

- La morbilidad y la mortalidad son directamente proporcionales a la edad gestacional;
- Las complicaciones son más frecuentes y más graves en entornos donde el aborto autoinducido o provocado sin precauciones es común y donde no existen servicios de planificación familiar para evitar embarazos no deseados ni tampoco servicios clínicos para atender casos de aborto.

En consecuencia, lo primero para prevenir complicaciones del aborto a nivel comunitario es educar a los agentes de salud y al público en general para que se preste asistencia oportunamente y en las debidas condiciones a los casos de aborto espontáneo e inducido y se renuncie al uso de prácticas peligrosas. (33)

H . 2:

Medidas en caso de hemorragia

La hemorragia prolongada o excesiva es la complicación más común que se observa en los servicios de asistencia a abortos. Los productos de la concepción que quedan retenidos son la principal causa de sangrado en la mayoría de los casos, pero también puede serlo el traumatismo, la acción de agentes químicos o los defectos de coagulación sanguínea en los abortos incompletos. Si la hemorragia se debe a la retención de productos, será preciso evacuar el útero, pero si se debe a traumatismo o lesión del cuello uterino habrá que recurrir a la sutura. Entre los procedimientos no quirúrgicos para contener la hemorragia están el masaje uterino y la administración de fármacos uterotónicos. **(33)**

I. TRATAMIENTO:

I.1:

Medidas en caso de infección

Con ocasión de un aborto cabe sospechar la presencia de una infección si la mujer presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre y escalofríos,
- Secreción vaginal o uterina de olor fuerte,
- Dolor abdominal o pélvico,
- Hemorragia prolongada o maculación,
- Sensibilidad del útero y los anexos en el examen pélvico o dolor con el movimiento en el cuello uterino.

A esas pacientes hay que administrarles antibióticos y practicarles una evacuación del útero lo antes posible. Aunque es preferible que para ello estén hospitalizadas, a veces también puede tratárselas en régimen ambulatorio según la gravedad de la infección, la capacidad de la interesada para seguir el tratamiento y su disposición o posibilidad de repetir las visitas. Si la infección es grave y se propaga fuera del útero o si se diagnostica septicemia puede necesitarse hospitalización, diagnóstico específico en laboratorio, administración de suero intravenoso, tratamiento con antibióticos por vía parenteral, cuidados intensivos y a veces cirugía. Requiere en particular tratamiento médico intensivo en un servicio de nivel superior el choque séptico, trastorno grave consistente en colapso circulatorio causado por una toxina bacteriana. **(12,33.44)**

I.2:

Medidas en caso de lesión del tracto genital y de los órganos internos

Lo más frecuente es que las lesiones se produzcan cuando el aborto ha sido realizado por una persona no competente o cuando es autoinducido. Ahora bien, también es posible que haya trauma resultante de una intervención aunque ésta tenga lugar en un entorno médico y sea realizada por personal adiestrado. Las más frecuentes son la perforación del útero y la laceración del cuello uterino. También pueden resultar dañados los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga, el intestino y el recto. La lesión del cuello uterino puede ser debida al uso de instrumentos inadecuados o a una dilatación demasiado forzada. Cuando se sospecha que hay perforación del útero las medidas apropiadas son observación, laparoscopia o laparotomía. Cuando se tratan complicaciones consiguientes a un aborto improvisado siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de lesión grave del tracto genital. **(33,48)**

I.3:

Medidas en caso de reacciones tóxicas y químicas, y evacuación incompleta:

Las secuelas de esas prácticas pueden ser trastornos hepáticos y renales, alteración gastrointestinal, afecciones del sistema nervioso central como cefalalgia, confusión y delirio, y quemaduras químicas. **(33)** La ausencia de partes del feto o la placenta en los tejidos extraídos puede indicar una evacuación incompleta y embarazo persistente o ectópico, lo que requerirá investigación y tratamiento sin demora. Cuando la evacuación del útero es incompleta puede ser necesario volver a practicarla. **(33,44)** Algunas de las secuelas a largo plazo del aborto en condiciones de riesgo varían desde impedimento físico, dolor, enfermedad inflamatoria de la pelvis, infecundidad secundaria y riesgo agravado de embarazo ectópico. Las mujeres con historia de enfermedad inflamatoria de la pelvis están muy expuestas a ese trastorno a raíz de un aborto, así como a sus consecuencias de merma de la fecundidad y dolor. La morbilidad directamente asociada al aborto provocado sin las debidas precauciones se ve en muchos casos agravada por la dificultad de conseguir asistencia urgente o por el retraso con que se obtiene. **(48)**

J. MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA:

La evacuación del útero, consistente en extraer de él todos los productos residuales de la concepción, es esencial tanto en la asistencia al aborto urgente como al voluntario. La evacuación uterina es siempre practicable porque para ella no se necesitan instalaciones complicadas. Existen muchas técnicas de evacuación del útero. **(12,33)**

Durante el **primer trimestre** (doce primeras semanas de embarazo) las técnicas de evacuación uterina utilizadas para abortos de urgencia son la aspiración por vacío, que presenta un traumatismo mínimo, y es el método que, generalmente se prefiere. Para la aspiración se utilizan jeringas manuales, bombas eléctricas y bombas accionadas con pedal.

— Para la aspiración manual por vacío hace falta una jeringa apropiada y cánulas de plástico flexible de varios diámetros. Esta técnica suele utilizarse sólo cuando el tamaño del útero no excede del correspondiente a las doce primeras semanas de gestación.

— Las bombas eléctricas o accionadas con pedal pueden emplearse con cánulas de plástico o de metal. Este procedimiento se usa a veces también durante la primera parte del segundo trimestre. **(33,48)**

La Dilatación y raspado. Se está reemplazando por la aspiración, que es más segura y menos traumática si el equipo es apropiado y está bien, mantenido. La investigación clínica de los últimos 25 años ha confirmado la aspiración por vacío como la técnica más segura de evacuación uterina para abortos incompletos o provocados durante el primer trimestre. Los resultados de distintos estudios, han mostrado que las tasas de complicaciones son más bajas utilizando este método **(33,48)**. Para principios del segundo trimestre se pueden utilizar los distintos métodos de evacuación por aspiración con bomba eléctrica o de pedal usando una cánula grande o por raspado. **(33)**

Durante el **segundo trimestre**, cuando una persona presenta un aborto de más de 14 semanas completas conviene detener la hemorragia y evacuar la cavidad uterina, administrando oxitocina por vía intravenosa y extrayendo los residuos de la concepción a mano o con instrumentos. **(33,48)**

Como opciones para el **primer trimestre** se tienen:

* **Regulación menstrual.** Este término se refiere a la aspiración manual con jeringa a comienzos del embarazo y a veces también a la evacuación uterina cuando éste no ha sido confirmado.

* **Antiprogestinas.** Ciertos fármacos como la mifepristona podrían representar un procedimiento innovador de provocación precoz del aborto. Se trata de compuestos sintéticos por vía oral que podrían sustituir a la evacuación por métodos quirúrgicos, particularmente si van seguidos, en las 48 horas siguientes, de la administración de una prostaglandina. Sin embargo, se precisa supervisión facultativa debido a la posibilidad de hemorragia prolongada o excesiva y al riesgo, escaso pero importante, de aborto incompleto o continuación del embarazo. En algunos casos habrá que terminar la evacuación por métodos quirúrgicos. (33)

Durante el **segundo trimestre**, si es un aborto voluntario a partir de las 14 semanas de gestación se requiere un equipo quirúrgico completo y un nivel superior de capacitación porque son mayores las posibilidades de traumatismo quirúrgico y pérdida o excesiva de sangre. Los métodos utilizables son diversos pero pueden citarse los siguientes:

- **Dilatación y evacuación.** La evacuación quirúrgica por succión combinada con el uso de fórceps especiales ha resultado más segura que todos los demás métodos de aborto en el segundo trimestre, cuando la practica un operador experimentado y se combina con la aplicación de varias capas de laminaria o dilatadores sintéticos. Es imprescindible disponer de personal competente y equipo adecuado.

- **Prostaglandinas o sus derivados.** Estos fármacos pueden ser eficaces para administración intraamniótica, extraamniótica o vaginal. El uso de prostaglandinas puede tener efectos secundarios, a veces de importancia, que exijan la hospitalización de la paciente para supervisión médica u observación. Hay otros métodos que se consideran más seguros.

- **Amnioinfusión de otros productos.** Ciertas sustancias como la urea hipertónica o la solución salina se utilizan a veces para provocar contracciones del útero en el segundo trimestre. Esos compuestos pueden tener efectos secundarios, a veces graves. La amnioinfusión debe utilizarse, combinada con relajadores del cuello del útero, por ejemplo laminaria en capas múltiples o prostaglandina en supositorios.

* ***Extracción por cirugía abdominal.*** Antes era frecuente utilizar la histerotomía y la histerectomía para el aborto cuando estaba avanzado el embarazo: sin embargo, esos métodos están desacreditados y raramente se emplean ahora. **(33,48)**

Para la evacuación del útero es preciso que el cuello esté lo bastante dilatado para permitir el paso de los instrumentos. En algunos casos de aborto incompleto ese grado de dilatación ya se ha conseguido cuando el tratamiento empieza y no hace falta dilatación suplementaria. Otras veces ésta es indispensable, sobre todo cuando se utilizan instrumentos de gran tamaño. Para el aborto provocado se necesita a menudo una cierta dilatación del cuello uterino. Entre los medios disponibles están los dilatadores mecánicos (por ejemplo, los de Pratt, Denniston y Hegar) y los osmóticos (por ejemplo laminaria y sucedáneos sintéticos). Para relajar el cuello uterino cuando está avanzado el embarazo se utilizan a veces preparaciones de prostaglandina. En cualquier procedimiento de dilatación es importante reducir al mínimo el traumatismo del cuello del útero. Con los dilatadores mecánicos debe precederse lentamente y con suavidad. El bloqueo paracervical es a veces indispensable para mitigar el dolor debido a la dilatación mecánica. **(33,48)**

K. PREVENCIÓN:

El programa Nacional de Salud Reproductiva de Guatemala dio a conocer que dará prioridad a la sensibilización de mujeres para espaciar los embarazos y tener a sus hijos entre los 20 y 35 años, educarse en salud reproductiva y acudir a consulta pre y postnatal, como parte de la "Estrategia para la disminución de la mortalidad materna". Además de lo anterior, se contempla la creación de hogares maternos que contarán con comadronas capacitadas. Más de mil mujeres mueren cada año por problemas antes, durante y después del parto. La mayoría, por causas prevenibles y falta de atención. Según el informe de planificación familiar y atención de la maternidad de 2002 el 40% de las causas de mortalidad materna es debido a hemorragia, 21% por complicaciones por aborto, 17% por infecciones y el 22% por otras causas. **(45)**

En los Estados Unidos las secundarias sólo ofrecen un promedio de 6.5 horas de educación sexual al año. De las 6.5 horas de instrucción, menos de dos tienen que ver con el uso de anticonceptivos y con las enfermedades transmitidas sexualmente. Un

tercio de los estados no exige programas de prevención del embarazo en las escuelas; incluso seis estados prohíben que el profesorado hable del uso de anticonceptivos por parte de menores solteros. **(21)**. La consejería post-aborto no es una tarea fácil. Existen condiciones hospitalarias que dificultan la realización de una consejería post-aborto óptima y sabemos que superar estas dificultades no depende de nuestra buena voluntad. A veces, no se cuenta con un lugar adecuado para dar la consejería post-aborto. Hay que tener en cuenta que las mujeres que consultan por aborto se encuentran bajo una severa crisis emocional, además de molestias físicas. El temor y la ansiedad de la mujer pueden ser atenuados si compartimos nuestros conocimientos médicos, en términos comprensibles con ellas. **(37)** Es relevante mejorar la atención hospitalaria de las mujeres con aborto, satisfacer las necesidades de planificación familiar en general y en particular postaborto, y el estudiar y discutir la problemática del aborto inseguro en los países de la subregión. **(9)**

Existe un acuerdo que el período post-aborto es una oportunidad única para ayudar a la mujer a solucionar los problemas que contribuyen al embarazo no deseado. Por lo tanto, este tiempo se convierte en una oportunidad crucial para que la mujer reciba información, consejería y servicios de planificación familiar. En un estudio realizado con 945 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto desarrollado de enero a noviembre de 1996 en 4 hospitales de Centro América, para determinar si el ofrecimiento de la técnica de consejería, encontraron que la técnica de consejería parece ser un mecanismo que responde en mejor forma a las necesidades de planificación familiar, sin embargo, se necesita estudiar más las diferencias existentes en la conducta y comportamiento de la mujer con diferentes causas de aborto incompleto y que acuden a los servicios de salud. **(15)**.

Se comprobó que había habido mejoras notables en conocimientos tras la realización de cursos de adiestramiento para parteras tradicionales entre mujeres afganas refugiadas en el Pakistán en las participantes y madres que habían sido asistidas por dichas parteras. Las recomendaciones de las parteras adiestradas sobre amamantamiento, nutrición de la madre, inmunización e higiene fueron observadas en general por las madres antes y después del parto. Se asoció a menos complicaciones y fallecimientos con los partos atendidos por las parteras adiestradas que con los atendidos por sus colegas no adiestradas. **(26)**

Más o menos la mitad de las parejas que practican la planificación familiar usan métodos que dependen del varón. Generalmente los hombres usan métodos tradicionales, sobre todo el coitus interruptus, y deberían ser considerados como un grupo destinatario específico en los programas de planificación familiar para persuadirles a emplear métodos modernos. **(6)**

El uso del preservativo por el varón representa sólo el 6% del uso de anticonceptivos en los países en vías de desarrollo y sólo el 19% en los países desarrollados. **(21)**. El uso de métodos anticonceptivos es alto en Europa. El más usado sigue siendo la pastilla (64%), le sigue el preservativo (30%), el DIU (3%) y el diafragma (3%). El rechazo al DIU es muy alto.**(8)** En San Petersburgo se fomentó el uso de métodos anticonceptivos modernos, se difundió información para promover una mayor utilización de los servicios de planificación familiar, se crearon servicios periféricos especiales para los adolescentes y se ofrecieron oportunidades de educación y capacitación a los dispensadores de asistencia como métodos de prevención después de tener una mortalidad de 70 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos. **(42)**

L. ABORTOS SIN RIESGO: UN COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA.

La OMS ha calculado que, a nivel mundial, un 25% de los embarazos terminan en un aborto provocado, lo que representa aproximadamente 50 millones de abortos cada año. De ellos, 20 millones son practicados en condiciones peligrosas, debido ya sea a la intervención de personas no adiestradas, al uso de técnicas peligrosas o a ambas cosas. **(47)**. Procedimientos y proveedores inseguros, leyes restrictivas y alta morbilidad por aborto tienden a ocurrir conjuntamente. La prevención de la mortalidad y morbilidad por aborto es muy importante en algunas ciudades donde es un asunto de salud pública. **(1)**

Legalizar el aborto es una condición esencial para hacerlo más seguro. Aunque en muchos países la tendencia a la disminución de la peligrosidad del aborto comenzó antes de que se cambiaran las leyes, o sin necesidad de tales cambios, la modificación de la legislación es indispensable para mantener la seguridad lograda. Por seguridad no se entiende sólo la utilización de procedimientos médicos sin riesgos. Se trata también de evitar que se adopten medidas punitivas tanto contra las mujeres como contra el personal sanitario, incluso cuando el Estado tolera el aborto ilegal. **(47)**.

Convertir los abortos peligrosos en seguros es ante todo una cuestión de salud pública que incumbe a los gobiernos. La reducción de la mortalidad materna por abortos peligrosos forma parte del compromiso internacional contraído en El Cairo en 1994, y reafirmado en El Cairo en 1999. El artículo esboza las medidas prácticas que los países pueden adoptar para propiciar esos cambios. **(47)**.

L.1:

Requerimientos para abortos seguros:

Muchas ciudades desarrolladas aún requieren que los ginecólogos los realicen, aunque esto no es necesario, particularmente para abortos realizados a menos de 14 semanas de gestación, dado que las habilidades necesarias se han simplificado y la tasa de complicaciones ha disminuido. En Nigeria, la aspiración manual ha sido usada para pacientes externos en muchos casos de complicaciones del aborto, reduciendo el tiempo de espera de la mujer de 48-72 horas a 10-15 minutos. Para reducir la mortalidad y morbilidad de abortos inseguros, la aspiración manual puede ser utilizada para asegurar los abortos tempranos arriba de las 14 semanas de gestación, previniendo las consecuencias de abortos inseguros. En Sudáfrica, el entrenamiento de comadronas en aspiración manual es una clave importante de los nuevos programas de aborto. **(47)**. El adiestramiento de las parteras tradicionales constituye una vía eficaz para la instrucción sobre higiene y salud de las mujeres a las que atienden en el parto. Esto se comprobó por medio de un estudio realizado en Pakistán, en el cual se entrenó a comadronas, quienes requirieron un curso de 160 horas combinando teoría y práctica clínica. **(26)**.

El aborto durante el primer trimestre usando métodos médicos y quirúrgicos puede ser proporcionado a pacientes externos con facilidades de cuidado primario. Los métodos nuevos para el 2º trimestre también requieren menos práctica que en el pasado (misoprostol intravaginal en las semanas 12-22 de embarazo). Donde la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual es alta entre mujeres que buscan el aborto, antibióticos profilácticos previos al procedimiento quirúrgico deben ser administrados. Un estudio comparativo, de aborto médico usando mifepristona-misoprostol con cirugía temprana en aborto realizado en China, Cuba e India mostró que el aborto médico es seguro, eficaz y aceptable bajo algunas condiciones. Algunos servicios han establecido

completamente una rutina quirúrgica no requerida previamente a la introducción de aborto médico, sin embargo, la aspiración manual es un método de reserva necesario para procedimientos médicos del primer y segundo trimestre para un pequeño número de casos de aborto incompleto. En Zambia, los ginecólogos produjeron el mayor obstáculo para servicios de aborto seguros. **(47).**

M. UNA REFLEXIÓN FINAL :

Una atención integral y de calidad a las mujeres con aborto incluye, factores materiales (infraestructura hospitalaria, instrumental médico, un presupuesto decoroso para el sector salud, etc.) y factores humanos. El prestador de servicios de salud debe promover la salud y salvar la vida de la mujer, actuar en un marco de reconocimiento y respeto a las pacientes; es decir, reconocer, respetar/ejercer el principio de autonomía, la diversidad cultural, la equidad, la igualdad, la justicia y los derechos humanos, y por último, promover, ejercer y practicar el consentimiento informado y la consejería post-aborto. **(37)**

En lugares donde no se encuentra penalizado, disminuye la culpabilidad de la mujer al realizar un aborto inducido, e incluso motiva a buscar ayuda médica, pero en otros lugares, las mujeres tienen miedo de hablar de esto hasta con sus maridos, amigos y parientes. De allí que las posibilidades de que cicatrice la herida emocional sean reducidas. Algunos de los motivos por los que las mujeres tienden a abortar en Estados Unidos son porque tener un niño influye en su trabajo, estudio y otras responsabilidades, no poderlo mantener, y que no quieren ser madres solteras o por problemas con el esposo, o como consecuencia de una violación. En América Latina, las razones más comunes son: salarios bajos de la pareja, desempleado o subempleado, relación familiar inestable, falta de apoyo económico, no deseo de otro embarazo, temor de rechazo familiar y querer alcanzar cierto desarrollo personal previo a la experiencia de ser madre. **(37).**

N. INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA.

La población estimada de mujeres guatemaltecas es 4.551 millones de las cuales el 22.1% se encuentran en edad fértil. El 51% son indígenas que viven en caseríos dispersos en el área rural y que enfrentan serias limitaciones económicas y de acceso a los servicios de salud. El 40% de las mujeres se ha unido antes de los 18 años y el 70%

dicen conocer o haber oído hablar de uno de los métodos anticonceptivos y casi la totalidad conocen uno moderno. La falta de conocimiento y de uso de los métodos es mayor entre mujeres sin alguna instrucción, las indígenas y las que viven en el área rural. El 24% de las mujeres en unión utilizan un método: esta proporción varía de un grupo étnico a otro, de 34% entre las ladinas a 6% entre las indígenas. Las coberturas de atención prenatal y del parto son bajas, solamente el 38% de los embarazos reciben cuidados prenatales y el 23% de los partos son atendidos institucionalmente. **(34)**.

N.1: Tasas y proporciones de abortos

La frecuencia del aborto se expresa en general mediante el concepto de tasa (numero de abortos en relación con la población) o de proporción (número de abortos en relación con el número de nacimientos o embarazos). Ambos métodos suministran una información diferente pero complementaria. **(32)** La tasa de abortos puede expresarse de diversos modos: por ejemplo, por 1000 habitantes, por 1000 mujeres en edad fértil (por lo general, de 15-44 años) o por 1000 mujeres en grupos de edad definidos (p. ej. 5 años). La tasa total de abortos puede deducirse de las tasas específicas por edades y corresponde al número de abortos que podrían tener 1000 mujeres durante su vida fértil, suponiendo que las actuales tasas específicas por edades se mantuvieran invariables. La proporción de abortos suele expresarse por 100 (ó 1000) embarazos o nacidos vivos conocidos y, al igual que la tasa de abortos, puede calcularse para grupos de edad concretos. **(32)**.

N.2:

Tendencias en las tasas de abortos

Existen factores demográficos y sociales, los cuales influyen en la tasa de abortos como edad, estado civil, paridad, origen étnico, prevalencia del empleo de anticonceptivos y nivel de educación. No se dispone de datos para analizar todos estos factores, y por otra parte, tampoco se puede confiar en la información disponible sin tener en cuenta sus limitaciones (como probabilidad de que se omita selectivamente la declaración de ciertos casos) y la posibilidad de que el acceso al aborto legal varíe, de factores tales como la edad y la situación económica. Las incertidumbres mencionadas hacen que no podamos interpretar con confianza las variaciones de las estadísticas anuales de abortos. Por otra

parte, es posible que la proporción de casos no declarados se modifique con el tiempo. (32).

Ñ. MONOGRAFÍA DE PETÉN:

Petén se encuentra en el área septentrional del país, el más alejado, el más incomunicado y de cierta manera, con una historia diferente al resto del país, con un área que ha ocupado un lugar de reconocimiento mundial gracias a sus importantes sitios precolombinos que pertenecen al período Clásico Maya. Sin duda, Tikal es el lugar más importante del listado de sitios precolombinos en Petén, pero la lista es más larga de lo que podemos imaginar: Yaxhá, Nakún, Nakbe, Aguateka, Petexbatún, Piedras Negras y Ceibal, por lo que dejamos sin incluir una infinidad de sitios.

El sitio de ocupación del departamento prácticamente fue continuo hasta la llegada de los españoles, pero no por ello significó que la conquista fuera temprana. Y es que Hernán Cortés pasó por la región ya en 1502, en su paso a Honduras, pero después de este hecho, fueron varios los intentos de "entrada" y de "conversión" de los españoles, aunque todos fracasaron. No fue sino hasta 1697, cuando Martín Urzúa y Arismendi logró la primera reducción de itzáes, precisamente en "noh Petén", en el lugar que ocupa hoy la actual Isla de Flores. Dos años más tarde de haber consolidado la conquista del centro del departamento, se logró la de los mopanes, al parecer paralelo a este proceso, esa otra serie de grupos étnicos pobladores, referidos por los cronistas, se vieron envueltos en un violento proceso de extinción. (4)

Algunos bolsones de población chol, situados en las márgenes del río La Pasión y del usumacinta, los que habían permanecido en la región hasta mediados del presente siglo terminaron por huír a territorio mexicano en la lacandonía, acosados por las políticas de gobierno, especialmente las implantadas por Jorge Ubico, que incluso trajo a varios de ellos para ser exhibidos en los campos de la feria de noviembre como parte de las ideas exóticas que se tenía de ese pueblo. (4)

Durante la colonia, la isla fue bautizada inicialmente como Nuestra Señora de los Remedios y San Pablo de Itzá, fue en este lugar donde se levantó el fuerte presidio de Arismendi. De este período colonial podemos apreciar también los poblados de San

Andrés y Dolores. Actividades como las monterías, conocida como explotación maderera, la chiclería, extracción de xate y pimienta negra, han influido determinantemente en las formas de subsistencia que practican los pobladores. Algunos terratenientes cuentan con importantes fincas de ganado, aprovechando las formaciones tradicionales de las sabanas, propias del centro del departamento; el resto de la población campesina se dedica a la agricultura. **(4)**

Petén Itzá: Es sin duda el lago más importante de Petén. Está dividido por una península, la de la parte meridional contiene varias islas, siendo la más notable la que ocupa la ciudad de Flores, que es la cabecera departamental y que antes fue la ciudad de Tayasal, capital de los itzáes, por eso tiene importancia histórica. En el mismo departamento se encuentra la de San Diego, San Juan Acul, Petexbatún y Yaxá **(4)**

El río Usumacinta atraviesa en su recorrido comarcas de incalculable riqueza, lo mismo sus afluentes y sus aguas son de gran porvenir económico para nuestro país. Tiene, además, gran importancia histórica. ya que en sus márgenes aún existen las ruinas de una gran civilización, como la raza maya. Tiene importancia política, porque sirve en gran parte como límite entre México y Guatemala.

Al pasar del Petén a Tabasco, el Usumacinta corre por una montaña y forma las cataratas de Tenosique, siendo navegable por pequeñas embarcaciones. El río de La Pasión, que es uno de sus principales afluentes, corre al sur del Petén y durante el invierno inunda extensas regiones, formando lagunas y pantanos. En esa época hacen cortes de madera para que las aguas se encarguen de sacarla, por lo cual es de gran importancia económica. **(4)**

La sierra de Chamá se encuentra entre los ríos Cahabón y Sarstún, al sur, y al norte, el río de La Pasión, que va a terminar en los Montes Cockscomb en Belice, los cuales son una prolongación de las montañas Mayas, ramal de las de Chamá. La agricultura es difícil en esta sierra ya que tiene pocas planicies y valles, por lo tanto, lo que se produce es diferente a lo de otras regiones, a eso se suma que en esta tierra llueve mucho y el clima es diferente. Opiniones autorizadas aseguran que esta sierra es una continuación de los Cuchumatanes. **(4)**

Las ruinas de Tikal fueron sin duda la ciudad más grande tanto del Viejo como del Nuevo Imperio; ésta región arqueológica mide aproximadamente una milla. El nombre de Tikal significa **“lugar de las voces”**. En el centro de la ciudad existen ruinas de edificios que miden hasta 70 metros de altura. Posee cinco pirámides-templos, descubiertos en julio de 1951. Las puertas de dichos templos son de madera, admirándose en ellas bellísimos grabados. (4)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

A. Metodología:

1) Tipo de estudio: Descriptivo

2) Sujeto de estudio:

Papeletas encontradas en los Hospitales de Petén con diagnóstico de aborto.

3) Población a estudiar:

Se tomarán en cuenta todas las boletas con diagnóstico de aborto que se hayan atendido durante el período del 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2001 en los Hospitales de Petén (San Benito, Sayaxché y Poptún).

4) Variables:

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de Medida</i>	<i>Escala de Medición</i>
<u>INCIDENCIA</u>	Número de casos en lugares y tiempo definidos	Número de abortos entre Número de nacidos vivos	Porcentaje	Numérica
<u>CARACTERÍSTICAS GENERALES</u> <ul style="list-style-type: none"> Edad Escolaridad 	<p>Tiempo en años, que una persona se ha mantenido viva.</p> <p>Grados académicos aprobados en un centro de</p>	<p>Años reportados en la ficha médica</p> <p>Años anotados en la historia clínica.</p>	<p>Años de vida</p> <p>Número de años en Primaria, Secundaria o Universidad.</p>	<p>Numérica</p> <p>Numérica</p>

<ul style="list-style-type: none"> Ocupación Procedencia Estado Civil 	enseñanza.		Alfabeta, Analfabeto.	
	Actividad a la que se dedica una persona.	Trabajo que desempeña registrado en el expediente clínico.	Ama de casa, estudiante, agricultura, profesional, Comerciante, Otro.	Nominal
	Lugar de donde proviene una persona.	Municipio de donde proviene la persona	Municipio	Nominal
Variable	Relación recíproca con persona del sexo opuesto Definición conceptual	La anotada en la ficha clínica. Definición operacional	Soltera, casada, unida, viuda, divorciada, otros Unidad de Medida	Nominal Escala de Medición
<ul style="list-style-type: none"> Religión Grupo étnico 	Grupo al que pertenece dependiendo de sus creencias en Dios.	La anotada en la historia clínica.	Católica, evangélica, Testigo de Jehová, Mormona, Otros	Nominal
	Conjunto natural de individuos de la misma cultura	La anotada en la historia clínica	Ladino Indígena Otro	Nominal
<u>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Partos 	Final del embarazo con producto	Cantidad de partos anotados en la	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica

	viable por vía vaginal o abdominal	historia clínica		
• Gestas	Embarazos	Cantidad de embarazos anotados en la historia clínica	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica
• Abortos	Terminación espontánea o no del producto de la gestación antes de las 20 semanas.	Cantidad de abortos anotados en la historia clínica.	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica
<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de Medida</i>	<i>Escala de Medición</i>
• Hijos vivos	Gestas con producto viable sano	Cantidad anotada en la historia clínica	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica
• Hijos muertos	Niños que no viven por cualquier causa	Cantidad anotado en la historia clínica	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica
• Cesáreas	Número de partos resuelto por medio de cirugía abdominal	Cantidad anotada en la historia clínica	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica
<u>ESTANCIA HOSPITALARIA</u>	Cantidad de días u horas permanecidos en el hospital	Cantidad anotada en la historia clínica en horas o días	0, 1, 2, 3, 4, 5, +5	Numérica

<u>COMPLICACIONES</u>	Efectos no deseados provocados por una entidad clínica particular y su tratamiento.	Tipos de complicaciones médicas o quirúrgicas	a) Rasgadura b) Perforación uterina c) Endometritis d) Salpingooforitis e) Peritonitis f) Septicemia g) Shock Séptico h) No datos i) Otros	Nominal
<u>TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES</u>	Método terapéutico utilizado para evitar problemas por diversas causas.	El anotado en la historia clínica	a) Laparotomía b) Corrección de perforación c) Sutura de Rasgadura d) Otros	Nominal

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de Medida</i>	<i>Escala de Medición</i>
<u>TRATAMIENTO DEL ABORTO</u>	Método terapéutico usado para tratar el aborto	El anotado en la historia clínica	a) Médico (Atención del aborto, Antibióticos, Reposición de líquidos y electrolitos, Transfusiones, analgésicos, sedantes, Otros) b) Quirúrgico c) Lgrado (LIU, AMEU)	Nominal

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de Medida</i>	<i>Escala de Medición</i>
<u>EDAD GESTACIONAL</u>	Tiempo desde la fecundación hasta ocurrido el aborto en semanas de gestación	La anotada en la papeleta.	1...19	Numérica
<u>TIPO DE ABORTO</u>	Clasificación clínica dependiendo del estado de las membranas o lugar del producto con respecto al canal vaginal	Cantidad anotada en la historia clínica	a)Amenaza (Hemorragia vaginal sin cambios cervicales b)Incompleto (expulsión parcial del feto o membranas) c)Completo (expulsión completa del producto del embarazo y membranas) d)Diferido (no se expulsa producto hasta después de su muerte) e)Inevitable (existe rotura de membranas) f)Habitual o recurrente (+ de 3 pérdidas consecutivas) g)Séptico (Complicado con infección) h)Provocado (producido por elementos externos) i) Inminente (exageración del espontáneo) k)Espontáneo (ocurre como tal)	Nominal

5) Procedimientos:

Se revisarán los libros de egreso para poder identificar los registros médicos de todas las pacientes atendidas en los Hospitales de San Benito, Sayaxché y Poptún de Petén con diagnóstico de aborto. Si faltase algún dato en estos libros, entonces se revisará el libro de egresos de Ginecología para tomar los datos, y si no existiera algún dato, se omitirá en la boleta de recolección de datos. Luego se llenarán las boletas de recolección de datos para después de procesar y analizar dichos datos, elaborar un análisis, conclusiones y recomendaciones.

6) Ejecución de la Investigación:

Se llevará a cabo el estudio en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales de San Benito, Sayaxché y Poptún de Petén, con los datos de los registros médicos con diagnóstico de aborto desde el 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2001.

7) Presentación de resultados:

Concluida la recopilación de datos, se tabulará y analizará utilizando el programa estadístico Epi Info versión 6, para su análisis estadístico, y poder concluir y recomendar posterior a ello.

8) Aspectos éticos:

Previo a recopilar los datos, se procedió a pedir autorización por parte de los distintos Jefes de Área de Petén, así como a los directores de los distintos Hospitales y en el Hospital de San Benito, también al Director de Ginecología, para comentarles los distintos objetivos que se quieren alcanzar al poder realizar dicho estudio. Los datos obtenidos de las papeletas se mantendrán de manera confidencial.

9) Recursos:

a) Materiales:

Archivos de los Hospitales de Poptún, Sayaxché y San Benito

Biblioteca de Medicina de USAC, y UFM

Biblioteca de Dirección General de Servicios de Salud

Computadora, internet + Impresora

Material de escritorio y papelería

Boleta de recolección de datos

Expediente médicos de pacientes

Programa estadístico Epi Info versión 6

b) Humanos:

Trabajadores de archivo de los distintos hospitales de Petén

Investigador

c) Económicos:

Fotocopias: 200

Transporte: 750

Material de Escritorio y computación: 250

Otros: 2,800

Total: 4,000

10) Cronograma de Actividades

- a. Selección del tema de proyecto de investigación
- b. Elección del revisor
- c. Recolección de material bibliográfico
- d. Elaboración del proyecto con el asesor y revisor
- e. Diseño de instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
- f. Aprobación del proyecto de tesis por el CICS.
- g. Ejecución del trabajo de campo
- h. Procesamiento de datos y elaboración de cuadros
- i. Análisis y discusión de resultados
- j. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- k. Aprobación del informe final
- l. Impresión de informe final y trámites administrativos.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

TASA DE ABORTO SEGÚN MUNICIPIO DE PROCEDENCIA Y AÑO, DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

Municipio	Año 1,999			Año 2,000			Año 2,001			Total 3 años		
	f	NV	Tasa x 1000	f	NV	Tasa x 1000	f	NV	Tasa x 1000	f	NV	Tasa x 1000
SANTA ANA	10	639	15.65	11	569	19.33	11	510	21.57	32	1718	18.63
LIBERTAD	36	2445	14.72	50	2253	22.19	57	2223	25.64	143	6921	20.66
DOLORES	22	1497	14.70	32	1478	21.65	22	1251	17.59	76	4226	17.98
SAYAXCHÉ	2	2192	0.91	4	1114	3.59	11	1672	6.58	17	4978	3.42
SAN LUIS	22	1985	11.08	28	2132	13.13	35	1843	18.99	85	5960	14.26
POPTÚN	43	1469	29.27	49	1518	32.28	66	1560	42.31	158	4547	34.75
RESTO MUNI	102			149			118			369		
OTROS	18			27			22			67		
Tasa por Año	255	10227	24.93	350	9064	38.61	342	9059	37.75	947	28350	31.04

Nota: para estimar la tasa de abortos por año del depto. de Petén se restó la frecuencia de "Otros".

Otros incluye los casos sin procedencia o de otro departamento

Resto de municipios incluye los que no presentaban datos de nacidos vivos para el momento del estudio realizado que incluyen todos los del Área Petén Norte.

Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección Área de Salud y Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 2

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN, DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Tipo de Aborto	f	%
Completo	46	4.86
Diferido	35	3.70
Incompleto	695	73.39
Molar	28	2.96
Provocado	6	0.63
Séptico	38	4.01
Curso	78	8.24
Resto de Tipos	18	1.90
No dato	3	0.32
TOTAL	947	100.00

Resto de tipos incluyen Anembriónico, Embrionario, Fetal, Frustrado e Inminente

Fuente: Departamento de Registro y Archivos Médicos de los Hospitales Nacionales de Petén

CUADRO 3

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS AL MOMENTO DEL ABORTO, PRESENTADO
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES
NACIONALES DE PETÉN, EN EL PERÍODO
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Edad Gestacional	f	%
4-8 Sem.	47	4.96
9-13 Sem.	278	29.36
14-18 Sem.	94	9.93
> de 19 Sem.	34	3.59
No Dato	494	52.16
TOTAL	947	100.00

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD Y ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE FUEGO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN, EN EL PERÍODO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Años de Edad	f	%	Casada	%	Divorciada	%	Soltera	%	Unida	%	Viuda	%	No Datos	%
10-14	11	1.16	1	0.11	0	0.00	3	0.32	5	0.53	0	0.0	2	0.21
15-19	199	21.01	49	5.17	0	0.00	34	3.59	111	11.7	0	0.0	5	0.53
20-24	227	23.97	64	6.76	0	0.00	35	3.70	120	12.7	0	0.0	8	0.84
25-29	175	18.48	60	6.34	2	0.21	20	2.11	83	8.76	3	0.3	7	0.74
30-34	133	14.04	60	6.34	2	0.21	12	1.27	52	5.49	0	0.0	7	0.74
35-39	113	11.93	55	5.81	1	0.11	7	0.74	41	4.33	2	0.2	7	0.74
40-44	68	7.18	40	4.22	0	0.00	5	0.53	19	2.01	0	0.0	4	0.42
45-49	10	1.06	3	0.32	0	0.00	1	0.11	4	0.42	0	0.0	2	0.21
50-54	1	0.11	1	0.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0	0.00
55-59	1	0.11	1	0.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0	0.00
* Otros	9	0.95	2	0.21	0	0.00	2	0.21	3	0.32	0	0.0	0	0.00
Total	947	100.0	336	35.5	5	0.53	119	12.6	438	46.3	5	0.5	42	4.44

* Otros incluye 1 caso de una mujer separada, y sin datos de la edad

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RELIGIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN, DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Religión	Frecuencia	%
Católica	149	15.73
Evangélica	79	8.34
Mormona	1	0.11
Adventista	3	0.32
Atea	1	0.11
Creyente	2	0.21
Ninguna	1	0.11
No Dato	711	75.08
Total	947	100.00

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN,
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

Años de Escolaridad	Primaria		Secundaria		Alfabeta		Analfabeta		No datos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2	2	0.21	1	0.11	0	0.00	0	0.00		
3	1	0.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
4	1	0.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
5	1	0.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
6	5	0.53	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
SI	0	0.00	0	0.00	43	4.54	9	0.95		
Sub-Total	10	1.06	1	0.11	43	4.54	9	0.95	884	93.35
TOTAL	947									

Fuente: Depto de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESCOLARIDAD SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Edad	Primaria		Secundaria		Alfabeta		Analfabeto		No dato	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10-14	0	0.00	0	0.00	2	0.21	0	0.00		
15-19	5	0.53	1	0.11	7	0.74	1	0.11		
20-24	1	0.11	0	0.00	8	0.84	2	0.21		
25-29	2	0.21	0	0.00	10	1.06	3	0.32		
30-34	1	0.11	0	0.00	8	0.84	2	0.21		
35-39	1	0.11	0	0.00	4	0.42	0	0.00		
40-44	0	0.00	0	0.00	3	0.32	1	0.11		
45-49	0	0.00	0	0.00	1	0.11	0	0.00		
Sub-Tot	10	1.06	1	0.11	43	4.54	9	0.95	884	93.35
TOTAL	947									

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE OCUPACIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Años de Edad	Agricultora	%	Ama de Casa	%	Comerciante	%	Estudiante	%	Profesional	%	No Dato de Ocupación	%
Sin edad	0	0.00	5	0.53	0	0	0	0	1	0.1	2	0.21
10-14	0	0.00	6	0.63	0	0	0	0	0	0	5	0.53
15-19	1	0.11	152	16.1	2	0	6	0.6	2	0.2	35	3.70
20-24	0	0.00	162	17.1	2	0	4	0.4	10	1.1	50	5.28
25-29	1	0.11	137	14.5	1	0	1	0.1	10	1.1	26	2.75
30-34	0	0.00	101	10.7	2	0	0	0	10	1.1	20	2.11
35-39	0	0.00	92	9.71	0	0	0	0	5	0.5	16	1.69
40-44	0	0.00	52	5.49	1	0	0	0	3	0.3	12	1.27
45-49	0	0.00	10	1.06	0	0	0	0	0	0	0	0.00
50-54	0	0.00	1	0.11	0	0	0	0	0	0	0	0.00
55-59	0	0.00	1	0.11	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Sub-Tot	2	0.21	719	75.9	8	1	11	1.2	41	4.3	166	17.5
TOTAL	##											

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 9

NÚMERO DE ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN,
EN EL PERÍODO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Eventos por Persona	Gestas		Partos		Abortos		Cesareas		Hijos Vivos		Hijos Muertos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0	20	2.11	130	13.73	0	0	84	8.87	66	6.97	72	7.60
1	117	12.35	115	12.14	207	21.86	9	0.95	35	3.70	2	0.21
2-4	267	28.19	234	24.71	82	8.66	5	0.53	100	10.56	0	0.00
5-15	270	28.51	180	19.01	8	0.84	0	0.00	87	9.19	1	0.11
No Dato	273	28.83	288	30.41	650	68.64	849	89.65	659	69.59	872	92.08
Total	947	100.0	947	100.0	947	100.0	947	100.0	947	100.0	947	100.0

Fuente: Depto. de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 10

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN EDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN, DEL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

Edad	f	Gestas				Partos				Abortos			Cesáreas			Hijos Vivos				Hijos Muertos		
		0	1	2-4	5-15	0	1	2-4	5-15	1	2-4	5-9	0	1	2	0	1	2-4	5-14	0	1	5
Sin edad.	8	0	2	3	0	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	11	2	6	0	0	8	0	0	0	1	0	0	7	0	0	7	0	0	0	7	0	0
15-19	198	9	65	65	1	73	52	12	1	38	3	0	42	3	2	42	12	3	0	42	1	0
20-24	228	6	29	103	16	31	36	74	6	49	10	0	17	5	0	14	9	26	2	15	0	0
25-29	176	3	11	59	59	13	16	68	31	44	12	1	7	1	1	3	9	30	10	4	0	1
30-34	133	0	2	23	74	3	5	48	41	25	21	4	5	0	1	0	2	19	26	1	0	0
35-39	113	0	2	10	73	1	3	23	59	32	21	1	4	0	1	0	3	18	27	2	1	0
40-44	68	0	0	4	39	0	1	8	35	14	13	2	2	0	0	0	0	4	20	1	0	0
45-49	10	0	0	0	6	0	0	0	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
50-54	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-59	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	947	20	117	267	270	##	##	234	180	##	82	8	84	9	5	66	35	##	87	72	2	1
%	100	2	12	28	29	14	12	24.7	19	22	9	1	9	1	1	7	4	11	9.2	7.6	0	0.1

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 11

TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Tratamiento	Farmacológico	%	Legrado	%	*Otro	%
SI	934	98.63	884	93.35	6	0.63
NO	13	1.37	63	6.65	941	99.37
AMEU	-	-	27	2.85	-	-
LIU	-	-	857	90.50	-	-
Antibióticos	520	54.91	-	-	-	-
Reposición L/E	896	94.61	-	-	-	-
Transfusiones	31	3.27	-	-	-	-
Analgésicos	202	21.33	-	-	-	-
Sedantes	1	0.11	-	-	-	-
Fenobarbital	40	4.22	-	-	-	-

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén

CUADRO 12

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SEGÚN EL TIPO DE ABORTO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Tipo de Aborto	f	Legrado				*Otro Quirúrgico	
		LIU (f)	%	AMEU (f)	%	SI	%
Completo	46	6	0.63	0	0.00	0	0.00
Diferido	35	27	2.85	0	0.00	0	0.00
Incompleto	695	672	71.0	21	2.22	1	0.11
Molar	28	22	2.32	5	0.53	0	0.00

Provocado	6	6	0.63	0	0.00	3	0.32
Curso	78	64	6.76	0	0.00	0	0.00
Séptico	38	36	3.80	1	0.11	1	0.11
Resto Tipos	18	17	1.80	0	0.00	0	0.00
No Datos	3	2	0.21	1	0.11	0	0.00
Total	947	852	90.0	28	2.96	5	0.53

* Nota: Otro quirúrgico representa las cirugías efectuadas por las complicaciones de aborto
Resto de tipos incluye Frustrado, Inminente, Embrionario y Anembriónico
No datos incluye todos los abortos sin especificar el tipo

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén

CUADRO 13

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN EL TIPO DE ABORTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN,
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Tipo de Aborto	f	Farmacológico								
		Antibióticos	%	Fenobarbital	%	Analgésicos	%	L/E	%	Transfusiones
Completo	46	29	3.06	3	0.32	10	0.00	40	4.22	0
Diferido	35	26	2.75	1	0.11	5	0.53	32	3.38	1
Incompleto	695	358	37.8	29	3.06	134	14.15	664	70.12	16
Molar	28	14	1.48	2	0.21	9	0.95	26	2.75	8
Provocado	6	6	0.63	0	0.00	2	0.21	6	0.63	1
Séptico	38	38	4.01	0	0.00	17	1.80	36	3.80	3
Curso	78	42	4.44	3	0.32	19	2.01	72	7.60	1
Resto tipos	18	5	0.53	1	0.11	4	0.42	17	1.80	1
No datos	3	2	0.21	1	0.11	2	0.21	3	0.32	0
Total	947	520	54.91	40	4.22	202	20.27	896	92.5	31

Resto de tipos incluye: Frustrado, Inminente, Fetal, Embrionario y Anembriónico
No datos incluye todos los abortos sin especificar el tipo

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 14

COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE ABORTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN, EN EL PERÍODO
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

Tipo de Aborto	Tipo de complicación													
	f	Perforación	%	Endometritis	%	Peritonitis	%	Septicemia	%	Rasgadura	%	Anemia	%	Otras
Completo	46	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Indefinido	35	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.11	0
Incompleto	695	0	0.00	1	0.11	0	0.00	0	0.00	1	0.11	9	0.95	4
Retenido	28	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.11	0
Provocado	6	2	0.21	1	0.11	1	0.11	0	0.00	1	0.11	1	0.11	0
Septico	38	1	0.11	1	0.11	0	0.00	1	0.11	1	0.11	2	0.21	2
Insuceso	78	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.21	0
Por estos Tipos	18	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Por otros datos	3	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Total	947	3	0.32	3	0.32	1	0.11	1	0.11	3	0.32	16	1.69	6

Otras complicaciones incluyen Abscesos pélvicos, Enfermedad inflamatoria pélvica, Insuficiencia renal aguda, Infección de herida operatoria, Laringoespasmo, Proceso leucemoide y Shock hipovolémico
 Los datos incluye los abortos sin especificar el tipo
 Este tipo de tipos incluye: Frustrado, Inminente, Embrionario y Anembriónico

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 16

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ABORTO EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN,
EN EL PERÍODO DEL 01 DE ENERO DE 1999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2001.

Días	Completo	Curso	Incompleto	Molar	Provocado	Séptico	Otros *	%	Total
0	3	3	29	0	0	0	2	3.91	37
1	23	36	414	1	1	13	22	53.85	510
2	16	27	169	7	1	14	11	25.87	245
3	1	5	49	7	1	4	8	7.92	75
4	1	4	22	2	1	1	6	3.91	37
5	2	1	4	8	0	1	3	2.01	19
6	0	0	3	1	0	0	2	0.63	6
7	0	0	2	1	0	4	1	0.84	8
8	0	0	0	0	1	0	0	0.11	1
9	0	0	0	0	0	0	1	0.11	1
10 o Más	0	2	3	1	1	1	0	0.84	8
Total	46	78	695	28	6	38	56	100	947
Días Prom.	1.56	1.76	1.53	3.82	4.66	2.63	2.41		

* Otros tipos incluyen: Diferido, Frustrado, Inminente, Fetal, Embrionario, Anembriónico y No datos.

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

CUADRO 17

HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN
DE ABORTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ABORTO QUE
ESTUVIERON MENOS DE UN DÍA EN CUALQUIERA DE
LOS HOSPITALES NACIONALES DE PETÉN,
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Horas	Completo	Diferido	Curso	Incompleto	Total
1-3	0	1	0	6	7
4-8	2	0	2	14	18
9-13	1	1	1	5	8
14-18	0	0	0	3	3
19-23	0	0	0	1	1
Total	3	2	3	29	37
Estancia Hospitalaria promedio en horas					7.5

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales de Petén.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Las tasas de aborto para los distintos municipios del Departamento de Petén ha ido en aumento desde 1999, que en algunos casos incluso se ha triplicado, como en Sayaxché, que para 1999 presentaba una tasa de 0.91 por 1000 nacidos vivos y para 2001 ya presentaba 6.58. Esta tendencia se observa en todos los municipios. La etiología no se conoce en este momento, pero posiblemente puede jugar un papel importante el que las carreteras se encuentren asfaltadas en este momento. Las tasas de aborto de los distintos municipios del Área Petén Norte no se muestran, ya que no contamos en este momento con el total de nacidos vivos correspondientes a cada municipio. Las tasas por año en el Departamento de Petén han sido de 24.93, 38.61 y 37.75, de 1,999 al 2,001 respectivamente. (Cuadro No. 1)

Del cuadro número 2 se puede observar que se presentó en mayor cantidad el aborto incompleto, seguido por el aborto en curso y el completo. El aborto incompleto es diagnosticado por la presencia de hemorragia vaginal, que en este caso representó más del 40%, que es mayor según el indicado en el informe de planificación familiar y atención de la maternidad realizado en este país. (45). Nótese que ocupa un puesto importante el tipo de aborto que no presentaba datos en el ingreso (que es un elemento importante de anotar en cualquier ingreso, ya que de éste depende la terapia a utilizar). El aborto provocado fue el menos frecuente, pero en muchas ocasiones no se clasifica como tal, aunque la historia de la enfermedad así lo tipifique. No se dio parte a las autoridades locales por los abortos provocados, a pesar que se protege la vida desde su concepción, según nuestra constitución. (5).

Con relación a la edad gestacional al momento del aborto, en el cuadro 3 se observa que la mayor frecuencia corresponde a las edades gestacionales desde 1 a 13 semanas, que integran el primer trimestre del embarazo, dato que

concuerta con diversa literatura. (12, 19), que representó el 34%, y el resto lo representó el 2º. Trimestre e inicios del 3º.

La edad gestacional es un dato indispensable de anotar en el curso de un aborto, pero en esta investigación se observó que un 52% de los ingresos no lo presentaba.

Las pacientes casadas de 20 a 24 años de edad fueron quienes consultaron con mayor frecuencia debido a un aborto, pero las pacientes unidas, sin considerar su edad, fueron más que las casadas. Una de las razones más comunes en América Latina para un aborto es la relación familiar inestable, falta de apoyo económico, desempleo y otros más, (37) aunque en este estudio no se pudo establecer tal cosa. Un 46% de los casos eran unidas, y si se suma con las solteras, ocupan más de la mitad de los casos totales. Según bibliografía, 40% de las mujeres se ha unido antes de los 18 años (34), dato que no concuerda con los datos de las mujeres unidas en este rango de edad, pero, aún así, presentan un alto porcentaje (12%) de la población estudiada. (cuadro 4).

Más de la mitad del total de la población estimada de mujeres guatemaltecas en edad fértil, son indígenas que viven en caseríos dispersos en el área rural (34), pero debido a que en ninguna hoja de ingreso se encontró información sobre el grupo étnico, no se puede establecer si ocurre más en personas ladinas, indígenas u otra agrupación. Muchas mujeres (más indígenas que viven en áreas rurales) deben recurrir a una comadrona para la atención del parto (35). Dentro de la hoja de ingreso de cada paciente se encuentra la casilla de grupo étnico, la cual se encarga de llenarla una persona del área de admisión hospitalaria, pero en ninguna boleta se anotó.

A pesar de no estar de acuerdo la Iglesia católica con este tema, al igual que otras religiones, (21,23,31) vemos que quienes consultaron con más frecuencia fueron las que profesaban la religión católica, seguidas de las evangélicas. Estos datos indican solamente que la religión más común en todos los casos de aborto

fue una, lo cual puede ser un factor muy importante de tomar en cuenta a la hora de promover la planificación familiar debido a las diversas creencias o actitudes por la religión que profesen. (Cuadro No. 5)

A pesar de que Guatemala es uno de los países con mayor analfabetismo, y se ha relacionado proporcionalmente con la incidencia de abortos en otros estudios, no podemos establecer exactamente en este caso si influyó o no, debido a que más del 90% no tenían anotado este dato. (39,40)

De los datos obtenidos de las papeletas donde sí anotaron la escolaridad, se observó que un 5.71% era alfabeto, y de éstos, el rango etáreo de 20 a 29 años, fue el de mayor distribución. Los casos de pacientes que estudiaron primaria y las que no estudiaron algún grado fueron casi similares. Se puede notar que más del 90% de los datos no tenían registrada la escolaridad. (cuadros No. 6 y 7).

En el cuadro No. 8 se observa que Ama de casa es la ocupación que ocupa el primer lugar entre los casos de pacientes atendidas en los hospitales del Departamento de Petén, representando el 75% del total. Tan sólo un 4% era profesional y un 17 % no presentaba dato de su ocupación.

Estudios han manifestado que de las mujeres que recurren al aborto el 76% ya ha tenido un hijo previo, 54% entre uno y tres y solamente el 15% ha sido primigesta. (2). Dichos resultados los podemos relacionar con los obtenidos en este estudio, donde se observa que la mayor parte de mujeres que ha tenido antecedente de un aborto (21.86%) ha tenido por lo menos un embarazo. Llama la atención que a pocas mujeres se les ha realizado operación Cesárea. La carencia de datos ocupa también uno de los mayores porcentajes (cuadro 9).

Algunos estudios muestran que se realizan más abortos en mujeres mayores de 19 años, con al menos 1 experiencia previa de aborto (2). Este dato también se observa en el presente estudio, (cuadro No. 10) que muestra un mayor porcentaje conforme aumenta la edad y el antecedente de 1 aborto (al menos en

las frecuencias de 2 a 4 abortos), y disminuye al iniciar los 40 años. Llama la atención que cuando el número de gestas disminuye a partir de los 25 a 29 años el número de abortos empieza a aumentar, llegando a un máximo a la edad de 30 a 34 años y que se mantiene hasta los 39 años.

En relación al tipo de tratamiento recibido, el cuadro No. 11 muestra que el farmacológico ocupa el primer lugar en todos los casos obtenidos, seguido del tratamiento quirúrgico (LIU) que también presentó más del 90%. Solamente a un 3% hubo necesidad de transfundir algún compuesto sanguíneo o derivado, debido a alguna complicación. A un poco más de la mitad de los casos se administró antibióticos, que en algunos hospitales lo realizaban como profilaxis para los procedimientos quirúrgicos. AMEU se realizó solamente a un 2% del total de casos, de los cuales, representó el mayor porcentaje el hospital de San Benito, en donde este procedimiento se inició desde finales de 2000 e inicios de 2001, posiblemente debido a que para el año 2000 –por ejemplo- el área de Petén Norte contaba con un presupuesto de más del 60% de las áreas de Petén, lo cual puede favorecer para adquirir el equipo e implementos y así realizar los mismos, aunque también hay que recordar que este Hospital es el centro de referencia de las otras 2 áreas de Salud (28). Otros tratamientos quirúrgicos significaron cirugías efectuadas como parte de la resolución de las complicaciones existentes por el aborto, que significó menos del 1%. Nótese que al 21.3% se les administró analgésicos.

El aborto completo se caracteriza por la expulsión “completa” del producto del embarazo y sus membranas (12,44), y por ende, no implica tratamiento quirúrgico. A pesar de lo anterior, vemos que en algunos casos de este tipo de aborto se les realizó LIU (0.63%). Por otro lado, al 0.53% de pacientes se les realizó otro tratamiento quirúrgico distinto al LIU o AMEU por complicaciones del aborto como la exploración pélvica, o la extirpación de anexos uterinos. A cerca de 6 mujeres de cada 100 que necesitaban tratamiento quirúrgico no se les realizó, ya que la gran parte de ellas tuvo egreso contraindicado. (cuadro No. 12)

En el cuadro No. 13 observamos que a pesar de administrar tratamiento farmacológico a un 98% de mujeres con aborto, la mayor parte de ellas (93%) terminó también en un tratamiento quirúrgico. La terapia más utilizada fueron los líquidos y electrolitos, seguida de analgésicos. A las pacientes con aborto incompleto se les administró la mayor cantidad de antibióticos, ya que se indicaba al realizar el legrado o AMEU. Transfusiones se utilizaron en el 3% de los casos atendidos. La terapia menos utilizada fueron los sedantes, que solamente en una paciente se administraron.

Las complicaciones del aborto varían por orden de frecuencia y de gravedad, desde una hemorragia vaginal leve o grave hasta una peritonitis o perforación uterina (23). Las relacionadas a un aborto practicado en condiciones de riesgo son hemorragia, infección y lesiones del tracto genital y de órganos internos. Dato se corrobora con los obtenidos en el cuadro No. 14 ya que el aborto incompleto representó el mayor porcentaje de las mismas y de ellas, la más frecuente fue la Perforación, Rasgadura y la Endometritis, con menos del 1% cada una. El aborto completo fue el más seguro, ya que no tuvo complicaciones en todos los casos encontrados. Otras complicaciones frecuentes comprendieron Anemia, Abscesos Pélvicos, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Insuficiencia renal aguda, Infección de herida operatoria, laringoespasma, proceso leucemoide y Shock hipovolémico. La anemia fue la complicación más frecuente, con 1.69% del total de casos.

Como vemos en el cuadro No. 15, del total de 24 casos de otras complicaciones, las transfusiones fueron el principal tratamiento (41.7%), seguido de la reposición de líquidos y electrolitos y antibióticos como principales medidas, aunque también se realizó sutura de rasgaduras y perforaciones, como laparotomías, con un porcentaje de 0.21 y 0.32% respectivamente.

Según algunos estudios el AMEU ha mostrado menos tasas de complicaciones que otros métodos de evacuación, y la estancia hospitalaria es menor (33,48). Este dato no lo pudimos corroborar con esta investigación, (cuadro No. 16), ya que solamente a un 2.85% de los casos de aborto se les realizó AMEU. Cuatro días fueron en promedio los que se dejaba hospitalizada una paciente con aborto provocado en los distintos hospitales de Petén. Debido al aborto completo (recordemos que no tuvo complicaciones encontradas en este estudio) hubo necesidad de hospitalizar por 1.5 días en promedio, al igual que el incompleto. En muchos casos se encontró que el tiempo de estancia hospitalaria era menor de un día (por lo general se asociaba a egreso contraindicado). Por aborto séptico hubo necesidad de hospitalizar por un poco más de 2 días y medio. Algunas pacientes esperaban únicamente que se les realizara LIU, y luego pedían su egreso contraindicado. Siete horas y media fueron en promedio las de estancia hospitalaria en pacientes que permanecieron menos de 24 horas ingresadas. En donde se observó con más frecuencia dichos egresos fue en Poptún. (cuadro No. 17).

IX. CONCLUSIONES

1. La tasa de aborto de los municipios con más incidencia del mismo para los distintos años ha ido en aumento, las cuales fueron para el año 2001 de 42.31 en Poptún y 25.64 en Libertad. La tasa de San Benito no se muestra ya que no contamos con el número de nacidos vivos para esas fechas.
2. El aborto se presentó con más incidencia en el Área de Petén Norte con 38.9%, seguido del Área Petén Sur Oriente con 37.1% y el Área Petén Sur Occidental con el menor porcentaje: 16.9%. Es importante saber que el Área de Petén Norte es el centro de referencia de las otras 2 áreas de salud, y por ello tiene asignado un mayor presupuesto. El mayor porcentaje de casos procedía del Municipio de San Benito con 17.3%, seguido de Poptún y Libertad con 16.7 y 15.1% respectivamente.
3. El rango etáreo que presentó más incidencia de abortos fue el comprendido entre las edades de 20 a 24 años, el 12.67% era unida, y eran católicas 15 de cada 100 mujeres. Solamente el 6.66% de los casos tenía anotada la escolaridad, de los cuales eran alfabetas el 5.71%. Más del 75% eran amas de casa. En todas las fichas clínicas faltaba información sobre el grupo étnico.
4. Del total de casos, el 56.7% eran multíparas y el 21.86% tenían antecedente de 1 aborto. La mayor proporción de 2 o más abortos se encontró comprendida entre las edades de 30 a 39 años, y quienes tenían más hijos eran las que se encontraban entre 20 a 29 años. La edad gestacional más frecuente al momento del aborto fue de 9 a 13 semanas.

5. La estancia hospitalaria dependió del tipo de aborto, así tenemos que quienes presentaron aborto provocado permanecieron por 4 días y medio hospitalizadas, por aborto séptico 2 días y medio y molar 3 días y medio. Quienes estuvieron menos días ingresadas fueron las pacientes que presentaron aborto de tipo incompleto, con día y medio en promedio. Por aborto completo permanecieron 1 día y medio, tomando en cuenta que no tuvo complicaciones.
6. El aborto incompleto fue el más frecuente en todos los municipios de Petén, con un 73%, seguido del aborto en curso (8.24%), completo (4.86%) y molar 2.96%. Se encontró 4 abortos sépticos por cada 100 casos. El 10% de las fichas clínicas no presentaba anotado dicho dato.
7. La reposición de líquidos y electrolitos se administró al 94.61% del total, seguido de antibióticos y analgésicos, con el 54.91% y 21.33%. Se realizó LIU al 90.50% de los casos y AMEU a un 2.85%. Requirió otro tratamiento quirúrgico distinto a LIU o AMEU un 0.63% de los casos, que fue por lo regular, quienes presentaron alguna complicación. Se transfundió solamente a un 3.27%.
8. Complicaciones como Endometritis, Perforación y Rasgadura fueron frecuentes en un 0.32% cada una. Otras complicaciones frecuentes fueron la Anemia con 66.6% del total de otras complicaciones, para lo cual, se transfundió a un 3.27% de éstos casos. A 0.21% de los casos se le realizó corrección de perforación, y laparotomía exploradora y sutura de rasgadura al 0.32%.

X. RECOMENDACIONES :

- Es fundamental interesar no solamente a las mujeres, sino también a los hombres en los programas de planificación familiar, así como el control prenatal, y para ello las unidades de atención primaria deberían organizar planes especiales de información y adiestramiento.
- Los miembros del equipo de salud deben otorgar una comunicación clara y abierta a las pacientes y asegurarles confidencialidad, privacidad y respeto, independientemente de su situación económica, nivel cultural, estado civil, situación familiar o religiosa; estableciéndose así una relación de confianza entre los prestadores de servicios de salud y las pacientes que repercuta positivamente en las decisiones posteriores respecto a su salud reproductiva.
- Es importante que en el expediente clínico se anoten claramente datos generales de la paciente, como el estado civil, grupo étnico y escolaridad, así como la edad gestacional de las pacientes que ingresan a algún centro hospitalario, ya que de éstos dependerán las acciones que como consecuencia de una efectiva “Vigilancia epidemiológica” se propongan.

XI. RESUMEN:

El presente estudio, de tipo retrospectivo descriptivo, es parte de una investigación que tenía como objetivo describir la caracterización epidemiológica del aborto en los Hospitales Nacionales del país, basado en las historias clínicas con diagnóstico de aborto que se hayan atendido durante el período del 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 2002 en Petén.

Se revisó 947 fichas clínicas, siendo el 38.9% del Área Petén Norte y 37.1% de Petén Suroriental. San Benito presentó el mayor porcentaje de casos con un 17.3%. Las tasas de aborto para todos los municipios de Petén han ido en aumento desde 1999 no sabiéndose aún la etiología. El perfil de una mujer con aborto podría describirse –según estos resultados- de la siguiente manera: De 20 a 24 años, unida, católica, multípara, con antecedente de 1 aborto, y edad gestacional de 9 a 13 semanas al momento del aborto. La escolaridad se anotó sólo en un 6% de las boletas y ninguna presentaba el grupo étnico registrado.

El aborto incompleto fue el más frecuente (73%), y el Provocado (0.63%). La estancia hospitalaria dependió del tipo de aborto, así tenemos que por aborto incompleto permanecieron 1.5 días en promedio, por aborto provocado 1 semana, y por Séptico y molar 4 días. El tratamiento más frecuente fue la reposición de líquidos y electrolitos, seguido de la antibióticoterapia y analgesia. Se realiza Legrado instrumental al 93% y Aspiración manual uterina al 0.63%. Complicaciones fueron Endometritis, Perforación y Rasgadura, además de Anemia

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) AbouZahr, C.L. La OMS en acción. Lecciones sobre maternidad sin riesgo. Foro Mundial de la Salud. Revista internacional de desarrollo sanitario. 1998. 19(3): 261-269.
- 2) Altamirano, Ligia. Descorriendo el velo: opinión de mujer acerca del aborto inducido ilegalmente. REVCOG. Guatemala 1995; 5(1):13-15.
- 3) Annas, George J. et.al. Partial birth abortion and the Supreme Court. N. Engl. J. Med. January 11, 2001. 344(2): 152-156.
- 4) Arrivillaga Cortés, Alfonso. Petén, milenario entre historia y tradición. Suplemento Conozcamos Guatemala, Prensa Libre. Agosto 31, 1999.Pp.4-12.
- 5) Asamblea Nacional Constituyente. Derechos Humanos e individuales: Derecho a la vida. Constitución política de la República de Guatemala. Título II: Derechos Humanos, Capítulo I, Derechos Individuales, Artículo 3º.- Derecho a la vida. Tipografía Nacional de Guatemala, 3a. Edición. Guatemala C.A. 2001.
- 6) Bahar Özvaris, Sevkati, et.al. Participación masculina en la planificación familiar en Turquía. Foro Mundial de la Salud. Revista internacional de desarrollo sanitario. 1998. 19(1): 78-80.
- 7) Barrón Vallejo, Jesús, et.al. Algoritmo diagnóstico en el aborto recurrente: conceptos actuales. REVCOG. Guatemala 1996; 6(2):58-59.
- 8) Carvalho, Islene. Aborto: de la necesidad al derecho. Revista Mujer Salud/Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. (RSMLAC).1996, 2: 3-12.
- 9) Cascante E., José Francisco., et.al. Morbilidad materna en Centroamérica: El aborto. REVCOG. 5(1):8-12. 1999.

- 10) Cnattingius, Sven, M.D., et.al. Caffeine intake and the risk of first trimester spontaneous abortion. N. Engl. J. Med. July 17, 2000. 343(25): 1839.
- 11) Cowchock, Susan. Autoantibodies and pregnancy loss. NEJOM. July 17, 1997; 337(3): 197-198.
- 12) Cunningham, G., McDonald, P. Williams, Obstetricia. 4a. Ed., Barcelona. Masson, 1996. Pp. 649-672.
- 13) De Carvalho Lima, Bruno Gil. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. Rev. Panam. Salud Pública: 7(3), 2000. 168-171.
- 14) De Rezende, Carlos HA, et. al. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(4): 323-328.
- 15) Farfán B, Oswaldo., et.al. Información y consejería en planificación familiar post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centro América. REVCOG. Guatemala 1997; 7(2):46-56.
- 16) Fonseca, Walter. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. Re. Saúde Pública, 30 (1): 13-18, 1996.
- 17) Fonseca, Walter., et.al. Uso de aspiracao manual a vacuo na reducao do custo e duracao de internamentos por aborto incompleto em Fortaleza, CE, Brasil. Rev. Saúde Pública: 1997; 31(5): 472-478.
- 18) Goldberg, Hans, et.al. Use of Misoprostol in pregnancy. N. Engl. J. Med. January 4, 2001. 344(1): 59.
- 19) González De León, Deyanira. Aborto en México, Un Problema pendiente. Revista Mujer Salud. México 1996; 3:3-7.

- 20) Gutiérrez Castañeda, Mauricio Raúl, et.al. Pérdida gestacional recurrente: ¿Un problema multifactorial?. Ginecología y Obstetricia de México. Abril 1997, 67: 158.
- 21) Kissling, Frances. Desde una perspectiva de mujeres. Salud, moralidad y derechos. Catholics for free choice 2000. México D.F., Editorial Marysa Navarro Aranguren. S.e. 2000;7-32.
- 22) Lavín A., Pablo, et.al. Mesa Redonda: Precisión sobre el aborto. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1995; 60(5): 318-327.
- 23) López García, Raúl. El aborto como problema de salud pública. Maternidad sin riesgo en México. México 1994. s.e. Pp. 85-90.
- 24) Maitre, Sophie Christin M.D., et.al. Medical Termination of Pregnancy. N. Engl. J. Med. March 30, 2000. 342(13): 946-954.
- 25) Masouma, Timouri, et.al. Iniciativa para una Maternidad sin riesgo: mortalidad materna. Foro Mundial de la Salud. Revista internacional de desarrollo sanitario. 1998;19(4): 463.
- 26) Miller, Laurie C. et.al. Maternidad sin riesgo. Parteras tradicionales adiestradas instruyen a madres refugiadas. Foro Mundial de la Salud. Revista internacional de desarrollo sanitario. 1995. 16(2):173-179.
- 27) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Anual de 1999. Departamento de Vigilancia epidemiológica. Indicadores básicos de situación en salud de Guatemala. Guatemala, Julio 2000.
- 28) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria anual de 2000. Departamento de Vigilancia epidemiológica. Indicadores básicos de salud en Guatemala. Guatemala, 2000.

- 29) Murillo, Vitelio Velasco, et.al. Mortalidad materna por aborto del Instituto Mexicano del Seguro Social(1987-1996). Rev.Med. IMSS. México, 1999; 37(1):73-79.
- 30) Ness, Roberta B., et. al. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. NEJOM: 1999; 340(5), 333-339.
- 31) Olivares Mansuy, Cecilia. Situación del aborto en la región. Una encuesta Nacional de Opinión sobre aborto en la población urbana. Bolivia. Editorial Centro de Información y desarrollo de la mujer. S.e. 1998. Pp: 7-13,21,47-67.
- 32) OMS. El aborto provocado, problema grave de salud pública. Demografía del Aborto. Ginebra 1997. Pp. 4- 13.1997.
- 33) OMS. Asistencia al aborto: Situación General. Complicaciones del aborto, Directrices, técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra, 1995: Pp. 40-55.
- 34) OMS. El aborto y la mortalidad materna. Estudio multicéntrico sobre el aborto. Guatemala, Octubre 1995, Pp: 1-3.
- 35) Organización Panamericana de la Salud. La maternidad sin riesgo es un asunto de Derechos Humanos. Reducción de la mortalidad materna; Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/ Banco Mundial. Ginebra: 1999. Pp. 6- 15.
- 36) Organización Panamericana de la Salud. Métodos médicos de interrupción del embarazo: Informe de 1 grupo científico de la OMS. Serie de informes Técnicos. Ginebra: 1997. Pp. 4-102.
- 37) Ortiz, José David. La Dimensión ética de la atención a mujeres con aborto. Módulo de capacitación para personal en salud. Editorial Ipas/Gire.S.e. México DF 1996.

- 38) Programa de Encuestas de Demografía y Salud. Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1998-1999. Macro International Inc., Calverton. Maryland, USA. July 1999. Pp: 28, 79, 93, 97, 101.
- 39) Programa de las Naciones Unidas para Guatemala. Informe sobre Desarrollo Humano 2000. Ediciones Mundi Prensa Libros S.A. Nueva York: 2000. Pp: 90-98,194 -197, 214-217, 225, 261.
- 40) Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala: la fuerza influyente del desarrollo humano; Informe de Desarrollo Humano 2000. Guatemala: ONU, septiembre de 2000. s.e. Pp: 52,139-142, 211.
- 41) Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano; Edición 1998. Guatemala: ONU, 1998. Pp: 13-15,38-40.
- 42) Stephenson, Patricia, et.al. Reducción de la mortalidad materna en San Petersburgo. Foro Mundial de la Salud. Revista internacional de desarrollo sanitario. 1997. 18(2):210- 215.
- 43) Toder, Carp H.J.M.D. Aborto recurrente.
<http://www.med.puc.cl/páginas/ Departamentos/Obstetricia/AlloRte... /aborto recurrente.htm>
- 44) Trupin, Suzane R., M.D. Abortion.
<http://www.emedicine.com/med/topics.htm>
- 45) Vásquez, Claudia. Menos mortalidad. Segmento Actualidad Nacional. Prensa Libre S.A. Guatemala, Jueves 21 de Marzo de 2002. Página 8.
- 46) Wilcox, Allen J.,M.D., et.al. Time of implantation of the concepts and loss of pregnancy. N. Engl. J. Med. June 10, 1999. 340(23): 1796.

47) World Health Organization. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. Bulletin of the World health Organization. 2000; 75(5):580-591.

48) World Health Organization. Treatment of abortion complications. Clinical and practical guide of abortion complications. s.e. Washington D.C., February 1996.

XIV. ANEXOS:

No. de Registro hospitalario: _____

Fecha de atención _____/_____/_____

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

1. **Edad** _____ años

2. **Grupo étnico:** _____

3. **Estado civil:**

☐ Casada

☐ Divorciada

☐ Soltera

☐ Unida

☐ Viuda

4. **Religión:**

☐ Católica

☐ Evangélica.

☐ Mormona

☐ Testigo de Jehová

Otras: _____

5. **Ultimo de año de escolaridad aprobado.**
No. de años en Primaria
Número de años en secundaria
Número de años en universidad
Analfabeta
Alfabeta

6. **Ocupación:**

☐ Agricultora

☐ Ama de casa

☐ Comerciante

☐ Estudiante

☐ Profesional.

Otro: _____

7. **Municipio de procedencia:** _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

8. No. de Gestas

9. No. de partos

10. No. de abortos

11. No. de hijos nacidos vivos

11. No. de hijos nacidos muertos.

12. No. de cesáreas

ABORTO:

13. **Edad gestacional** _____ **semanas**

14. **Tipo de aborto:**

☐ Amenaza

☐ Completo

☐ Diferido

☐ Espontáneo

☐ Habitual.

☐ Incompleto

☐ Inevitable

☐ Provocado.

☐ Séptico

☐ Otros(inminente, molar)

15. **Estancia hospitalaria:**
No. Días: _____ No. Horas: _____

16. **Tratamiento:**
Médico/Farmacológico:

☐ Antibióticos

☐ Reposición de líquidos/ electrolitos.

☐ Transfusiones

☐ Analgésicos

☐ Sedantes

☐ Otros (Atención AB, Fenobarbital)

Quirúrgico:

☐ LIU

☐ AMEU

17. **¿Hubo complicaciones?**

☐ SÍ

☐ NO

18. **Complicaciones del aborto registradas:**

☐ Endometritis

☐ Perforación

☐ Peritonitis

☐ Rasgadura

☐ Salpingooforitis

☐ Septicemia

☐ Shock séptico

☐ No datos.

19. **Tratamiento de las complicaciones:**

☐ Corrección de perforación.

☐ Laparotomía.

☐ Sutura de la rasgadura

☐ Otros:

Cuáles: _____

20. **Observaciones:** _____