

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TITULO

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA
1999-2001**

ANA AMARILIS MOTTA ESTRADA

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2002

INDICE

I.	INTRODUCION.....	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	5
IV.	OBJETIVOS.....	7
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....	9
VI.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	36
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
IX.	CONCLUSIONES.....	57
X.	RECOMENDACIONES.....	59
XI.	RESUMEN.....	61
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
XIII.	ANEXOS.....	69

I. INTRODUCCION

El aborto es un problema social y de salud pública, siendo relevante dentro de la salud materna, atribuyéndosele un alto porcentaje dentro de la morbilidad y mortalidad materna en el campo obstétrico, por lo cual se le debe dar un análisis especial, por los efectos que produce, por los daños irreversibles que dejan sus complicaciones, por ser un procedimiento ampliamente usado y porque en muchos países se practica en la clandestinidad en condiciones de gran inseguridad para la salud de la madre.(9,15) La tasa anual por 1,000 nacidos vivos en Latinoamérica es de 2001- 500 siendo la segunda causa de mortalidad materna.

El presente estudio sobre la caracterización epidemiológica del aborto se realizó en el Hospital Nacional de Sololá, el cual consistió en la revisión de 756 expedientes clínicos de todos los casos de aborto, que se presentaron durante el periodo del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2001.

Los resultados obtenidos señalan que el aborto se presentó con mayor frecuencia en mujeres entre 20-24 años, en su mayoría fueron abortos fetales (mas de 8 semanas de gestación), los pacientes tenían antecedentes de 2 a mas gestas, de 2 a 3 abortos y más frecuentes en pacientes que presentaron cesáreas previas. El aborto incompleto fue la forma clínica más frecuente, utilizándose en la mayoría de los casos Legrado Instrumental Uterino (LIU) como tratamiento, un alto porcentaje recibió tratamiento farmacológico con líquidos y electrolitos.

El presente trabajo permitió delimitar el grupo de mujeres al que se deben de dirigir los programas de seguimiento y consejería post-aborto, encaminados a disminuir la morbi-mortalidad materna, razón por la cual se recomienda tomar en cuenta los hallazgos de este estudio.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista médico, aborto se define como la finalización del embarazo por cualquier medio (espontáneo o provocado) antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir fuera del vientre materno y se considera que el límite cronológico es antes de las 20 semanas de gestación o en la que el feto pese menos de 500 gramos.(6,15,20,25)

En todo el mundo millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados, cada día se realizan 55,000 abortos en condiciones de riesgo, 95% de ellos en países en vías desarrollo que conduce a la muerte de más de 200 mujeres diariamente.(6, 15, 25)

En México, el registro de aborto como causa de muerte materna se ha mantenido en el tercer lugar representando un grave problema de salud para la mujer en edad fértil.

En Latinoamérica el aborto constituye el 24% las muertes maternas siendo la segunda causa de muerte.

En Guatemala el aborto es un problema de salud pública complejo y desalentador con una incidencia de 201-500 abortos por 1000 nacidos vivos, encontrándose en el primer lugar de mortalidad materna en Latinoamérica.

En un estudio realizado por APROFAM, presentado en 1981, reporto el índice de mortalidad materna de 15.9 por 10,000 nacidos vivos de los cuales 7.5 corresponden al aborto y sus complicaciones.(15)

En Guatemala no existen cifras o estadísticas de las características del aborto, encontrándose poca información sobre este problema por lo que el

presente estudio tiene como objetivo principal la caracterización epidemiológica del aborto con la finalidad de fortalecer programas existentes aportando más información.

III. JUSTIFICACIÓN

El aborto es un problema social y de salud pública por los efectos que produce, por ser un procedimiento ampliamente usado y porque en muchos países se practica en la clandestinidad en condiciones de gran inseguridad para la salud de la madre constituyendo la causa más frecuente de mortalidad materna.(8,14)

A escala mundial alrededor del 15% de la mortalidad materna se debe a abortos sin garantías de seguridad y la proporción llega al 50% en algunas zonas. La alta tasa mundial de mortalidad resultante del aborto inseguro podría prevenirse facilitando el acceso al tratamiento de las complicaciones, así como procedimientos abortivos inocuos y servicios anticonceptivos. (23)

La organización mundial de la salud calcula que cada año ocurren entre 1 millón y 4.4 millones de abortos entre jóvenes de 10 a 24 años y que la mayor parte de estos abortos son peligrosos porque los realizan personas no capacitadas y en condiciones ilícitas y peligrosas.(8)

En Latinoamérica el aborto constituye el 24% de las muertes maternas siendo la segunda causa de muerte.(8)

En el país no existe un dato actual sobre la incidencia, caracterización y tratamiento del aborto, siendo este un problema de salud pública complejo y desalentador, siendo este una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad materna.

En el Hospital Nacional de Sololá no se cuenta con datos, ni información exacta sobre el aborto, por lo cual se recopilarán datos sobre la caracterización epidemiológica del aborto en este hospital.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

1. Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Nacional de Sololá.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Cuantificar la incidencia del aborto en el Hospital Nacional de Sololá.
2. Describir las características generales (edad, escolaridad, ocupación, y lugar de procedencia de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional de Sololá.
3. Identificar las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos y abortos de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional de Sololá
4. Cuantificar la estancia hospitalaria de las mujeres atendidas por aborto en el Hospital Nacional de Sololá.
5. Identificar el tipo de aborto más frecuente en el Hospital Nacional de Sololá.
6. Describir el tratamiento más frecuente brindado a las mujeres que consultaron por aborto al Hospital Nacional de Sololá.
7. Describir las complicaciones más frecuentes encontradas en las mujeres que Consultaron por aborto en el Hospital Nacional de Sololá.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ABORTO:

1. Definición:

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g. En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de la 28ava. Semana de gestación. (7,1,4,6,22)

Se divide a este cuadro en dos grandes grupos: 1) abortos espontáneos, o sea los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos, y 2) abortos provocados, aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas o más. (7,16,21)

2. HISTORIA:

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos debido al deseo de limitar el número de nacimientos. La palabra aborto se deriva del termino latino “aboriri”, que significa; separar del sitio adecuado. Equivale a mal parto, parto anticipado o bien lo nacido antes de tiempo.

La ley asiría castigaba hacia el año 1500 con la muerte a la mujer que abortaba voluntariamente; la ley judía castigaba el aborto según la ley “darás vida por vida”, las referencias de la Biblia (antiguo testamento) son generalmente condenas contra el aborto, en el libro Éxodo capítulo 21 y versos del 22 al 25: “Si algunos riñeren e hirieren a mujer embarazada y esta abortase, pero sin haber muerte, serán penados conforme a lo que el marido impusiese y juzgaren los jueces. Mas si hubiese muerte entonces pagaran vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe” esta norma prevaleció hasta que los judíos inmigraron a Egipto y estuvieron bajo la influencia de culturas griegas y romanas. (4,16)

El aborto inducido al parecer fue bastante frecuente en Grecia (aproximadamente entre 400-300 años a. de J.C.) y lo practicaban las comadronas. La obstetricia la desempeñaban los grupos: A) Las comadronas tradicionales que asistían los partos y B) El grupo mayor llamado “latpouaiai” que tenía la potestad de provocar el aborto. (25)

En los siglos I y II antes de Jesucristo, Soranus, el más importante gineco-obstetra de la época, en un trabajo comentaba que el aborto era más fácil de provocar en el tercer mes, pero podía complicarse con metritis, incluso con conversiones (tétanos) económica, o peligro para su salud.

Hipócrates, el padre de la medicina y autor del juramento que todo médico pronuncia, decía “yo no daré a una mujer remedio abortivo” y así expresaba la Opinión minoritaria de los pitagóricos.

Tertuliano fue uno de los primeros en formular, allá por el año 200, la idea de que el fruto del útero es un ser humano y por eso el aborto es un asesinato.

En Italia se luchó contra el aborto aumentando las penas, aunque en la actualidad hay legislaciones que permiten el aborto; en 1938 Suecia adoptó una ley que permitía los abortos terapéuticos por razones médicas, humanitarias y eugenésicas y en 1946 la ley se amplió para incluir la indicación de la debilidad presunta.(16,25,26).

En 1939 Dinamarca adoptó una ley que suministraba una interpretación amplia del aborto terapéutico, en 1920 la antigua URSS legalizó los abortos y la ley estuvo en vigor hasta 1936.

En el Japón en 1948 se legalizaron los abortos como el método más capaz de reducir la población.(26) Esta ley se convirtió en el modelo para leyes similares en los Estados Unidos, en donde la práctica del aborto se convirtió en ilegal excepto para salvaguardar la vida de la madre.

Fue hasta los años 50 del presente siglo, cuando se liberalizaron las leyes con respecto al aborto en la mayor parte de los países de Europa central y oriental, y durante los años 60 y 70 en casi todos los países desarrollados.

En 1973 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, legalizó los abortos ya sean voluntarios o electivos, ya que anteriormente solo podían ser legalmente realizados para salvar la vida de la madre. Entre estas disposiciones se contempla que el aborto entre

adolescentes debe ser autorizados por uno de los padres y en 1976 la Corte Suprema amplió este derecho a la mujer casada, la cual no requiere el permiso del esposo para practicarse un aborto dentro de los tres primeros meses del embarazo.(7,16,24)

En Guatemala, el artículo 137, capítulo 3 del código penal dice: “No es punible el aborto provocado por médicos con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realiza sin intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios. Es de conocimiento que durante la colonia ello constituía un escándalo por parte de la iglesia católica siendo esta la que, a través de los conceptos del hombre ha resultado más conflictiva con relación al aborto. (6,16.15)

3. EPIDEMIOLOGIA:

a) INCIDENCIA:

Es difícil establecer la verdadera frecuencia del aborto por varias razones:

- i. Existen abortos muy precoces, que, ignorados por la propia paciente son interpretados con simples “retrasos menstruales”.
- ii. Casos en que tratándose de abortos espontáneos, la paciente es hospitalizada por falta de complicaciones.
- iii. Los abortos provocados que en algunos casos, pueden pasar ignorados o ser contabilizados como abortos espontáneos. (11, 16,)

Algunos estudios indican que la incidencia de abortos espontáneos alcanza el 10% de las gestaciones y de un 20 – 30% de los embarazos que se producen en todo el mundo terminan en abortos provocados. (25)

Se reporta en el informe anual de el INCAP de 1994 en un estudio descriptivo sobre morbi mortalidad relacionada con el aborto entre mujeres ladinas e indígenas del área urbana y rural de Guatemala, que a nivel hospitalario, el 80 % de los abortos atendidos son de origen espontáneo, y la incidencia de abortos provocados es menor del 3%, de las pacientes que consultaron, el 10% son solteras, el 55% no tienen un empleo fijo, el 80% han tenido uno o más hijos, 29% son indígenas, y el 16 han utilizado factores de riesgo asociados, considerando que la inducción del aborto , bajo consentimiento de la paciente en países donde al aborto no es legalizado, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de aborto séptico. En Guatemala, algunas de las razones por anticonceptivo. (20,25,26)

A pesar de que no existen registros hospitalarios adecuados sobre aborto y que este es practicado clandestinamente, predisponiendo al subregistro, Guatemala esta clasificado entre los países con un rango de 201-500 abortos por 100 nacidos vivos. (8,30,25)

b) Mortalidad:

En México, el registro de aborto como causa de muerte materna se ha mantenido en el tercer lugar representando un grave problema de salud para la mujer en edad fértil. (25)

En Latinoamérica el aborto constituye el 24% de las muertes maternas siendo la segunda causa de muerte. (16,25)

En Guatemala el aborto el aborto presenta una incidencia de 201-500 abortos por 1000 nacidos vivos.(8,25)

Guatemala tiene la tasa de mortalidad materna más alta de toda Latinoamérica , la cuál equivale a 190 por 100,000 nacidos vivos, y según la OPS, el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Guatemala y otros países . (8,25)

4. ETIOLOGÍA:

Las causas generadoras de aborto pueden resumirse en: (3,6,16,20,25)

- a) Causas ovulares propiamente dichas. Aunque los progenitores sean aparentemente normales, en mas de la mitad de los casos de abortos tempranos estos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosomicas.
- b) Causas maternas orgánicas. Las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en enfermedades generales, como lúes o tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, y enfermedades locales, como habitualmente lo son las organopatías pélvica de todo orden – genitales o extragenitales – que pueden provocar el aborto; por ejemplo, infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiencia contención del huevo, alteraciones propias del útero (malformaciones, sinequias posraspado), incompetencia del orificio del cuello, etcétera.

i. Causas funcionales. Constituyen del 10 al 15% de los abortos espontáneos.

Lo constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean extragonadales – alteraciones funcionales del ovario, del trofoblasto o de la placenta -, que producen el aborto endocrino corial o endocrino gonadal. En estos casos, los más frecuentes entre los de causa funcional, una mala producción gonadotrofica del trofoblasto daría lugar a una involución precoz del cuerpo amarillo del ovario o una deficiencia sincicial perturbaría la producción esteroidea.

ii. Causas inmunológicas. Los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo auto inmune (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos) y alo inmunes (incompatibilidad ABO).

iii. Causas psicodinámicas. Se incluye en este grupo a todas aquellas pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes serían la causa que provocan el aborto.

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

v. Los traumatismos físicos de todo orden, directos o indirectos, los excesos Sexuales, etcétera.

vi. TABACO. El tabaquismo ha sido vinculado con un riesgo aumentado de Aborto euploide. En mujeres que fumaban mas de 14 cigarrillos diarios el

riesgo que alrededor de dos veces mayor que en los controles y no se relaciono con la edad de la madre no con la ingesta de alcohol. Calcularon que el riesgo de aborto aumentaba en forma lineal por un factor de 1.2 por cada 10 cigarros fumados por día.(7,26)

vii. ALCOHOL. El aborto espontáneo aumenta a un cuando el alcohol se consuma “con moderación”. Comunicaron que la tasa de abortos se duplicaba en mujeres que debían dos veces por semana y se triplicaban en mujeres que consumían alcohol diariamente, en comparación con las no bebedoras. Calcularon que la incidencia de abortos se incrementaba en promedio de 1,3 veces por cada trago diario.(7,25)

viii. CAFEÍNA. El consumo de café a razón de mas de cuatro tazas por día parece elevar ligeramente el riesgo de aborto. El riesgo parece incrementarse con el aumento de la cantidad.(7)

5. CLASIFICACIÓN:

a) De acuerdo a la edad gestacional:

- i. Aborto Ovular: Desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- ii. Aborto Embrionario: De la tercera a la séptima semana de gestación.
- iii. Aborto Fetal: De la octava a la vigésimo séptima semana gestacional. (7,26)

b) De acuerdo a las características clínicas:

b.1 Aborto Espontáneo:

Definición:

Son los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación.

b.1.1 Antecedentes Obstétricos:(7,25,26)

- i. Ocurre en un 10-15% de las gestaciones.
- ii. Varios estudios afirman que la incidencia de aborto después de un aborto previo es del 24%; después de dos perdidas es del 26% y después de 4 abortos previos la incidencia alcanza el 40% (3,7).
- iii. La incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe en un plazo de tres meses posteriores al nacimiento de un feto vivo.
- iv. La incidencia de embarazos tubarios aumenta un 30% después de un aborto y un 16% después de varios abortos.
- v. La incidencia de adherencias (sinequias) uterinas es especialmente elevada en pacientes que se les ha realizado dos o tres curetajes.

b.1.2 Paridad: La incidencia de abortos espontáneos, es mas frecuentes después de un aborto inducido, y aumenta con la paridad.

b. 1.3 Edad materna y paterna. Se ha visto que a frecuencia de aborto reconocido clínicamente aumenta de un 1% en mujeres menores de 1 años a un 26% en mujeres mayores de 40 años.

b.1.4 Edad gestacional: más del 60% al 80% de los abortos espontáneos se produce durante las primeras doce semanas de gestación. (4,7,26)

6. CLASIFICACION DEL ABORTO ESPONTÁNEO:

Es la complicación más frecuente en el embarazo. Ocurren entre el 10 al 15% de las gestaciones, clínicamente reconocida antes de las 20 semanas de gestación. Se clasifica en:

a) amenaza del aborto, b) aborto inevitable, c) aborto incompleto, d) aborto diferido y e) aborto recurrente.(4,7,30,25)

a) AMENAZA DE ABORTO:

Definición: Es el aparecimiento de cualquier tipo de flujo vaginal sanguinolento o sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo.

Incidencia: Una de cada cuatro o cinco mujeres embarazadas tiene sangrado vaginal leve o importante al comienzo de la gestación. De las mujeres que sangran al comienzo del embarazo aproximadamente la mitad aborta.(6,7,10,23)

b) ABORTO INEVITABLE:

Definición: Es la ruptura macroscópica de las membranas en presencia de dilatación cervical. En la mayor parte de los casos las contracciones uterinas comienzan rápidamente, lo que determinan la expulsión del embrión, o bien se desarrolla una infección.

c) ABORTO INCOMPLETO:

Definición: Es expulsión de una parte de los productos de la concepción o bien cuando la placenta en su totalidad parcialmente es retenida dentro del útero antes de que haya terminado la 20 semana de gestación.

d) ABORTO DIFERIDO:

Definición: Se define como la retención del producto de la concepción muerto in útero durante varias semanas. En los casos típicos el embarazo parece normal al comienzo, con amenorrea, náuseas y vómitos, cambios mamarios y crecimiento del útero. Después de la muerte embrionaria puede haber o no hemorragias vaginales u otros síntomas que indiquen una amenaza de aborto. Es probable que la mujer pierda algo de peso. Después de una retención prolongada del feto muerto se desarrollan graves defectos de la coagulación. Esto es más probable cuando la muerte del feto se produce después del segundo trimestre de la gestación.

e) ABORTO RECURRENTE (Habitual):

Se refiere a tres o más abortos espontáneos consecutivos.

Incidencia: Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un aborto recurrente es de 24%, asciende a un 40% después de 4 abortos recurrentes consecutivos.(3,9,11)

Pronóstico. La “tasa de curación” aparente después de hasta tres abortos espontáneos consecutivos varía entre el 70 y el 85%, independientemente del método.

7. ABORTO INDUCIDO:

Es aquel practicado por el médico, mujer misma u otra persona. En 1990 se estimó un total anual de abortos inducidos de 4 millones en América latina, se clasifica en varias categorías:(7,10,21)

7.1. Aborto terapéutico (7,12,25)

Definición: Es la finalización del embarazo antes del periodo de viabilidad fetal con el propósito de salvaguardar la salud de la madre. (6,24)

Indicaciones medicas:

- . Enfermedad cardiaca persistente después de una descompensación cardiaca previa
- . Enfermedad vascular hipertensiva avanzada.
- . El carcinoma invasor del cuello este tipo de aborto puede ser practicado con las siguientes indicaciones medicas:
 - Cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar gravemente su salud.
 - Cuando el embarazo ha sido el resultado de una violación o de un incesto.
 - Cuando es probable que la continuación del embarazo dé como resultado el nacimiento de un niño con graves deformaciones físicas o retardo mental.

7.II. Aborto Séptico

Las complicaciones graves del aborto casi siempre se han relacionado con el aborto criminal. Se han registrado hemorragias severas, sepsis, shock bacteriano e insuficiencia renal aguda en asociación con el aborto legal, pero con mucha menor frecuencia. La metritis es el resultado habitual, pero puede haber parametritis, peritonitis (localizada o generalizada), endocarditis y septicemias.(7,20)

8. TÉCNICAS DE ABORTO:

8.A. Técnicas quirúrgicas de aborto

El embarazo puede ser eliminado quirúrgicamente a través de un cuello adecuadamente dilatado o por vía transabdominal, ya sea por histerotomía o por histerectomía.

1) Dilatación y curetaje:

Para realizar un aborto quirúrgico a través del cuello uterino primero se dilata el cuello y luego se evacua el embarazo por raspado mecánico del contenido (curetaje por corte), por aspiración al vacío (curetaje por aspiración), o ambos. La probabilidad de complicaciones que incluyen **perforación uterina**, **laceración cervical**, **hemorragias**, extracción incompleta del feto y la placenta, e infección – aumenta después del primer trimestre. Por esta razón los procedimientos de dilatación y curetaje o de aspiración al vacío deben realizarse antes de las 14 semanas.

Complicaciones:

. **Perforación uterina.** La perforación accidental del útero puede ocurrir durante el sondeo, la dilatación o el curetaje. La incidencia de perforaciones uterinas asociadas con abortos electivos es variable. Dos determinantes importantes de esta complicación son la habilidad del médico y la posición del útero, con mucha mayor probabilidad de perforación si el útero está en retroversión.

. Algunas mujeres pueden desarrollar incompetencia cervical o sinequias uterinas después de un procedimiento de dilatación y curetaje. (7,12,27)

2.) POR D&E después de 16 semanas:

Después de las 16 semanas se practica dilatación y evacuación (D&E). Esta técnica consiste en una dilatación cervical amplia seguida de destrucción mecánica y evacuación de las partes fetales. Una vez extraído totalmente el feto se usa una cureta de vacío de calibre grande para eliminar la placenta y el tejido remanente.(7,27)

3.) Aspiración Menstrual.(Inducción Menstrual, Periodo Instantáneo, Aborto Traumático y Miniaborto):

Se le llama así a la aspiración de la cavidad endometrial con una cánula flexible de Karman de 5 o 6 mm y una jeringa dentro de las 1 – 3 semanas posteriores a la falta de menstruación.

COMPLICACIONES:

Una mujer no embarazada, el cigoto implantado pasado por alto por la cureta, falta de reconocimiento de un embarazo ectópico, y raramente, perforación uterina.

4.) POR OPERACIÓN CESAREA:

Este método es igual que una operación cesárea, hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir.(19,20,22,25)

5.) ASPIRACIÓN POR VACIO MANUAL:

La MVA se puede hacer desde el momento en que una mujer sospecha que se halla embarazada, hasta unas 10 semanas después de su última regla. El cerviz se halla dilatado y el útero se vacía con una jeringa a mano, si en el tejido que se retiró no se

identifica el saco de la gestación, se examina a la mujer para examinar si es un posible caso de embarazo ectópico. (1,2,3,8,9,19,22,25).

8.B. Inducción medica del aborto (6,20,25)

A lo largo de la historial muchas sustancias naturales han sido utilizadas como agentes abortivos por mujeres desesperadas por no estar embarazadas. Con mucha frecuencia el resultado ha sido una enfermedad sistémica grave o incluso la muerte en lugar del aborto.

1) Oxitocina.

La inducción exitosa del aborto en el segundo trimestre es posible con altas dosis de oxitocina administrada en pequeños volúmenes de líquidos intravenosos.(7,21)

2) Soluciones hiperosmóticas intraamnióticas.

Consiste en inyectar dentro del saco amniótico solución fisiológica al 20 – 25% o urea al 30 – 40%, para estimular las contracciones uterinas, y la dilatación cervical.

Complicaciones. La solución fisiológica hipertónica inyectada por vía intraamniótica puede producir complicaciones serias, entre ellas la muerte.

Otras complicaciones incluyen: 1) crisis hiperosmolar después del ingreso de solución hipertónica en la circulación materna, 2) insuficiencia cardiaca, 3) shock séptico, 4) peritonitis, 5) hemorragias, 6) coagulación intravascular diseminada y 7) intoxicación acuosa.(18,21,25,27)

3) Urea hiperosmótica:

La urea al 30 – 40%, disuelta en solución de dextrosa al 5%, ha sido inyectada dentro del saco amniótico, seguida de oxitocina intravenosa, alrededor de 400 mU/min. La urea mas la oxitocina es tan eficaz como la solución fisiológica hipertónica para producir aborto, pero tiene menos probabilidades de ser toxica.(7)

4) Prostaglandinas:

Las prostaglandinas y sus análogos se usan ampliamente para interrumpir embarazos, sobre todo en el segundo trimestre.

Técnica. Las prostaglandinas pueden actuar eficazmente sobre el cuello y el útero cuando: 1) se colocan en la vagina como supositorios o pesarios inmediatamente adyacentes al cuello, 2) son administradas en forma de gel a través de un catéter dentro del canal cervical y la porción inferior del útero, fuera del saco gestacional, 3) son inyectadas dentro del saco amniótico por amniocentesis o 5) son tomadas por vía oral

La eficacia de los diferentes regímenes de tratamiento ha variado del 86 al 95%. (7)

5) Antiprogesterona RU 486 (Mifepristona). (21.27)

La antiprogesterona oral RU 486 ha sido usada para efectuar abortos al comienzo del embarazo, ya sea sola o en combinación con prostaglandinas orales. La eficacia de esta droga como agente abortivo se basa en su alta afinidad con los receptores para los sitios fijadores de progesterona. Una dosis única de 600 mg de RU 486 administrada antes de las 6 semanas produce una tasa de abortos del 85%. El agregado de diferentes prostaglandinas orales, vaginales o inyectables a este régimen produce tasas de aborto de mas del 95%.

Complicaciones:

- Nauseas, vómitos y cólicos gastrointestinales.
- El mayor riesgo asociado con este agente es la hemorragia debido a la expulsión parcial del embarazo.
- La hemorragia intraabdominal producida por un embarazo ectópico incipiente.

6) Epostano: (7,26)

El epostano es un inhibidor de la 3b-hidroxiesteroide deshidrogenasa que bloquea la síntesis de progesterona endógena. Si se administra dentro de las cuatro semanas del ultimo periodo menstrual la droga induce el aborto en aproximadamente el 85% de las mujeres.

COMPLICACIONES:

Las nauseas y la hemorragia es un riesgo si el aborto es incompleto.

9. Mortalidad Materna.

El aborto inducido legalmente es un procedimiento quirúrgico relativamente inocuo, especialmente cuando se lo realiza durante los primeros meses del embarazo. El riesgo de muerte por abortos efectuados durante los dos primeros meses es del alrededor de 0,6 por cada 100,000 procedimientos. El riesgo relativo de morir como consecuencia de un aborto es aproximadamente dos veces mayor por cada dos semanas de demora del procedimiento después de las ocho semanas de gestación. Se dice que proporción de muertes relacionadas con abortos causadas por la anestesia general aumentó del 8% en

1975 al 29% en 1985. Es probable que esto refleje una disminución absoluta de las muertes por complicaciones no anestésicas. Se estima que durante la década de 1970 el riesgo total de muerte por abortos legales fue de solo el 15% del riesgo del parto. En efecto, en 1987 se comunicaron solamente seis muertes maternas en los 1,3 millones de abortos legales realizados.(7,25,)

10. Impacto sobre los embarazos futuros.

- La fertilidad no es alterada por el aborto electivo. La única excepción posible es el pequeño riesgo de infección pelviana. La aspiración al vacío del primer embarazo no aumenta la incidencia de abortos espontáneos en el 2º trimestre, de partos pretérmino o de niños de bajo peso en embarazos ulteriores en comparación con mujeres control primigrávidas. El curetaje en primigrávidas aumenta el riesgo de embarazos ectópicos posteriores, de abortos espontáneos en el segundo trimestre y de niños de bajo peso al nacer.(7)
- No hay aumento de la incidencia de embarazos ectópicos posteriores si la primera interrupción del embarazo se hace por aspiración al vacío. Las posibles excepciones son las mujeres con infección preexistente por *Chlamydia trachomatis* o aquellas que desarrollan infecciones posaborto. Los abortos electivos múltiples no aumentan la incidencia de partos pretérmino y de niños con bajo peso de nacimiento. Se ha informado un aumento de la incidencia de placenta previa después del aborto electivo.(7)

11. Contemplaciones Legislativas Guatemaltecas (Código Penal)

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

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

Art. 135. Aborto con o sin consentimiento. Quién de propósito causare aborto será consignado.

1. Con prisión de uno a tres años, si hay consentimiento de la Mujer .

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

Art. 136. Aborto Calificado. Si a consecuencia del aborto consentido resultare la muerte de la mujer, se sancionará al responsable con tres a ocho años de prisión. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas sin consentimiento de la mujer pero sucede la muerte de ella , el responsable será sancionado con prisión de seis a doce años.

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

Art.138. Aborto preterintencional. Quién por actos de violencia ocasiona aborto sin propósito de causarlo , pero constándole el estado de preñez de la ofendida, será sancionado con uno a tres años de prisión. Si los actos

consisten en lesiones de mayor sanción se aplicará esta aumentada en una tercera parte.

Art.139. Tentativa y aborto culposo. La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio son impunes.

El aborto culposo verificado por otra persona se sanciona con prisión de uno a tres años, siempre que tenga conocimiento previo del embarazo.

Art. 140. Agravación específica. El médico que abusando de su profesión causare aborto o cooperare con él, se sancionará con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales y con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

12.Aspectos Demográficos del departamento de Sololá:

Población en general: 307,791

Tasa de Natalidad: 37.17

Tasa Fecundación: 165.71

Tasa de mortalidad materna:

de muertes: 30

tasa: 262.21

Territorio:

Sololá fue elegido en departamento por decreto de la Asamblea constituyente del 4 de noviembre de 1825, tiene una área aproximada de 1,060 kilómetros cuadrados. Colinda al norte con los departamentos de Totonicapán y Quiché; al este con Chimaltenango; al sur con Suchitépequez y al oeste con Suchitépequez y Quetzaltenango. En este departamento predominan tres lenguas indígenas: Quiche, Cakchiquel, Tzutujil. La principal carretera

que atraviesa su territorio es la interamericana . El terreno de Sololá es bastante quebrado, sobresaliendo los volcanes de atitlán, Tolimán y San Pedro, así como el cerro Santa Clara. También hay varias montañas elevadas las que le dan cierta característica especial.

El departamento de Sololá cuenta con 19 municipios:

Sololá, Concepción, Nahuala, Panajachel, San Andres Semetaba, San Antonio Plopó, San José Chacaya, San Juan La Laguna, San Lucas Toliman, San Marcos La Laguna, San Pablo La Laguna; San Pedro La Laguna, Santa Cartarina Ixtahuacán, Santa Catarina Palopó, Santa Clara La Laguna, Santa Cruz La Laguna, Santa Lucia Utatlan, Santa María Visitación, Santiago Atitlán.

VI. MATERIALES Y METODOS

i. Metodología

1. Tipo de estudio: Descriptivo - Retrospectivo

2. Unidad de análisis:

Se tomarán las historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico (amenorrea, gravindex, altura uterina, ultrasonido) de aborto en el hospital nacional de Sololá, del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2001.

3. Universo del estudio:

Se incluirán en el estudio todos los casos con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia, del hospital nacional de Sololá, en el periodo del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del año 2001.

4. Criterios de inclusión:

- a. Todos los casos de aborto reportados en el periodo que abarca el estudio
- b. Que oscilen entre la edad fértil (10-49 años según la ICD-10).
- c. Embarazo molar a evacuar.
- d. Embarazo hasta las 28 semanas.
- e. Que no tengan tratamiento de aborto incompleto, diferido o retenido con diagnostico de USG.

4) Variables a estudiar

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALI- ZACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN.
INCIDENCIA	Número de casos en lugares y tiempo definido	No abortos # de nacidos vivos	Proporción	Numérica
Edad	Tiempo que una persona ha vivido en años.	Años reportados	Años de vida	Numérica
Escolaridad:	Tiempo que asiste a un centro de enseñanza para llevar en él sus estudios.	Años escolares colares terminados	Años escolares Primaria Secundaria, Universidad Analfabeta, alfabeta.	Numérica
Ocupación:	Emplearse en un trabajo, ejercicio o tarea.	Dedicación principal.	Ama de casa Estudiante Agricultora Profesional Comerciante Otro:	Nominal
Procedencia:	Lugar geográfico donde reside una persona.	Lugar donde reside según municipios del departamento.	Municipio o Departamento.	Nominal
Estado Civil:	Condición legal de una persona respecto a una pareja del sexo opuesto.	Estado civil anotados en el expediente.	Soltera, casada, unida, divorciada, viuda.	Nominal

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Eventos Ginecológicos y obstétricas, sucedidos en vida reproductiva.	Se tomaran del expediente clínico Edad gestacional, gestas, partos, abortos, ectópicos, cesáreas, hijos vivos, hijos muertos.	# de gestas # de partos # de abortos	Numérica Numérica Numérica
TIPO DE ABORTO	Clasificación del aborto deacuerdo a parámetros clínicos	Tomado del expediente clínico	Aborto: Provocado. Espontaneo Diferido Séptico Inevitable Completo Habitual	Nominal
TRATAMIENTO	Todas las acciones clínicas y farmacológicas para la resolución de un problema de salud.	Tomado del expediente clínico	Farmacológica Reposición de líquidos y electrolitos Uterotonicos Antibióticos Transfusiones Analgésicos Sedantes Quirúrgico: Legrado Intrauterino Instrumental AMEU	Nominal
ESTANCIA HOSPITALARIA	Período de tiempo que permanece una persona dentro del hospital.	Se tomará el dato del expediente clínico	Días y horas de estancia	Numérica

COMPLICACIONES	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínico por causa natural o en el intento por resolver la misma	Tomada del expediente clínico	Tipo de complicación : rasgadura Perforación Endometritis, salpingooforitis, peritonitis, septicemia, shock séptico.	Nominal
TRATAMIENTO DE LA COMPLICACIÓN.			Laparotomía Corrección de La perforación Sutura Cervical y/o vaginal.	

Procedimientos:**a. Recopilación de la información.**

Elaborando una boleta de recolección de datos en la que se incluye las variables antes mencionadas. (Ver anexo)

b. Ejecución de la información

Se revisarán todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional de Sololá del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del año 2001.

B. Presentación de resultados:

Concluida la etapa de recolección de datos la información fue tabulada, procesada y analizada para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones por medio del análisis de dichos resultados.

Aspectos éticos:

El presente trabajo es de tipo descriptivo retrospectivo, y la información será obtenida por medio de la elaboración de una boleta que se llenará con datos de los expedientes de los pacientes.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA 1

NUMERO DE ABORTOS POR MUNICIPIO ATENDIDOS
EN LOS AÑOS DE 1999, 2000 Y 2001 EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE SOLOLA

Municipio	Año 1999		Año 2,000		Año 2,001		Total 3 años	
	Frec .	%	Frec .	%	Frec .	%	Frec .	%
Sololá	66	26.4	103	40.2	112	45.5	281	37.4
Concepción	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Nahualá	26	10.4	27	10.5	15	6.1	68	9.0
Panajachel	28	11.2	35	13.7	24	9.8	87	11.6
San Andrés Semetabaj	25	10.0	10	3.9	12	4.9	47	6.3
San Antonio Palopó	13	5.2	8	3.1	10	4.1	31	4.1
San José Chacayá	6	2.4	6	2.3	3	1.2	15	2.0
San Juan la Laguna	6	2.4	8	3.1	10	4.1	24	3.2
San Lucas Toliman	9	3.6	6	2.3	10	4.1	25	3.3
San Marcos la Laguna	2	0.8	1	0.4	1	0.4	4	0.5
San Pablo la Laguna	2	0.8	2	0.8	0	0.0	4	0.5
San Pedro la Laguna	12	4.8	6	2.3	9	3.7	27	3.6
Santa Catarina Ixtahuacan	3	1.2%	4	1.6%	1	0.4%	8	1.1%
Santa Catarina Palopó	4	1.6%	8	3.1%	1	0.4%	13	1.7%
Santa Clara la Laguna	12	4.8%	2	0.8%	1	0.4%	15	2.0%
Santa Cruz la Laguna	1	0.4%	2	0.8%	0	0.0%	3	0.4%
Santa Lucia Utatlan	23	9.2%	18	7.0%	25	10.2%	66	8.8%
Santa Maria Visitación	3	1.2%	2	0.8%	2	0.8%	7	0.9%
Santiago Atitlan	9	3.6%	8	3.1%	10	4.1%	27	3.6%
No dato	0	0	0	0	0	0	4	0.52%
TOTAL	250	100%	256	1200%	246	100%	756	100%

FUENTE: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TASA DE ABORTO POR AÑO

AÑO	NACIDOS VIVOS	ABORTOS	TASA DE ABORTO
1999	11,116	250	22.49 X 1,000 N.V.
2000	11,441	256	22.37 X 1,000 N.V
2001	10,786	246	22.25 X 1,000 N.V

TABLA 2

MES DE ATENCION DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO
DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1999 A EL 31 DE DICIEMBRE DEL
2001

FECHA DE ATENCION	FRECUENCIA	%
ENERO	79	10.5
FEBRERO	59	7.8
MARZO	71	9.4
ABRIL	76	10.0
MAYO	71	9.4
JUNIO	66	8.7
JULIO	50	6.6
AGOSTO	57	7.6
SEPTIEMBRE	60	8.0
OCTUBRE	63	8.4
NOVIEMBRE	51	6.8
DICIEMBRE	51	6.8
TOTAL	756	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de
Sololá.

TABLA 3

**DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
SOLOLA.**

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	%
15-19	89	12.11
20-24	198	26.94
25-29	156	21.22
30-34	127	17.28
35-39	102	13.88
40-44	54	7.35
45-49	8	1.09
50-54	1	0.14
No dato	21	2.90
TOTAL	756	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololà.

TABLA 4

ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLÁ.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADA	519	68.6
DIVORCIADA	0	0
SOLTERA	55	7.3
UNIDA	114	15.1
VIUDA	1	0.1
NO DATO	67	8.9
TOTAL	756	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 5

OCUPACION DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE
ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLÁ.

OCUPACION	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	697	92.20
COMERCIANTE	1	0.13
PROFESIONAL	18	2.38
NO DATO	37	4.89
OTROS	3	0.40
TOTAL	756	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional
de Sololá.

TABLA 6

**EDAD Y ESTADO CIVIL EN PACIENTES ATENDIDOS CON
DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONALES DE
DEPARTAMENTO DE SOLOLA**

Años de Edad	Casada		Soltera		Unida		Viuda		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
15-19	59	9.63%	11	20.00%	18	15.79%	1	100.00%	80	12.11%
20-24	150	26.20%	13	23.64%	35	30.70%	0	0.00%	198	26.94%
25-29	121	20.62%	14	25.45%	21	18.42%	0	0.00%	156	21.22%
30-34	105	19.46%	7	12.73%	15	13.16%	0	0.00%	127	17.28%
35-39	81	14.64%	6	10.91%	15	13.16%	0	0.00%	102	13.88%
40-44	41	7.90%	4	7.27%	9	7.89%	0	0.00%	54	7.35%
45-49	7	1.35%	0	0.00%	1	0.88%	0	0.00%	8	1.09%
60-64	1	0.19%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.14%
No dato	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	21	2.77%
Total	519.00	100%	55	100%	114	100%	1	100%	756	100%

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional
de Sololá

TABLA 7
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA

NO. DE EVENTOS POR PERSONA	Gestas		Partos		Abortos		Cesáreas		Hijos Vivos		Hijos Muertos	
	Frecuen cia	%	Frecuen cia	%	Frecuen cia	%	Frecuen cia	%	Frecuen cia	%	Frecuen cia	%
0	12	1.58%	147	24.66%	0	0.00%	434	57.40%	190	25.13%	190	25.13%
1	155	20.50%	88	11.64%	75	9.92%	10	1.32%	77	10.18%	77	10.18%
2	92	12.16%	72	9.52%	31	4.10%	9	1.19%	73	9.65%	73	9.65%
3	70	9.25%	63	8.33%	6	0.79%	0	0.00%	64	8.46%	64	8.46%
4	71	9.39%	65	8.59%	3	0.39%	0	0.00%	61	8.06%	61	8.06%
5	64	8.46%	43	5.68%	0	0.00%	0	0.00%	39	5.15	39	5.15%
6	45	5.95%	39	5.15%	2	0.26%	0	0.00%	30	3.90%	30	3.90%
7	40	5.29%	22	2.91%	0	0.00%	0	0.00%	20	2.64%	20	2.64%
8	22	2.91%	24	3.17%	1	0.13%	0	0.00%	22	2.91%	22	2.91%
9	25	3.30%	10	1.32%	1	0.13%	0	0.00%	7	0.92%	7	0.92%
10	13	1.71%	9	1.19%	0	0.00%	0	0.00%	7	0.92%	7	0.92%
11	9	1.19%	8	1.05%	0	0.00%	0	0.00%	7	0.92%	7	0.92%
12	7	0.92%	4	0.52%	0	0.00%	0	0.00%	3	0.39%	3	0.39%
13	5	0.66%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
14	9	1.19%	1	0.13%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
15	3	0.39%	1	0.13%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
No dato	114	15.07%	160	21.16%	638	84.39%	303	40.07%	156	20.63%	156	20.60%
Total	756	100%	756	100.00%	756	100%	756	100%	756	100%	756	100%

Fuente: departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 8

**EDAD CON ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLÁ**

GESTAS

No. de eventos por persona	EDAD																	
	15 – 19		20 - 24		25 - 29		30 – 34		35 - 39		40 - 44		45 - 49		50 - 54		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0 - 1	70	86.41	65	37.14	15	10.86	6	8.82	8	9.30	2	4.25	1	16.66	0	0.0	167	22.08
2 - 3	10	12.34	71	40.57	46	3.33	25	4.27	6	6.92	4	8.51	0	0.00	0	0.0	162	21.42
4 – 5	0	0.00	24	13.71	49	335.5	27	26.21	28	32.55	5	10.63	0	0.00	0	0.0	129	17.60
+ 6	1	0.13	15	6.25	28	20.28	45	43.68	44	5.82	9	76.59	2	83.33	1	100	106	14.02
No dato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0	0	192	25.39
Total	81	13	175	100	138	10	103	100	86	100	47	100	3	100	1	100	756	100

Cuadro 8.1

ABORTOS

No.de eventos por persona	EDAD																	
	15 – 19		20 - 24		25 - 29		30 – 34		35 - 39		40 - 44		45 - 49		50 - 54		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0 – 1	1	33.3	13	65	23	63.88	13	56.52	13	65	11	73.33	1	50	0	0.0	75	9.92
2 – 3	2	6.66	7	35	11	30.55	9	39.13	5	25	2	13.33	0	0.0	0	0.0	36	8.49
4 – 5	0	0.0	0	0.0	1	2.77	0	0.0	1	5	0	0	1	50	0	0.0	3	0.39
+ 6	0	0.0	0	0.0	1	2.77	1	4.34	1	5	1	.6.66	0	0	0	0.0	4	0.52
No dato	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	637	84.25
Total	3	100	20	100	36	100	23	100	20	100	15	8	2	100	9	100	453	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 9

TIPO DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	%
Completo	17	2.3
Diferido	7	1.0
Habitual	0	0
Incompleto	657	90.6
Inevitable	9	1.2
Molar	2	0.3
Provocado	1	0.1
Séptico	32	4.4
No dato	31	4.0
Total	756	100%

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 10

EDAD GESTACIONAL DE LOS ABORTOS ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO DE
1999 A 2001 EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	FRECUENCIA	%
0-1	14	2.23
2-3	4	0.63
4-5	6	0.95
6-7	40	6.38
8-9	189	30.2
10-11	170	27.2
12-13	94	15.0
14-15	25	4.0
16-17	31	4.9
18-19	16	2.55
20-21	21	3.35
22-23	5	0.8
24-25	7	1.1
26-28	4	0.6
No dato	130	17.19
TOTAL	756	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 11

**EDAD Y TIPO DE ABORTO EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE SOLOLA**

Edad	Numero de casos		Completo		Diferido		Incompleto		Inevitable		Molar		Provocado		Séptico	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	Frec.	%	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
15-19	80	11.61%	5	29.4%	3	42.9%	74	11.3%	2	4%	0	0.0%	0	0.0%	4	12.5%
20-24	198	26.94%	3	17.6%	2	28.6%	180	27.4%	4	8%	0	0.0%	0	0.0%	8	25.0%
25-29	156	21.22%	2	11.8%	2	28.6%	143	21.8%	1	4%	1	50.0%	0	50.0%	4	12.5%
30-34	127	17.28%	2	11.8%	0	0.0%	108	16.4%	2	10%	1	50.0%	1	50.0%	10	31.3%
35-39	102	13.88%	3	17.6%	0	0.0%	92	14.0%	0	5%	0	0.0%	0	0.0%	5	15.6%
40-44	54	7.35%	2	11.8%	0	0.0%	51	7.8%	0	1%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.1%
45-49	8	1.09%	0	0.0%	0	0.0%	8	1.2%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50-54	1	0.14%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
No dato	21	2.77%	0	0.0%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	756	100%	17	100%	7	100%	657	100%	9	32%	2	100%	1	100%	32	100%

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 12

**TIPO DE ABORTO Y ESTANCIA HOSPITALARIA
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA**

DIAS DE ESTANCIA	NO. CASOS		Completo		Diferido		Incompleto		Inevitable		Molar		Provocado		Sèptico	
	Frec	%	Frec	%	Frec.	%	Frec	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	Frec.	%	0	0.0%	0	0.0%
1	373	50.1%	6	37.5%	0	0.0%	346	53.4%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	3	9.7%
2	267	35.8%	9	56.3%	3	42.9%	262	34.3%	4	44.4%	0	0.0%	1	100.0%	17	54.8%
3	60	8.1%	2	6.3%	2	28.6%	46	7.1%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	7	22.6%
4	23	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	16	2.5%	2	22.2%	1	50.0%	0	0.0%	3	9.7%
5	7	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	5	0.8%	1	11.1%	1	50.0%	0	0.0%	1	3.2%
6	7	0.2%	0	0.0%	1	14.3%	6	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Más de 7	7	0.2%	0	0.0%	1	14.3%	6	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
No dato	11	1.45%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0%
Total	756	100%	17	100%	7	100%	657	100%	9	100%	0	100%	1	100%	31	100%

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 13

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PROPORCIONADO DE 756 PACIENTES
EN EL HOSPITAL DE SOLOLA

FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	%
Antibióticos	130	15.11
Reposición de líquidos y electrolitos	665	77.32
Transfusiones sanguíneas	2	0.23
Analgésico	23	2.67
Fenobarbital	40	4.65

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 14

TIPO DE LEGRADOS REALIZADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA

LEGRADOS	FRECUENCIA	%
LIU	752	99.47
AMEU	4	0.53
TOTAL	756	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá

TABLA 15

**TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLÁ**

Tipo de Aborto	TIPO DE COMPLICACIÓN					
	Número de Casos		Shock Hipovolemico		Endometritis	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Completo	17	2.3	0	0	0	0
Diferido	7	1.0	0	0	0	0
Habitual	0	0	0	0	0	0
Incompleto	657	90.6	3	100	0	0
Inevitable	9	1.2	0	0	0	0
Molar	2	0.3	0	0	0	0
Provocado	1	0.1	0	0	0	0
Séptico	32	4.4	0	0	2	100
Total	756	100%	3	100%	2	100%

Fuente: Departamento de registro y estadística, Hospital Nacional de Sololá.

TABLA 16

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES PROPORCIONADO A PACIENTES
EN DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
Antibióticos	2	40
Líquidos y electrolitos	3	60
Total	5	100

Fuente: Departamento de Registro y Estadística, Hospital Nacional de Sololá.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Este estudio fue realizado en el Hospital NACIONAL DE SOLOLA, se revisaron 756 papeletas de pacientes que consultaron con diagnóstico de aborto durante el período de enero de 1999 a Diciembre del 2001.

Con respecto a la tasa de aborto no fue posible obtener datos de los nacidos vivos por municipio por año en la jefatura de área, por lo cual no aparecen en la tabla 1. Se obtuvo el dato de los nacidos vivos por año con el cual se calculó la tasa de aborto durante los últimos 3 años, la cual ha disminuido siendo esta en el año de 1999 de $22.49 \times 1,000$ Nacidos vivos, en el año 2,000 de $22.37 \times 1,000$ Nacidos vivos, en el año 2,001 de $22.25 \times 1,000$ Nacidos vivos, con un promedio de $22.67 \times 1,000$ nacidos vivos para los tres años, esto debido probablemente a que se ha puesto en acción el programa de Planificación Familiar propuesto por la Organización Mundial de la Salud, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para disminuir esta morbi-mortalidad materna. En Guatemala no existen actualmente datos oficiales sobre la tasa de aborto a nivel nacional. (20,21)

De los 756 expedientes revisados, el 27% informó que las mujeres atendidas se encontraba entre los 20 y 29 años de edad, no se encontró datos sobre la etnia a que pertenecían, 68.6% era casada, este estado civil crea en la mujer un mejor ambiente para la aceptación de un suceso como el aborto, (20,25). Las mujeres comprendidas entre los 20-29 años fueron las que consultaron con mayor frecuencia (48.12%), lo que pone en evidencia que las medidas sanitarias deben ser encaminadas hacia este grupo. El 21.22% se encontraba entre 25-29 años de edad, no se encontró dato sobre la escolaridad o alfabetismo de los pacientes, siendo este muy importante debido a que evidencia que el aborto como suceso puede estar asociado a un nivel de escolaridad bajo, así como poca educación e información con respecto a este suceso, también es muy importante para el diseño de materiales informativos para implementar programas de seguimiento y consejería post-aborto. El 92.19% las pacientes en estudio es ama de casa (tabla 5).

El 12.11% correspondía al intervalo de edad comprendido dentro de los 15 y 19 años, este grupo de adolescentes y jóvenes tiene una mayor probabilidad de sufrir otro aborto posteriormente (35), lo que compromete su vida fértil. Con respecto a la religión el dato no fue concluyente ya que en un 96.5% de los expedientes no se encontró. Es importante tomar estos datos al ingreso de la paciente al hospital, pues es de suma importancia tomarlos en cuenta para la aceptación de medios o acciones que puedan disminuir el número de abortos en la población y de las terapias necesarias para el tratamiento. (13,17)

Analizando los antecedentes gineco-obstetricos, se observa que el 63.03 % cursaba con su primer aborto, según la literatura, de estos el 24% puede cursar con un nuevo aborto.(7,20,27). El 5.04% de las pacientes que han sufrido más de 3 abortos tiene una probabilidad de 40% de volver a padecer otro aborto.(7,25)

La estancia hospitalaria se refirió al tiempo que un paciente permanece en el hospital y ésta depende del diagnóstico, complicación, tratamiento y tipo de evolución. El 0.1% estuvo hospitalizada menos de 24 horas, el 50.1% un día, el 35.8% durante 2 días y el 14.01% más de 3 días, la estancia hospitalaria prolongada por más de 2 días estuvo relacionada con complicaciones y aborto séptico o provocado que requieren mayor tratamiento y vigilancia, y la estancia de mas de 7 días se refiere a pacientes atendidas por aborto incompleto.(0.98%) que presentaron problemas como neumonía y apendicitis.

Los medios diagnósticos utilizados para la definición del tipo de aborto fue la historia clínica y el examen físico, la historia clínica no estaba completamente anotada en algunos expedientes . El ultrasonido fue utilizado como método diagnóstico en menor número de casos, por poca disponibilidad, debido a que en el hospital no se cuenta con el personal calificado para realizar e interpretar este examen.

Se documentó que el 90.6 % de todos los casos consultó por aborto incompleto, el 4.4% por sépticos, el 1.1% por diferido y un 1.2% catalogado como inevitable, 0.3 Molar. Del tipo Provocado sólo se evidenció el 0.1%, pero éste porcentaje podría ser mayor y por la falta de declaración durante la historia clínica el porcentaje real no se evidencia (cuadro 9)

Un 30.2% del total de abortos ocurrió durante la 8a. Y 9ª. semana de gestación, lo cual como sabemos puede tener como etiología las anomalías genéticas (25,24), mientras que un 3.35% ocurrió entre la 20 y 21 semana gestacional (tabla 13) y dentro de este último porcentaje podríamos incluir como etiología los factores inmunológicos, infecciones, enfermedades maternas, etc. (5,32).

Con respecto al tratamiento farmacológico del total de pacientes atendidas, el 77.32% recibió reposición de líquidos y electrolitos esto para reponer la pérdida de volumen por el suceso y debido al procedimiento (legrados) al que serían sometidas para el abordaje del problema. Estos resultados demuestran la mala calidad de los datos obtenidos pues solo en un 77.32 % de expedientes se anota la reposición de líquidos y electrolitos, a un 15.11% se le administró antibióticos (tabla no. 10). Y a un 2.67% analgésicos, el 4.65% recibió fenobarbital, este se administró a pacientes que inicialmente fueron tratadas como "amenaza de aborto".

Al 99.47% de todas las pacientes atendidas se le realizó legrado instrumental uterino, al 0.53% AMEU, aunque este porcentaje debería ser mayor

ya que según el protocolo hospitalario, este último procedimiento debería realizarse a todas las pacientes con aborto menor de 13 semanas. Este bajo porcentaje se debe a que el AMEU se comenzó a aplicar a partir del año 2001 y su uso no es generalizado a todos los abortos menores de 13 semanas.

Se presentaron complicaciones en 5 de los casos de aborto (0.66%), siendo el shock hipovolémico (60%) la primera complicación y la segunda Endometritis con un (40%)

El manejo de las complicaciones presentó respuesta positiva con líquidos y electrolitos (cuadro 16)

IX. CONCLUSIONES

1. La tasa de aborto en el departamento de Sololá muestra una incipiente disminución durante los últimos 3 años. En 1999 fue de 22.49 por 1000 nacidos vivos, en el 2000 fue de 22.37 por 1000 nacidos vivos y en el 2001 fue de 22.25 por 1000 nacidos vivos, con un promedio de 22.67 por 1000 nacidos vivos para los 3 años.
2. De las características generales la mayoría de pacientes post-aborto, provenían de la cabecera departamental, se encontraban dentro del rango de edad de 20 a 24 años, eran amas de casa, casadas.
3. Con respecto a las características gineco-obstétricas, el grupo en estudio presentó más de 6 gestaciones y de 2 a 3 abortos previos, lo que aumenta el riesgo de abortos posteriores, ya que es mayor en pacientes con antecedentes de paridad anterior, aborto anterior o con dos o más gestas.
4. Con respecto a la estancia hospitalaria, esta fue de 1-2 días en la mayoría de los casos, y se encuentra relacionada al diagnóstico, complicación, tratamiento y tiempo de evolución.
5. En general la edad gestacional de los abortos atendidos estuvo comprendida entre 8 y 9 semanas. En su mayoría fueron abortos fetales (más de 8 semanas de gestación), lo cual puede tener como etiología las anomalías genéticas.
6. El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto con un 90.6% del total de abortos, seguido por el séptico con un 4.4%.
7. El abordaje de los casos de aborto, estuvo integrado por reposición de líquidos y electrolitos y Legrado Instrumental Uterino, el Aspiración Manual Endouterina aunque es una y técnica recomendada aún ésta en etapa de implementación.
8. Los únicos tipos de complicaciones registradas en los expedientes clínicos fueron Shock hipovolemico y Endometritis.
9. Los expedientes clínicos no presentaron buena calidad de datos, ya que se observó ausencia de información como grupo étnico, religión, escolaridad la cual es de suma importancia para poder implementar programas de seguimiento y consejería post- aborto acorde a las características de estas pacientes.

X. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer programas de planificación familiar en el ámbito nacional dirigido a mujeres en edad reproductiva y a sus parejas.
2. Capacitar al personal de salud sobre la importancia de anotar los datos en la historia clínica ya que la información obtenida fue deficiente debido a que esta se encontraba incompleta.
3. Dar a conocer a las pacientes que cursan con aborto, las complicaciones y el riesgo que corre su fertilidad e implementar programas de seguimiento y consejería post-aborto en los hospitales nacionales.
4. Equipar y capacitar al personal médico del departamento de ginecología y obstetricia del hospital nacional de Sololá para implementar el uso de Legrado por Aspiración Manual Endouterina (**AMEU**), con el fin de reducir el tiempo de estancia hospitalaria y por lo tanto disminuir los costos que el tratamiento de los casos de aborto representan.

XI. RESUMEN

El objetivo principal de este estudio, fue la caracterización epidemiológica del aborto, de aquí su importancia ya que el aborto se encuentra entre las primeras diez causas de morbi-mortalidad materna en el ámbito nacional.(9,18,21)

El presente estudio fue de tipo retrospectivo-descriptivo se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Sololá, revisando los expedientes de pacientes con Diagnóstico de aborto que consultaron durante los años 1999, 2000 y 2001, encontrándose las siguientes características.

La tasa promedio de aborto fue de 22.67 por 1000 nacidos vivos registrados con un total de 756 abortos para el periodo de estudio.

La mayor frecuencia de abortos se observó en las edades de 20-24 años con un 26.94%, proviniendo en su mayoría de la cabecera departamental con un 37.4%, el 68,6 % está casada, un 92.19% es ama de casa. La religión no fue un dato concluyente pues en un 96.5% de los expedientes no se encontró anotado el dato.

La edad gestacional más frecuente del grupo de estudio se encontró entre la 8 y 9 semanas con un 30.2%. Dentro de las características gineco obstétricas de las pacientes se observó que la mayoría presento de dos a tres abortos previos y siendo más frecuente en pacientes a quienes se les había realizado cesáreas.

El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto con un 90.6%, seguido por el Séptico con un 4.4%.

Con respecto a la estancia hospitalaria ésta fue de 1 a 2 días y el tratamiento farmacológico más utilizado fue la reposición de líquidos y electrolitos con un 77.32, el tratamiento quirúrgico de elección fue el Legrado Instrumental Uterino (LIU) con un 99.47%.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abc,medicus. Aborto.
<http://www.AbcMedicus.com/articulo/pacientes/id/27/pagina/1/pagina/2/pagina/4/aborto.html>.
2. Artiqué, Cristina. El Aborto.
<http://WWW.Monografias.com/trabajos/aborto4/shtml#arriba>.
3. Buena Salud. Aborto Espontáneo.
· <http://www.BuenaSalud.com/lib/libsarchresults.cfm.libcatt>.
4. Banett, Barbara. Mejores servicios pueden reducir el riesgo de aborto.
[Network en español](#) 2000: 20(3) Pp. 16-20.
5. CODIGO PENAL, Decreto 17-73 del congreso de la República de Guatemala. 1995. Pp.83.
5. COMPLICACIONES FISICAS TARDIAS
<Http:///www.ACIONCATOLICA.Cjb.Net/reflesem.htm>.
6. Cunningham, GARY, et.al. Aborto. En su. Obstetricia de Williams, 20ª. Ed., Buenos Aires: Barcelona. Masson, 1998 Pp 543-567.
7. EL ABORTO. <http://www.Aciprensa.Com>
- 9. El Aborto En America Latina : Los Números De La Clandestinidad
<Http://WWW.Bibliomed.Inc.Com>.
- 10 . Etchepareborda , Juan. Aborto Recurrente. [Http:// www.Informe @ Data Salud.com.ar/ginecología.htm](Http://www.Informe@DataSalud.com.ar/ginecología.htm).

11. Farfán, B. Et. AL, "Información y consejería en planificación **Familiar Post-aborto Experiencia en cuatro hospitales de Centro América**". Revista Centroamericana Ginecología y Obstetricia de. Guatemala, 1997. Mayo-Agosto. 7(2): Pp. 46-56.
12. Figueroa, P. LA Dimensión Etica de la atención a mujeres con Aborto. 1997; Pp. 1-13.
13. Flores, Haydeé., Grajales, B. Importancia de la Planificación familiar para jóvenes post- Aborto. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1998 Mayo-agosto. 8(2): P.p 29-32.
14. Grajales, B. El costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Remón. Revista Centroamérica de Ginecología y Obstetricia. Guatemala, 1997. Enero-abril 7(1): Pp 33-37
15. Hidalgo, Henry. Incidencia del aborto en el Hospital de Chimaltnango. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1997. Pp. 57.
16. Hidalgo Guerrero, Luis. El aborto inducido debe ser considerado un problema de salud pública. <http://www.SiicSalud.com>.
17. Langer, Etna. Et. al. Como mejorar la calidad de la atención Post-Aborto en un hospital público. Population journal, INOPAL III: (Nueva York) 1998 vol11, 6-2p
18. Las complicaciones del aborto
[Http://WWW Vida humana/origen/temas/aborto.htm](Http://WWWVidaHumana/origen/temas/aborto.htm).
19. López Cortez, Carlos. El Aborto y la Historia.
<http://WWWmonografias.com/trabajos4/abortoh/abortoh/.shtml#arriba>.

20. López García, R . "El aborto como problema de salud Pública ",
Maternidad sin riesgos en México D.F: Comité Promotor por una
Maternidad Sin Riesgos en México , 1994, Pp. 85- 90.
21. Novak, Edmundo , et. al. Tratado de Ginecología " Aborto
Espontaneo y Recurrente " 12ª. Ed. México D.F. Editorial
Interamericana S.A. 1998. 924 Pp.
22. OPS. Complicaciones del Aborto: Directrices y Técnicas gestoriales
Prevención y Tratamiento. Ginebra 1997, 12-19p
23. OPS. Protocolo de manejo de las principales emergencias obstétricas y
peri natales. Giinebra 1998.
24. OPS. Situación de salud de la mujer en las Américas. Oficina sanitaria
panamericana regional de la OMS. 1985, 68-71p.
25. Pacheco , Otto. Caracterización epidemiológica del aborto en el
Hospital modular de Chiquimula. Tesis (MÉDICO Y Cirujano)
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias
Médicas. Guatemala, 2001. Pp. 9-24.
26. Pérez Saenz, Cristian G. Estudio retrospectivo de los casos de aborto:
Ingresados al departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital
Nacional de Amatitlan, durante el periodo del 1 de diciembre Enero
de 1994 al 31 de 1995. Tesis(Medico y Cirujano) Universidad San
Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala,
1996. 80p.
27. Schwarcz, Ricardo. Et. al. Obstetricia. 5ª. Ed. Buenos Aires. El Ateneo
1997. Pp. 175-179
28. Velasco, Vitelio. Et. al Mortalidad materna por aborto. En el instituto
Mexicano del Seguro Social. Revista Médica Instituto Mexicano del
Seguro Social. 1999 Nov ; (1): Pp 73-79.
29. Vergara, Francisco. Aborto. [Http://www. Siic Salud. com.](http://www.SiicSalud.com)

30. Zamundio, Lucero. Encuentro de Investigadores sobre Aborto inducido en America Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre dinámica social, 1995, 2-20.

XIII. ANEXO

BOLETA

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas
Hospital Modular Sololá
No. Historia clínica

DATOS DEL EXPEDIENTE MEDICO

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad _____ Procedencia (Escribir nombre de aldea, caserío o municipio)

2. Ocupación? (comerciante) (ambulante) (agrícola) (Empleada domestica) (artesana u obrera) (ama de casa) (profesional)
3. Cuantos años de estudio ha completado? (ninguno) (primaria 1 2 3 4 5 6) (secundaria 1 2 3 4 5 6) (Universidad 1 2 3 4 5 más) (técnico 1 2 3 más) (alfabetización 1 2 3 más)
4. Procedencia: Municipio _____ Departamento _____

B. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

5. Partos _____ Gestas _____ ABORTOS: _____
6. Uso de anticonceptivo Si _____ No _____
7. Tipo De Aborto
Aborto provocado _____ Espontáneo _____ Diferido _____ Séptico
_____ Inevitable _____ Completo _____ Habitual _____
8. Tipo de tratamiento:
Farmacológico _____ Legrado _____ Quirúrgico

9. Horas de estancia hospitalaria :
10. Complicaciones presentadas
Infecciosa _____ Traumática _____
Hemorragias _____ a) lesiones intrabdominales
b) uterina

