

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITAL NACIONAL DEL QUICHE 1999-2002



BLANCA NINETTE RODAS ANLEU

MEDICA Y CIRUJANA

septiembre de 2002

TITULO

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITAL NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE QUICHE
1,999-2002**

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACIÓN	4
IV.	OBJETIVOS	6
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	7
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	30
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	48
IX.	CONCLUSIONES	54
X.	RECOMENDACIONES	55
XI.	RESUMEN	56
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
XIII.	ANEXOS	60

I. INTRODUCCION

Cuando se analizan los aspectos biológicos, sociales y emocionales que rodean al aborto, se debe concluir que siempre es la expresión del fracaso de una de las más trascendentes y asombrosas funciones del ser humano. La pérdida del embarazo en sus etapas tempranas, tiene connotaciones muy importantes desde el punto de vista personal, familiar y de la comunidad ya que genera, no solo una condición de duelo en la mujer, sino que, además puede ser la causa de complicaciones graves que comprometen la función reproductora e incluso determinar la muerte materna con problemas que impactan profundamente en la familia y en la sociedad(25); por lo cual el presente estudio trata de describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Nacional de Quiché en los años 1999 a mayo de 2002.

Los objetivos de éste estudio fueron describir las características generales de las mujeres atendidas; identificar las características gineco-obstétricas de las mujeres atendidas; cuantificar la estancia hospitalaria de las mismas; identificar el tipo de aborto más frecuentemente reportado; describir el tratamiento más brindado a estas pacientes y describir las complicaciones encontradas y el tratamiento dado a las pacientes que consultaron por aborto.

Se obtuvo un total de 452 casos de pacientes con diagnóstico de aborto, para lo cual se revisaron los expedientes clínicos para obtener la información requerida.

Del total de casos revisados, el 28.50% oscilaba entre los 20 y 24 años de edad; provenían de la cabecera departamental; la ocupación más frecuente fue ama de casa (94%). Entre los antecedentes gineco-obstétricos el 15.2% eran primigestas; 38.7% de las pacientes ya habían experimentado por lo menos un aborto anterior. La estancia hospitalaria en la mayoría fue reportada en 24 horas.

En cuanto al tipo de aborto, el aborto incompleto fue el más reportado; el tratamiento más brindado fue la reposición de líquidos y electrolitos, así como la realización de legrado intrauterino.

La complicación reportada fue la endometritis en 16 casos, los cuales fueron tratados con antibióticos según lo reportado.

Se recomienda establecer programas de información o consejería sobre planificación familiar a nivel hospitalario y así lograr una alta aceptación de métodos anticonceptivos en las pacientes post aborto; aprovechado la estancia hospitalaria de las mismas.

II. DEFINICION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El aborto se define como la finalización o interrupción del embarazo por cualquier medio, antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir. (7,16)

En Guatemala se han incrementado los casos de mujeres que consultan a los hospitales nacionales por aborto, lo cual ha conllevado a tener la mayor tasa de mortalidad materna en Latinoamérica (190 por cien mil nacidos vivos), siendo el aborto la causa principal de muerte según la Organización Panamericana de la Salud. (29)

El aborto acredita una carga económica alta sobre los servicios hospitalarios, estimándose en estudios realizados en Latinoamérica que las mujeres hospitalizadas por aborto ocupan hasta 30% de las camas de los departamentos de Gineco-obstetricia y en algunos casos la atención ha llegado a consumir hasta 50% de presupuesto de dichos departamentos. (10,29)

En tal sentido el presente estudio pretende determinar la caracterización del aborto en el hospital nacional del Departamento de Quiché como objetivo principal con la finalidad de implementar medidas pertinentes, así como mejorar los programas ya existentes.

III. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud, Guatemala tiene la mayor tasa de mortalidad materna en Latinoamérica, siendo la causa principal de ésta el aborto. (29)

En Guatemala el aborto es un problema de Salud Pública bastante desalentador, con incidencia entre 201 y 500 abortos por 1,000 nacidos vivos; teniéndose información que en el hospital nacional del departamento de Quiché ocurren anualmente entre 281 a 284 casos de aborto (año 1,999 y 2,000), determinándose que la tasa de incidencia de aborto en el citado hospital está entre 10 y 11 casos de aborto por 1,000 nacidos vivos, lo cual significa un alto costo para la atención hospitalaria que debe darse a estas mujeres. (24,26)

Quiché es uno de los departamentos que cuenta con mayor número de población indígena, rural e índices de pobreza más altos de Guatemala. Los hábitos de higiene son escasos y rudimentarios, sin prácticas periódicas de control y seguimiento al embarazo.

En consecuencia es conveniente determinar las características inmersas en el aborto en las mujeres embarazadas, a fin de establecer políticas sanitarias y educativas entre la población principalmente femenina, para promover una mejor atención prenatal; todo lo cual incidirá positivamente en la atención hospitalaria ya que al disminuir el número de abortos, disminuye también el tiempo, costos y encamamiento por personas que acuden al hospital por este motivo.

Siendo Quiché una de las áreas más golpeadas durante el conflicto armado, debe darse cumplimiento a los acuerdos de paz, especialmente en lo que respecta a la salud y atención médica de la población de las áreas que más experimentaron el sufrimiento por la guerra.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el hospital nacional del departamento de Quiché, en el período comprendido del 1 de Enero de 1,999 al 31 de Mayo de 2,002.

B. ESPECIFICOS

1. Cuantificar la incidencia del aborto en el hospital nacional de Quiché.
2. Describir las características generales (edad, grupo étnico, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, y lugar de procedencia), de las mujeres atendidas.
3. Identificar las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos, abortos, número de hijos vivos, número de hijos muertos) 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 frecuentes encontradas y tratamiento en las mujeres que consultaron por aborto.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. ABORTO

1. Definición:

Es la interrupción o finalización del embarazo por cualquier medio antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir (hasta la vigésima semana de gestación).(7)

En Guatemala se considera un aborto a la terminación del embarazo antes de la vigésima octava semana. (7,16,21,27,29)

2. Historia:

La palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivados del *ab-orior* puesto a orior, nacer; es la muerte del no nacido en cualquier momento del embarazo. (17)

En la antigua China, se utilizaba el mercurio como sustancia abortiva (año 2696 A de C).

El papiro de Ebers describía métodos para inducir el aborto como dátiles, cebollas y el fruto de acato lo que era mezclado en miel y aplicado a la vulva. (29)

Los abortos en tiempos de Aristóteles eran realizados por medio de legrados, así como por agentes orales: purgantes y duchas vaginales con agua caliente.

Antiguamente se justificaba el aborto por diversos motivos ya sea que el embarazo se encontraba en sus primeros meses y se consideraba que el feto no estaba animado, según las creencias griegas; o como sucedía en Roma, el embrión era estimado como

una *portium viscerum matris*, que significaba una parte de la madre y por consiguiente, que abortaba lo hacía disponiendo de su cuerpo.

En el mundo cristiano siempre se tuvo como ilícito el cometer un aborto, y así fue considerado por prácticamente todas las codificaciones de la Europa cristiana. A lo largo de toda la historia, los padres de la iglesia han enseñado la misma doctrina, sin que las diversas opiniones acerca del momento de la infusión del alma espiritual hayan suscitado duda sobre la ilegitimidad del aborto.(17)

La iglesia condenaba en forma absoluta el aborto; el castigo por el pecado del aborto alcanzaba a siete años o más de penitencia pública. Estas penitencias eran más rigurosas para el caso de abortos posteriores al momento en que el feto daba sus primeras señales de vida, dado que la creencia mayoritaria era que la vida comenzaba hasta después de ese momento.(17,29)

En Inglaterra en el período de la edad media el culpable de un delito de aborto era arrastrado o colgado. En Alemania el castigo era la muerte por cuchilla o por sumersión. (29)

En 1,803 la ley británica estableció un estatuto del aborto criminal, que hacía que el aborto después del primer signo de vida por parte del feto fuera ilegal. Esta ley sirvió de modelo para las leyes similares de Estados Unidos en donde la práctica era ilegal exceptuando los casos donde había que salvar la vida de la madre.

En Guatemala está legislado el aborto; únicamente se permite realizar el aborto terapéutico con el sólo fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotado todo intento científico y técnico. (6,7,29)

3. Epidemiología:

La Organización Mundial de la Salud estima que anualmente se llevan a cabo 4,620 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 los 15 y 49 años se practican 41 abortos bajo riesgo. (28)

Estudios indican que aproximadamente entre 10 al 15% de los embarazos terminan en aborto espontáneo y 20 a 30% de las gestaciones que se producen en el mundo terminan en aborto provocado o inducido. (29)

La frecuencia exacta de abortos es difícil de determinarse debido a varias causas:

- Existen abortos muy precoces que se pueden interpretar como retrasos menstruales.
- En algunas ocasiones la mujer tiene un aborto espontáneo, pero no presenta complicaciones por lo que no necesita hospitalización.
- Los abortos provocados o inducidos pueden ser reportados como espontáneos.

En países como Brasil, Perú, Colombia se reportan aproximadamente cuatro abortos por cada nacido vivo.(29,32)

Guatemala está clasificada entre los países con un rango de 201-500 abortos por 1,000 nacidos vivos; a pesar de que no existen registros hospitalarios adecuados. (29)

En el Departamento de Quiché se encontró que en el año 1,999 y 2,000 se reportaron 281 y 284 casos de aborto; lo cual representa una incidencia de 10 y 11 casos de aborto por 1,000 nacidos vivos. (24,26)

Existen diversos factores que pueden llevar a una mujer a practicarse un aborto:

- La difícil situación socioeconómica
- La falta de ayuda o soporte económico y emocional de la pareja
- La edad de la mujer; un estudio determinó que las mujeres en los extremos de la edad reproductiva son las que más abortos se practican. (1,11,31,32)

Los factores que se asocian a que se presente un aborto espontáneo son:

- Un embarazo previo normal a término, mortinato previo o con malformaciones congénitas.
- Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un aborto espontáneo es de 24% y asciende a un 40% después de cuatro abortos espontáneos consecutivos. (5,7,14,20,29)

a. Mortalidad:

La Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial mueren cada año alrededor de 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo; 24% de estas muertes son causadas

por abortos, produciendo aproximadamente 6,000 muertes cada año. (27,28,31)

Guatemala tiene la tasa de mortalidad materna más alta de toda Latinoamérica la que equivale a 190 por 100,000 nacidos vivos y la Organización Panamericana de la Salud indica que el aborto es la causa primordial de mortalidad, así como en Argentina, Chile, Panamá, Perú y Paraguay.(5,29)

4. Etiología:

El aborto se divide en dos grupos.

a. Aborto espontáneo:

Se define como la pérdida del embarazo clínicamente reconocido antes de las veinte semanas de gestación sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente con el mismo. (7)

Ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones. (20) El 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas. Existen factores fetales en los que las anomalías cromosómicas constituyen la causa más común de estos abortos tempranos; estas se detectan en un 50-60% en el primer trimestre, las más frecuentes son las trisomías autosómicas en un 60%; triploidía y poliploidía con 30% y la monosomía en 25%. (7)

El error cromosómico, puede ser heredado o surgir de una mutación espontánea durante el desarrollo temprano del embrión. En el 10 a 15% de los casos pueden estar involucrados factores anatómicos, que pueden ser congénitos y adquiridos.

Los tabiques uterinos y los defectos relacionados con el uso de algunas hormonas son los factores congénitos que mayor frecuencia tienen.

Entre los factores adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la endometriosis, adenomiosis y las cirugías tubaricas.

Las anomalías endocrinas contribuyen en un 10 a 20% de los casos; según algunos investigadores indican que la incidencia de la insuficiencia de la fase lútea puede ser elevada hasta en un 50%. La secreción de progesterona por el cuerpo lúteo es esencial para la sobrevivencia en el embarazo de menos de nueve semanas de gestación y en las mujeres con fase lútea deficiente se ha demostrado que durante la fase folicular la secreción de hormona estimulante del foliculo/hormona luteinizante es inadecuada o asincrónica. Desgraciadamente los niveles reducidos de estas hormonas habitualmente son una consecuencia y no la causa. (7,20)

Otros factores endocrinos implicados incluyen: función tiroidea alterada especialmente el hipotiroidismo. Los autoanticuerpos antitiroideos han sido vinculados con un aumento de esa incidencia a pesar de la ausencia de hipotiroidismo manifiesto. Diabetes mellitus; un estudio prospectivo comunicó que el control temprano de la glucosa(entre los 21 días de la concepción) daba como resultado una tasa de aborto espontáneo similar a la de mujeres control no diabéticas; en cambio la falta de control de la glucosa determinó un marcado aumento en la tasa de aborto. Síndrome de ovario poliquístico e hipersecreción de prolactina.(7,20,21)

La nutrición; no hay evidencia de que la deficiencia de cualquier nutriente o de todos sea causa importante de aborto.(7,29)

El tabaquismo ha sido vinculado con un riesgo alto de aborto. En mujeres que fumaban más de 14 cigarrillos diarios el riesgo fue alrededor de dos veces mayor que los controles y no se relacionó con la edad de la madre. (7,30)

El aborto espontáneo aumenta aun cuando el alcohol se consume moderadamente; un estudio público que la tasa de abortos se duplicaba en mujeres que bebían dos veces por semana y se triplicaba en las que lo consumían diariamente. Se calculó que la incidencia aumentaba en promedio 1.3 veces por cada trago diario.

El consumo de café a razón de más de cuatro tazas al día parece elevar el riesgo de aborto; este se incrementa con el aumento de la cantidad. (7,9)

Los dispositivos intrauterinos se asocian a una elevada incidencia de aborto séptico cuando fracasan como anticonceptivos.

Existen factores infecciosos que han contribuido como causa de aborto y recientes estudios acreditan su participación en el 5% de los casos. Los micoplasmas, son los microorganismos más vinculados a este aborto; algunas infecciones del cuello uterino por clamydia trachomatis se han relacionado con aborto en el segundo trimestre. Otra bacteria relacionada es el streptococcus del grupo B.

Los virus relacionados a causar este tipo de aborto son el citomegalovirus, el herpes virus, el parvovirus, el virus de la rubéola y el de la varicela. También se relacionan las infecciones por listeriosis, toxoplasmosis, brucelosis. (7,20,29)

Se han realizado diversas teorías inmunológicas para explicar el aborto espontáneo y se ha especulado que el aborto puede ser ocasionado por una perturbación de la tolerancia inmunológica materna al producto. Se han propuesto cuatro mecanismos humorales para el aborto, que indican sólo a los anticuerpos antifosfolipidos como relación con el aborto. Entre los mecanismos fisiopatologicos que se indican como responsables de esta causa son la producción de fenómenos de vasoconstricción y trombosis; alteración plaquetaria y fibrinolítica. Algunos investigadores han sugerido que las mujeres con anticuerpos inmunoglobulina G circulantes contra el espermatozoide de su esposo, tienen un riesgo mayor de aborto. (7,20)

Existen factores ambientales como causas de aborto: exposición crónica a tetracloruro de carbono, solventes y metales pesados. Factores farmacológicos: antiprogesteronas, antagonistas del ácido fólico, antineoplásicos, anticonvulsivos.

Las enfermedades maternas que contribuyen a la existencia de un aborto son Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedades renales, cardíacas y hematológicas. (20,29)

b. Aborto inducido o provocado:

Este se subdivide en:

- i. Aborto terapéutico: Es la finalización del embarazo antes del período de viabilidad fetal con el propósito de salvaguardar la vida de la madre.

Las indicaciones que existen para poder realizar este aborto son: La enfermedad cardíaca persistente luego de una

descompensación cardíaca previa y la enfermedad vascular hipertensiva avanzada; así como el carcinoma invasor de cuello.

El colegio americano de Ginecología y Obstetricia en 1,987 estableció directivas para que el aborto terapéutico y, de acuerdo a esto, 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; para determinar si existe o no riesgo debe tenerse en cuenta su medio total, real o razonablemente previsible.
- 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 malformaciones físicas o retraso mental–aborto eugenésico-.

ii. Aborto electivo (voluntario): Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad por requerimiento de la mujer pero no por motivos relacionados con trastornos de la salud materna o enfermedad fetal. Los abortos realizados actualmente pertenecen a esta categoría. En Estados Unidos hay aproximadamente un aborto electivo por cada tres nacimientos de niños vivos, según el centro de control y prevención en 1996. (7)

5. Tipos de Aborto: (3,7,8,14,18,19,29)

a. *Aborto Subclínico*:

Es el aborto sin signos clínicos que ocurre entre el momento de la implantación y la semana después de la fecha esperada de la

siguiente menstruación. Solo en casos excepcionales puede determinarse el diagnóstico seguro.

b. Amenaza de Aborto:

Se presenta cuando aparece cualquier tipo de flujo vaginal sanguinolento o sangrado vaginal, asociándose dolor en hipogastrio tipo cólico, contracciones uterinas, el orificio cervical interno está cerrado. Este cuadro se puede presentar en 20% de todos los embarazos y de este porcentaje la mitad termina en aborto espontáneo.

c. Aborto en curso:

Se divide en inminente e inevitable; otros autores lo definen como un aborto inevitable con dilatación cervical y palpación del producto en el endocérvix.

i. Aborto inminente:

Se presentan los signos y síntomas de una amenaza de aborto; en el cual la hemorragia es profusa, el cuello es blando y dilatado y las contracciones uterinas adquieren el carácter de dolores de trabajo de parto.

ii. Aborto inevitable:

Hay rotura macroscópica de las membranas en presencia dilatación cervical. El aborto se efectúa de manera natural.

d. Aborto Incompleto:

El producto ha sido parcialmente expulsado, ambos orificios están dilatados, útero blando y grande, hemorragia y dolor espasmódico.

e. Aborto Completo:

El producto de la gestación ha sido expulsado totalmente, el útero disminuye de tamaño, orificios cerrados, poca hemorragia, sin dolor.

f. Aborto Recurrente o Habitual:

Expulsión espontánea de un feto muerto o no viable en tres o más embarazos consecutivos, aproximadamente en la misma etapa de desarrollo. La probabilidad de llegar a un aborto recurrente se ha encontrado en anomalías genéticas.

g. Aborto Diferido:

La expulsión no tiene lugar después de la muerte del producto de la gestación. Diagnóstico de muerte fetal sin signos clínicos de aborto. Una de las complicaciones más temidas de este, es la aparición de coagulopatía de consumo por un proceso de coagulación intravascular diseminada, dado por el uso de sustancias trombotrópicas de origen ovular a la circulación materna.

h. Aborto Séptico:

Concomitante con infección grave del útero que origina infección generalizada. Se presenta cuando el cuadro de aborto incompleto no se soluciona adecuadamente, la sepsis por aborto está provocada por patógenos de la flora intestinal o vaginal, aunque casi siempre se asocia a aborto provocado. Hay dolor pélvico, hipersensibilidad, fiebre, secreción fétida y complicaciones como shock séptico que puede llevar a la muerte de la madre.

6. Técnicas de Aborto: (7,16,21,22,31)

a. *Envenenamiento Salino:*

Con el objeto de realizar abortos durante el segundo trimestre se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al feto. Se introduce una larga aguja a través del abdomen hasta el saco amniótico y se inyecta solución fisiológica al 20-25% o urea al 30-40%. El feto ingiere esta solución que producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia cerebral y de otros órganos. Esta solución también estimula las contracciones uterinas y la dilatación cervical.

b. *Succión:*

Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión despedaza el cuerpo del feto que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe el producto. Él que esta practicando el aborto introduce una pinza para extraer el cráneo. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

c. *Dilatación y Curetaje:*

Se dilata el cuello y luego se evacua el embarazo por raspado mecánico del contenido, por aspiración al vacío o ambos. Este procedimiento debe hacerse antes de las catorce semanas. Se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cuchilla filosa en la punta con la cual se va cortando al feto en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello del cervix. La cureta se emplea para desmembrar al feto, sacándose luego en pedazos con ayuda de fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual. La

probabilidad de complicaciones aumenta después del primer trimestre.

d. *D&X a las 32 semanas:*

Conocido también como nacimiento parcial. Después de haberse dilatado el cuello uterino durante tres días y guiándose por ultrasonido, se introducen unas pinzas las cuales sujetan las extremidades inferiores, seguido del abdomen hasta llegar a los hombros y brazos; así se extrae parcialmente el cuerpo como si fuera a nacer, salvo que la cabeza queda dentro por lo que se insertan unas tijeras que la base del cráneo y se abren para ampliar el orificio. Se inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión.

e. *Prostaglandinas:*

Provoca un parto prematuro. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo.

f. *Pastillas RU486:*

Es una píldora abortiva empleada conjuntamente con una prostaglandina que es eficiente si se emplea entre la primera y la tercera semana después de la ausencia de menstruación. Por lo que se conoce como la “Píldora del día siguiente”. El aborto se produce luego de varios días de dolorosas contracciones.

g. *Metotrexato-Misoprostol:*

Se le inyecta metotrexato a la mujer; aproximadamente cinco días después ella se introduce tabletas de misoprostol en la vagina. El embarazo termina en uno o dos días. Aunque 15 a 20% de las mujeres necesitan cuatro semanas para terminar el embarazo. 92 a 96% de las mujeres que utilizan este método tienen un aborto completo.

h. Mifepristona-Misoprostol:

La mujer ingiere una dosis de mifepristona. Pocos días después usa el misoprostol; generalmente el embarazo termina aproximadamente cuatro horas después de haber tomado el misoprostol. 96% de las mujeres tendrán un aborto completo.

7. Complicaciones: (7,27)

Las complicaciones que se pueden presentar después de un aborto son:

- Rasgadura
- Perforación
- Endometritis
- Salpingooforitis
- Peritonitis
- Septicemia
- Shock séptico

8. Prevención: (2,7,10,21,29)

La planificación familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, per se, facilita que los individuos y las parejas puedan decidir libre y responsablemente el número de hijos, cuándo tenerlos y con qué frecuencia. Además implica que los individuos durante su vida reproductiva tengan información y acceso a los métodos anticonceptivos más adecuados a sus necesidades.

Alrededor del 55% de todas las parejas utilizan actualmente algún método anticonceptivo. Por desgracia, para muchas parejas no es fácil obtener o utilizar muchos de los métodos actuales, aparte

de que todos pueden fallar a la hora de evitar un embarazo. Tales fallos pueden originar entre ocho y treinta millones de embarazos al año. Aunque no se sabe bien cómo acaban muchos de esos embarazos, cabe suponer que contribuyen en medida apreciable al total anual de abortos provocados. Otro factor que contribuye a aumentar esa cifra son los embarazos no deseados que sobreviven cuando la pareja no utiliza anticonceptivos por una u otra razón.

En nuestro país, gracias al fortalecimiento de programas de salud reproductiva, el porcentaje de mujeres en unión que no desean tener más hijos aumentó en forma sistemática y pasó del 47% en 1,987 al 58% en 1,998; también hubo un incremento en el uso de métodos de planificación familiar de 23.2% en 1,987 a 38.2% en 1,999.

En estudios con pacientes post-aborto se ha encontrado que su gran mayoría se encuentran deseosas de aceptar métodos anticonceptivos, también refieren que la mayoría de las mujeres a quienes se les ofrece anticonceptivos luego de un aborto, lo aceptan.

Dentro del marco del Plan Nacional de Reducción de la mortalidad materna, el Ministerio de Salud Pública dispuso en el año 2,000, que todos los hospitales nacionales, puestos y centros de salud, garanticen la información, promoción, provisión, y oferta de servicios de planificación familiar con criterios de calidad, lo cual impone una carga financiera considerable para el gobierno. (28)

B. MENTIRAS Y VERDADES SOBRE EL ABORTO (15,16,21)

1.-*Es inhumano no legalizar el “aborto terapéutico” que debería realizarse cuando el embarazo pone a la mujer en peligro de muerte o de un mal grave*

y *permanente*: En este caso el término terapéutico es utilizado con el fin de confundir. “terapia” significa curar y en este caso el aborto no cura nada. Actualmente, la ciencia médica garantiza que prácticamente no hay circunstancias en la cual se deba optar entre la vida de la madre o la del hijo.

2.-*Es brutal e inhumano permitir que una mujer tenga el hijo producto de una violación, por ello, para estos casos, debería legalizarse el aborto llamado “sentimental”*: En primer lugar los embarazos que siguen a una violación son extremadamente raros, por varias causas, por ejemplo, las disfunciones sexuales en los violadores; la total o temporal infertilidad de la víctima. Además de la infertilidad natural, algunas víctimas están protegidas del embarazo por lo que se ha llamado stress de infertilidad; una forma de infertilidad temporal como reacción al stress extremo. Procurar una legislación en base a una excepción en vez de una regla es totalmente irracional desde el punto de vista jurídico. Es obvio que el espantoso crimen de la violación es utilizado para sensibilizar al público a favor del aborto, al presentar al fruto inocente de una posible concepción brutal como un agresor. Es claro que la mujer ha sufrido una primera espantosa agresión, la de la violación. Presentar el aborto como una “solución” es decir que un veneno hay que combatirlo aplicando otro. El aborto no va a quitar ningún dolor físico o psicológico producido en una violación; al contrario, le va a agregar las complicaciones físicas y psíquicas que ya el aborto tiene de por sí.

3.-*Es necesario eliminar a un niño con deficiencias por que él sufrirá mucho y le ocasionará sufrimientos y gastos a los padres*: Este principio,

conocido como aborto eugenésico se basa en el falso postulado de que “los lindos y sanos” son quienes deben establecer el criterio de valor de cuándo una vida vale o no. Con ese criterio, tendríamos motivo suficiente para matar a los minusválidos ya nacidos. Por otro lado científicamente, las pruebas prenatales no tienen seguridad del 100% para determinar malformaciones o defectos. Por último, ¿Quién puede afirmar que los minusválidos no desean vivir? Una de las manifestaciones contra el aborto más impresionantes en el estado norteamericano de California fue la realizada por un numeroso grupo de minusválidos reunidos bajo un gran cartel: “Gracias mamá porque no me abortaste”. El Dr. Paul Cameron ha demostrado ante la academia de Psicólogos Americanos que no hay diferencia entre las personas normales y anormales en lo que concierne a satisfacción de la vida, actitud hacia el futuro y vulnerabilidad a la frustración.

4.-*El aborto debe ser legal porque todo niño debe ser deseado:* Este es un argumento absurdo. El “deseo” o “no deseo” no afecta en nada la dignidad y el valor intrínseco de una persona. El niño no es una cosa sobre cuyo valor puede decidir otro de acuerdo a su estado de ánimo. Por otro lado, el que una mujer no este contenta con su embarazo durante los primeros meses no indica que esta misma mujer no vaya a amar a su bebé una vez nacido.

5.-*El aborto debe ser legal porque la mujer tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo:* Pero no cuando el sentido común y la ciencia moderna reconocen que en un embarazo hay dos vidas y dos cuerpos. Mujer, según definición de diccionario, es un “ser humano femenino”. Dado que el sexo se determina cromosómicamente en la concepción,

y más o menos la mitad de los que son abortos son “seres humanos femeninos”; obviamente no toda mujer tiene derecho a controlar su propio cuerpo.

6.-Con la legalización del aborto se terminarían los abortos clandestinos: Las estadísticas en los países “desarrollados” demuestran que esto no es así. Por el contrario, la legalización del aborto lo convierte en un método que parece moralmente aceptable y por tanto, como una opción posible que no es igualmente considerada allí donde no es legal. Pero dado que la gran mayoría de abortos no son por un motivo sentimental, terapéutico o eugenésico, sino por un embarazo considerado “vergonzoso”, no es extraño que la mujer especialmente adolescente busque igualmente métodos abortivos clandestinos por la sencilla razón de que una ley, aunque quite la pena legal, no quita la vergüenza y el deseo de ocultamiento.

7.-El aborto es una operación tan sencilla como extraer una muela o las amígdalas. Casi no tiene efectos colaterales: Las cifras desmienten esta afirmación. Después de un aborto legal, aumenta la esterilidad en un 10%, los abortos espontáneos también en un 10% y los problemas emocionales suben del 9 al 59%. Además hay complicaciones si los embarazos son consecutivos y la mujer tiene el factor RH negativo. Los embarazos extrauterinos aumentan de un 0.5% a un 3.5% y los partos prematuros de un 5% a un 15%. También puede darse perforación del útero, coágulos sanguíneos en los pulmones, infección. Además, cada vez más investigaciones tienden a confirmar una importante tesis médica: que la interrupción violenta del proceso de gestación mediante el aborto afecta las células de las mamas, haciéndolas sensiblemente más propensas al cáncer.

Cito las palabras de la Madre Teresa de Calcuta, una de las más grandes mujeres que dio la naturaleza humana; que fueron publicadas en el periódico Crecer en Familia en su edición Año 1, No. 1, que agrego al final de este trabajo. Así decía la apóstol: “Las naciones que han legalizado el aborto, son realmente pobres, porque carecen del respeto por la vida, que es la base de la dignidad humana. Si una madre puede ultimar a su propio hijo en sus entrañas, que nos queda a ustedes y a mí si nos matamos unos a otros. La mayor amenaza de la actualidad contra la Paz del mundo es el grito de los niños que están muriendo en el vientre de su madre. Las naciones que ha legalizado el aborto son las más pobres. Les tienen miedo a los más pequeños que tienen que morir, porque los grandes no quieren alimentar a un niño más, educar a un niño más. El camino hacia la Paz en el mundo es simplemente aprender a respetar la dignidad de todos los seres humanos y procurarse los unos por los otros.

C. LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EN GUATEMALA (6)

Artículo 133.- (Concepto). Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 134.- (Aborto procurado). La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

Artículo 135.- (Aborto con o sin consentimiento). Quien, de propósito causare un aborto, será sancionado: 1º.-Con prisión de

uno a tres años, si la mujer lo consintiere; 2°.-Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer.

Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

Artículo 136.- (Aborto calificado). Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuados sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.

Artículo 137.- (Aborto terapéutico). No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

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

Artículo 139.- (Tentativa y aborto culposo). La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes.

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

Artículo 140.- (Agravación específica). El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.

C. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE QUICHE (12,24,26)

1. Geografía:

El territorio del departamento es sumamente quebrado y no hay volcanes.

El principal río es El Negro o Chixoy, habiendo infinidad de ríos menores. Además, están las lagunas de Lemoa y de la Estancia en Santa Cruz del Quiché, y la de San Antonio Ilotenango, El Quiché cuenta con numerosos sitios turísticos.

2. Historia:

El territorio fue habitado por el gran Reino Quiché; su capital y principal ciudad, Gumarcaj, estaba ubicada cerca de la actual cabecera departamental.

Las crónicas indígenas indican que cuando la población creció hubo necesidad de asentar nuevas poblaciones en el lugar

denominado Chi-Quix-Ché de donde proviene el nombre del departamento.

Durante el período colonial formaba parte de las provincias de Totonicapán o Güegüetenango y de Sololá o Atitán. Por medio del decreto número 72 del 12 de agosto de 1,872, se estableció el departamento de El Quiché.

3. Demografía:

Cabecera: Santa Cruz del Quiché. Altura: 2,020 m SNM. Extensión: 8,378 Kilómetros cuadrados. Feria Titular: 14 al 19 de agosto. Población: 631,785. Municipios 21, los cuales son: Santa Cruz del Quiché, Chiché, Chinique, Zacualpa, Chajul, Chichicastenango, Patzité, San Antonio Ilotenango, San Pedro Jocopilas, Cuneen, San Juan Cotzal, Joyabaj, Nebaj, San Andrés Sajcabajá, San Miguel Uspantán, Sacapulas, San Bartolomé, Jocotenango, Canillá, Chicamán, Ixcán, Pachalum.

4. Situación de Salud:

Para el año 1,999 se reportaron un total de 26,516 nacimientos. La tasa de natalidad fue de 46.11; la tasa de fecundidad fue de 206.14; número de mortinatos fue de 171; tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil: 1.94; tasa de mortalidad materna: 90.51. Se reportaron 281 casos de aborto.

Para el año 2,000 se reportaron un total de 27,375 nacimientos. La tasa de natalidad fue de 52.02; la tasa de fecundidad: 227.56; tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil: 2.53; tasa de mortalidad materna fue de 98.63. Se reportaron 284 casos de aborto.

Para el año 2,001 se reportaron 27,375 nacimientos; una tasa de natalidad de 52.02; una tasa de fecundidad de 227.56; una población

de mujeres en edad fértil de 120,300; tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil: 2.53; tasa de mortalidad materna: 90.94.

Se tiene registrado un índice de analfabetismo de 64.30%; tasa de alfabetización de 67.3(1,999).

5. Servicios de salud:

El departamento de Quiché cuenta con un Hospital Nacional llamado Santa Elena Quiché y un Centro de Salud en la cabecera departamental así como en los municipios de Joyabaj y Nebaj.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo retrospectivo.

2. Unidad de Análisis:

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto atendido en el hospital nacional del departamento de Quiché durante el período entre enero de 1,999 – mayo de 2,002.

3. Población de Estudio:

Se tomaran en cuenta todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de aborto en los últimos tres años.

4. Variables a estudiar:

Variable	Definición	Operacionalización	Unidad de Medida	Escala
Incidencia	Número de casos en un lugar y tiempo definido.	Número de abortos/número de nacidos vivos * 1,000	Porcentaje.	Numérica.
Características generales	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de ingreso.	Años reportados.	Años de vida.	Numérica.
	Escolaridad: Tiempo de estudio en un establecimiento educativo.	Años escolares terminados.	Años escolares.	Numérica.
	Ocupación: Trabajo actividad en determinado tiempo.	Dedicación principal.	Empleada domestica. Otras.	Nominal. Nominal.
	Procedencia: Área donde se lleva a cabo el nacimiento o residencia. Estado civil: Condición de	Lugar donde reside. Casada.	Municipio o Departamento. Casada.	Nominal. Nominal.

	cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Grupo étnico: Perteneciente a una nación o raza. Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Soltera. Unida. Divorciada. Viuda. Ladina. Indígena. Católica. Evangélica. Testigo de Jehová. Mormona. Otras.	Soltera. Unida. Divorciada. Viuda. Ladina. Indígena. Católica. Evangélica. Testigo de Jehová. Mormona. Otras.	Nominal. Nominal.
Antecedentes obstétricos.	Eventos ginecológicos y obstétricos ocurridos en la vida reproductiva.	Número de gestas. Número de partos. Número de abortos. Número de hijos vivos. Número de hijos muertos.	Número de gestas. Número de partos. Número de abortos. Número de hijos vivos. Número de hijos muertos.	Numérica.
Tipos de aborto.	Clasificación de un aborto de acuerdo a parámetros clínicos. Aborto provocado: es el producido intencionalmente. Espontáneo: aborto que ocurre de manera natural. Diferido: no existe expulsión del producto de la gestación después de la muerte de este. Séptico: aborto con infección grave del útero. Inevitable: estado en el cual la hemorragia vaginal es profusa y hay	Aborto Provocado. Aborto Espontáneo. Aborto Diferido. Aborto Séptico. Aborto Inevitable.	Aborto Provocado. Espontáneo. Diferido. Séptico. Inevitable.	Nominal.

	dilatación cervical ocurriendo el aborto de manera natural. Completo: Aquel en el cual todos los productos de la concepción han sido expulsados del útero e identificados. Habitual: Expulsión espontánea de un feto muerto o no viable en tres o más embarazos consecutivos.	Aborto Completo. Aborto Habitual.	Completo. Habitual.	
Tratamiento.	Son todas las acciones clínicas y farmacológicas que se dan para la resolución de un problema de salud.	Tomado de expediente clínico.	Farmacológico. Quirúrgico. Legrado.	Nominal.
Estancia Hospitalaria	Tiempo transcurrido desde el día de ingreso hasta el día de egreso que tiene una persona dentro de un hospital.	Se tomará el dato del expediente clínico.	Días y horas de estancia.	Numérica.
Complicaciones	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural o en el intento por resolver la misma. Rasgadura: lesión provocada por objeto cortante. Perforación: Acción de atravesar o perforar una parte. Endometritis:	Tomada de expediente clínico.	Rasgadura. Perforación. Endometritis.	Nominal.

	Inflamación del endometrio, causada por toxinas de bacterias. Salpingooforitis: Inflamación de un oviducto y un ovario. Peritonitis: Inflamación del peritoneo, trastorno caracterizado por exudación de suero, fibrina, células y pus hacia el peritoneo. Septicemia: Enfermedad general acompañada de presencia y persistencia de microorganismos patógenos o de sus toxinas en la sangre. Shock Séptico: Infección generalizada por microorganismos que puede producir la muerte.		Salpingooforitis. Peritonitis. Septicemia. Shock Séptico.	
--	---	--	---	--

5. Ejecución del estudio:

Se revisaran los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto y se recolectaran los datos necesarios por medio de una boleta de recolección de datos que contendrá la información que se necesita saber, la cual está establecida en los objetivos del estudio, la cual se validará.

6. Aspectos éticos y bioéticos:

Se tendrá la discreción al revisar los expedientes clínicos del hospital, tomando en cuenta que esta es una investigación de tipo descriptiva en la cual se revisarán expedientes archivados; no alterando la información encontrada en los mismos, se guardará confidencialidad en la información.

7. Plan de Análisis:

Los datos se tabularán por medio de un programa estadístico computarizado (EPIINFO Versión 6), que permita la elaboración de cuadros de doble entrada y gráficos y obtener, mediante el cruce entre variables, estadísticos de medición, tales como media, desviaciones y porcentaje.

B. RECURSOS

1. Humanos:

Esta investigación será realizada por el estudiante de medicina.

2. Materiales:

- Boletas de recolección de datos
- Lápices
- Computadora
- Sistema de computo estadístico para tabulación de datos (ENPIINFO Versión 6)

3. Económicos:

Pasaje y Hospedaje: Q 1,320.00

Fotocopia de Boleta: Q 120.00 (a 0.10 centavos cada fotocopia)

Impresión de trabajo (tinta de impresora): Q 80.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1
Tasa de Aborto por municipio en el departamento de Quiché
Entre 1,999 a mayo de 2,002

MUNICIPIO	1,999		2,000		2,001		2,002*		TASA DE ABORTO PO		
	No. Abortos	No. Nac. V.	No. Abortos	No. Nac V.	No. Abortos	No. Nac. V	No. Abortos	No. Nac. V.	1,999	2,000	2,001
Sacapulas	2	1654	8	1558	15	1697	2	1361	1.2	5.13	8.8
San Antonio Ilotenango	4	784	7	910	9	647	4	657	5.1	7.6	13.1
Patzite	0	177	2	227	5	241	0	222		8.8	20.7
Uspantan	0	1861	2	2201	3	2200	2	1618		0.9	1.1
Nebaj	0	2242	1	2444	1		0			0.4	
Cunen	0	1268	2	1214	0	1353	0	1207		1.6	
Cotzal	1	817	0	876	1		0		1.22		
Zacualpa	1	1135	5	1174	3	1100	5	1185	0.88	4.25	2.7
Pachalum	0	159	4	229	2	252	0	219		17.4	7.7
Joyobaj	0	3228	16	3014	16	3118	15	2917		5.3	5.5
San Andres Sajcabaja	3	841	1	895	1	738	1	798	3.6	1.11	1.1
Canilla	1	343	2	456	2	411	4	319	2.9	4.4	4.4
Chicaman	1	972	1	895	1	1015	1	1026	1.02	1.1	0.9
San Pedro Jocopilas	4	1068	6	1147	4	1179	2	1094	3.7	5.2	3.3
Chiche	0	986	6	950	7	971	4	840		6.3	7.7
Santa Cruz del Quiché	3	2394	45	2517	76	2513	29	2270	1.2	17.87	30.7
Chinique	0	315	5	379	5	376	0	357		13.19	13.1
San Bartolome Jocotenango	0	427	1	402	2	492	3	430		2.5	4.4
Chupol	0	1546	0	1513	0	1886	0	1711			
Chichicastenango	5	2370	24	2187	42	2362	16	2477	2.1	10.9	17.4
Chajul	0	1133	1	1328	2		1			0.7	

* Datos a mayo de 2,002

Cuadro No.2
Edad y Estado Civil de Pacientes reportadas con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

EDAD	NUMERO DE CASOS	CASADA	UNIDA	SOLTERA
10 a 14	1	0	0	1
15 a 19	92	40	49	3
20 a 24	129	48	77	4
25 a 29	43	24	19	0
30 a 34	89	61	20	8
35 a 39	63	38	25	0
40 a 44	31	24	7	0
45 a 49	2	1	1	0
No dato	2	0	2	0
TOTAL	452	236	200	16
Porcentaje	100	52.21	44.24	3.53

Fuete: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 3
Grupo Etnico Reportado en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDIGENA	239	57.87
LADINA	200	44.24
NO DATO	13	2.87
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 4
Religión Reportada en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	304	67.25
EVANGELICA	89	19.69
COSTUMBRE	12	2.65
SAJOIN	9	1.99
NO DATO	38	8.4
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 5
Edad y Escolaridad Reportada de las Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

EDAD	NUMERO DE CASOS	ALFABETA	ANALFABETA	NO DATO
10 a 14	1	0	0	1
15 a 19	92	17	33	42
20 a 24	129	51	43	35
25 a 29	43	8	4	31
30 a 34	89	16	18	55
35 a 39	63	2	6	55
40 a 44	31	2	1	28
45 a 49	2	0	2	0
No dato	2	0	2	0
TOTAL	452	96	109	247
Porcentaje	100	21.2	24.1	54.6

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 6
Edad y Ocupación Reportada de Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

EDAD	NUMERO DE CASOS	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	ENFERMERA	MAESTRA	PERITO CONTADOR
10 a 14	1	1	0	0	0	0
15 a 19	92	90	2	0	0	0
20 a 24	129	11	9	0	9	0
25 a 29	43	42	0	0	0	1
30 a 34	89	84	1	1	3	0
35 a 39	63	62	0	0	1	0
40 a 44	31	31	0	0	0	0
45 a 49	2	2	0	0	0	0
No dato	2	2	0	0	0	0
TOTAL	452	425	12	1	13	1
Porcentaje	100	94	2.43	0.44	2.87	0.22

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 7
Procedencia Reportada de Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANTA CRUZ DEL QUICHE	155	34.29
CHICHICASTENANGO	87	19.24
JOYABAJ	47	10.39
SACAPULAS	27	5.97
SAN ANTONIO ILOTENANGO	24	5.31
CHICHE	17	3.76
SAN PEDRO JOCOPILAS	16	3.53
ZACUALPA	14	3.09
CHINIQUE	10	2.21
CANILLA	9	1.99
PATZITE	7	1.54
USPANTAN	7	1.54
SAN ANDRES SAJCABAJA	6	1.32
SAN BARTOLOME JOCOTENANGO	6	1.32
PACHALUM	6	1.32
CHAJUL	4	0.88
CHICAMAN	4	0.88
NEBAJ	2	0.44
CUNEN	2	0.44
COTZAL	2	0.44
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 8
Número de Gestas Reportadas de Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

NUMERO DE GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	69	15.26
1	84	18.58
2	42	9.29
3	56	12.38
4	66	14.6
6	55	12.16
8	14	3.1
10	14	3.1
12	12	2.65
NO DATO	40	8.84
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 9
Número de Partos Reportados en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

NUMERO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	97	21.46
1	77	17.03
2	49	10.84
3	53	11.72
4	26	5.75
5	23	5.08
6	37	8.18
7	30	6.63
8	6	1.32
9	11	2.43
12	1	0.22
13	1	0.22
14	1	0.22
NO DATO	40	8.84
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 10
Número de Abortos Reportados en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

NUMERO DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	236	52.21
1	141	31.19
2	12	2.65
3	23	5.08
NO DATO	40	8.84
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 11
Número de Cesáreas Reportadas en Pacientes con Diagnóstico de
Aborto

Entre 1,999 a mayo de 2,002

Hospital Nacional de Quiché

NUMERO DE CESAREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	362	80.08
1	2	0.44
NO DATO	88	19.46
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 12
Número de Hijos Nacidos Vivos Reportados de Pacientes con Diagnóstico de
Aborto

Entre 1,999 a mayo de 2,002

Hospital Nacional de Quiché

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	48	10.62
1	78	17.25
2	48	10.62
3	53	11.72
4	28	6.19
5	32	7.07
6	28	6.19
7	29	6.41
8	5	1.11
9	11	2.43
12	1	0.22
13	1	0.22
14	1	0.22
NO DATO	89	19.69
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 13
Número de Hijos Nacidos Muertos Reportados en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002

NUMERO DE HIJOS NACIDOS MUERTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	358	79.2
1	2	0.44
2	1	0.22
3	1	0.22
4	1	0.22
NO DATO	89	19.69
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 14
Edad Gestacional Reportada en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 a 11	132	29.2
12 a 20	241	53.31
21 a 28	15	3.32
NO DATO	64	14.16
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 15
Tipo de Aborto Reportado en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCOMPLETO	294	65.04
DIFERIDO	41	9.1
COMPLETO	33	7.31
SEPTICO	33	7.31
INEVITABLE	25	5.53
ESPONTANEO	9	1.99
MOLAR	4	0.88
PROVOCADO	1	0.22
NO DATO	12	2.65
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 16
Estancia Hospitalaria Reportada en Pacientes con Diagnóstico de Aborto
Entre 1,999 a mayo de 2,002
Hospital Nacional de Quiché

ESTANCIA HOSPITALARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 24 HORAS	59	13
1 DIA	144	32
2 DIAS	112	25
3 DIAS	68	15
4 DIAS	52	11.5
5 DIAS	2	0.44
MAYOR DE 6 DIAS	15	3.32
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Tipo de Aborto y Tratamiento Reportado en Pacientes con Diagnóstico de Aborto

Entre 1,999 a mayo de 2,002

Hospital Nacional de Quiché

TIPO DE ABORTO	CASOS	ANTIBIOTICO	REPO. L/E	TRANFUSION	ANALGESICO	SEDANTE	FENOBARBITAL
INCOMPLETO	294	215	294	41	75	1	23
DIFERIDO	41	11	41	0	31	0	19
COMPLETO	33	15	29	1	18	0	9
SEPTICO	33	22	33	5	22	0	0
INEVITABLE	25	19	25	2	19	0	11
ESPONTANEO	9	8	9	0	0	0	9
MOLAR	4	4	4	3	1	0	1
PROVOCADO	1	1	1	1	1	0	0
NO DATO	12	2	8	0	2	0	0
TOTAL	452	294	444	53	169	1	72
PORCENTAJE	100	65	98	12	37.3	0.22	16

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 18

Tratamiento Quirúrgico Reportado en Pacientes con Diagnóstico de Aborto

Entre 1,999 a mayo de 2,002

Hospital Nacional de Quiché

TRATAMIENTO QUIRURGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEGRADO INTRAUTERINO	427	94
NO DATO	25	5.53
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 19

Complicación Reportada en Pacientes con Diagnóstico de Aborto

Entre 1,999 a mayo de 2,002

Hospital Nacional de Quiché

COMPLICACION Y TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	411	90.92
SI: ENDOMETRITIS	16	3.53
NO DATO	25	5.53
TOTAL	452	100

Fuente: Expedientes Clínicos

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El cuadro No. 1 presenta el número de abortos reportados por municipio, así como el número de nacidos vivos por año. Reportándose para el año 2,000 cinco casos por 1,000 nacidos vivos y para el año 2,001 nueve casos por 1,000 nacidos vivos; no pudiéndose establecer este dato para el año 1,999 ya que sólo se obtuvo reporte de tres meses y del año 2,002 de cinco meses. Estos datos en comparación con lo reportado por el ministerio de salud (10 y 11 casos por 1,000 nacidos vivos) en el departamento de Quiché para los mismos años (24,26), refleja que existe un subregistro de la información.

Los municipios con más casos reportados fueron: Santa Cruz del Quiché con 155 casos seguido de Chichicastenango con 87 casos y el tercer municipio con más reportes de casos de aborto fue Joyabaj con 47 casos. Esto es debido a que los tres municipios mencionados son los que tienen más acceso a los servicios de salud, en este caso al hospital nacional. (ver cuadro # 7)

En cuanto a las características generales se observa que de los 452 casos reportados de aborto, 222 (49%) de las pacientes eran menores de 24 años; se estima que una de las causas puede deberse al poco espaciamiento de los embarazos unido a una deficiente nutrición, hábitos de higiene y falta de atención médica adecuada (5,7,31,32). El grupo que le sigue se encuentra entre 30 a 34 años, 89 pacientes (20%). De los casos reportados el 52% eran casadas presentando el mayor número de estas entre las edades de 30 a 34

años; 44% reportaban ser unidas encontrándose más en las edades de 20 a 24 años con 77 casos y un 3% fue reportado como solteras; las cuales se encontraban entre los 30 a 34 años. Como se puede observar solo 16 casos reportaron ser solteras. (ver cuadro #2)

Con relación al grupo étnico se obtuvo información que el 53% de las pacientes que consultaron por aborto fueron reportadas como indígenas; 200 casos como ladinas y en 13 casos no fue reportado dicho dato. No se pudo determinar el grupo étnico ya que ninguno de los expedientes clínicos revisados informaba a que grupo pertenecían. (ver cuadro # 3)

En cuanto a la religión, en el 67% (304 casos) fue reportado que profesaba la católica y 20% la evangélica; solo 5% reporto practicar alguna religión propia de su etnia. Se observa que en la mayoría de los casos las pacientes reportaban ser católicas, esto demuestra que es esta religión la que sigue predominando en la mayoría de la población de este departamento. (12) Se determina que el 92% profesaba alguna religión. Esto es importante conocerlo, ya que orienta para elaboración de estrategias al iniciar la consejería de planificación familiar post aborto que necesita la paciente.(25) (ver cuadro #4)

Referente a la escolaridad 96 casos fueron reportados como alfabetas, de los cuales 51 formaban el grupo de edad de 20 a 24; el 24% fue reportado como analfabetas y el 54% de los expedientes no tenía reportado este dato. La escolaridad no pudo ser determinada ya que en ningún expediente referían a que grado de escolaridad habían llegado las pacientes que fueron reportadas como alfabetas. (ver cuadro # 5)

El 94% de los casos reportados referían ser amas de casa de los cuales el 24% estaban comprendidas entre los 20 a 24 años de edad. En cuanto a los otros tipos de ocupación encontrados en los expedientes, estos se refieren a ocupaciones de oficina. Esto es importante conocerlo ya que permite determinar las actividades que realiza la paciente, y así poder evaluar las causas que pueden provocar un aborto y con ello crear estrategias al momento de realizar la consejería post aborto en las mismas, así como a su pareja para evitar en un futuro más casos.(ver cuadro # 6)

De los expedientes revisados únicamente el 15% de las pacientes reportó ser primigesta. Se obtuvo que el 47.8% había tenido 3 o más embarazos; solo el 22% de los casos no había tenido parto anteriormente. (ver cuadros # 8 y 9)

De los expedientes revisados el 38.7% ya había tenido por lo menos un aborto. De estas el 31% lo habían tenido solo una vez y el 23% tres veces. Esto nos lleva a mencionar los factores de riesgo que pueden provocar el aborto, como el corto espaciamiento entre los embarazos, las deficiencias nutricionales, así como el desconocimiento de la mujer de lo arriesgado que es embarazarse de una forma temprana luego de haber sufrido una pérdida. (7) (ver cuadro # 10)

Entre las historias clínicas revisadas sólo se reportó dos casos de parto por cesárea, haciendo énfasis que en 19 expedientes no fue reportado dicha información. (ver cuadro # 11)

En el 10.6% de los expedientes revisados, las pacientes no habían tenido parto con hijos nacidos vivos, los cuales pueden estar comprendidos entre las pacientes que no han estado embarazadas,

han tenido hijos muertos y no han tenido un aborto anterior ; lo que demuestra que esta región ha estado postergada en cuanto a estrategias por parte del Ministerio de Salud para capacitación y divulgación de los métodos de planificación familiar. En relación a partos anteriores con hijos nacidos muertos tan solo el 1% fue reportado como tal; lo que corresponde a 5 casos de los 452. Esto pudo haber sido debido a causas como el sufrimiento fetal, estrechez, torsión y circulares del cordón(7) por lo que es necesario que se tenga una atención hospitalaria. (ver cuadros # 12 y 13)

La edad gestacional más frecuentemente reportada correspondió a la comprendida entre las 12 y 20 semanas (53%), lo cual confirma que el aborto es más frecuente en el primer trimestre del embarazo (7). El 29.2% fue reportado entre las 3 y 11 semanas. (ver cuadro # 14)

El tipo de aborto más frecuentemente reportado fue el incompleto (65%) , aunque la mayoría de los abortos son de este tipo, no se puede determinar cuantos de estos fueron provocados o espontáneos pues solo se tiene la información que la paciente refiere. El segundo tipo reportado con mayor frecuencia fue el diferido (41 casos). Solamente en 12 casos no fue reportado el tipo de aborto que presentaba la paciente. (ver cuadro # 15)

La estancia hospitalaria de los casos reportados fue en un 13% menor de 24 horas; 32% de 1 día; 25% de 2 días; 15% de 3 días; 11.5% de 4 días y solo un 4% permaneció más de 6 días. Se obtuvo información de un caso en el cual la paciente permaneció 15 días pero no se estableció la causa de su estancia. Los casos que estuvieron más de un día se debieron a la escasez de sala de

operaciones para realizar el legrado intrauterino, por lo que se posponía hasta disponibilidad de la misma. Los casos reportados con más de 6 días fueron aquellos que presentaron complicación, la cual fue reportada como endometritis en 16 casos, los cuales requirieron de antibióticos y más días de hospitalización para observación de la evolución. La estancia hospitalaria más prolongada (más de 3 días) fue para el aborto inevitable y el aborto séptico esto debido al tratamiento brindado como antibiótico para lo cual era necesario observar la evolución de la paciente.(ver cuadro # 16, 19 y 20)

El tratamiento más frecuentemente reportado (98%) fue la reposición de líquidos y electrolitos; en un 65% de los casos fue utilizado antibiótico (215 casos de aborto incompleto y en 19 casos de aborto inevitable). Se reportó que en 37% de los casos se utilizó analgésico, de los cuales 75 casos fueron para pacientes que presentaban aborto incompleto. Se obtuvo información que en 53 casos hubo necesidad de transfusión ya que al realizarle los laboratorios pre-operatorios estos reportaban algún grado de anemia, por lo que el médico anestesiólogo sugería transfundir antes de realizar el legrado intrauterino, lo que contribuía también a extender la estancia hospitalaria. El tratamiento brindado fue determinado para prevenir hipovolemia por las pérdidas sanguíneas, así como infecciones por la manipulación que se realiza al momento de hacer el legrado, el cual fue efectuado en el 94% de los casos; en un 5.5% no fue informado si se realizó. (ver cuadros # 17 y 18)

En relación al tipo de aborto y complicación encontrada, se estableció que de los 16 casos reportados el 75% de ellos, se encontró en el aborto incompleto, un caso en aborto completo y un caso en aborto provocado. En dos expedientes clínicos que reportaron endometritis no establecieron que tipo de aborto presentaba.

Como se sabe la endometritis es una inflamación del endometrio que puede ser causada por las toxinas de bacterias (8); esta puede ser debida a consecuencia del tiempo transcurrido antes de consultar al hospital o al realizar un mal examen ginecológico como hacer tacto vaginal por varias personas con medidas higiénicas inadecuadas. (7)

IX. CONCLUSIONES

1. La incidencia de aborto en el Departamento de Quiché fue de 5 y 9 casos por 1,000 nacidos vivos para los años 2,000 y 2,001 respectivamente.
2. Los expedientes revisados (452) reportaron que el 49% de las pacientes era menor de 24 años; el 53% indígena; el 52% casada; el 67% católica; el 21% alfabeto, el 54% no reportaba sobre escolaridad; 94% ama de casa y el 34% provenía de la cabecera departamental.
3. En el 15% de los casos reportados las pacientes eran primigestas; 48% había tenido 3 o más embarazos y el 31% ya había tenido por lo menos un aborto.
4. En el 84% de los casos la estancia hospitalaria fue mayor de 24 horas; 32% correspondió a un día de hospitalización.
5. El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto con 65%; seguido del diferido con 9%.
6. El tratamiento más reportado fue la reposición de líquidos y electrolitos con 98% ; 65% antibiótico y en 94% se le realizó legrado instrumental intrauterino.
7. En 16 casos se reportó endometritis como complicación la cual fue tratada con antibiótico.

X. RECOMENDACIONES

1. Establecer programas de consejería o planificación familiar a pacientes post aborto durante su estancia hospitalaria, a fin de disminuir la incidencia de casos, para beneficiar a la mujer y disminuir gastos hospitalarios.
2. Que el Ministerio de Salud elabore un sistema de recolección de información, con calidad en los datos rutinarios de pacientes con diagnóstico de aborto, con el propósito de llevar seguimiento de estas, dando énfasis en las pacientes que han presentado más de un aborto , para prevenir más casos.
3. Implementar programas educativos a las comunidades, dando a conocer la importancia de la planificación familiar así como del control prenatal; avocandose más a las comadronas ya que son ellas las que tienen más contacto con las mujeres de la región.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la caracterización epidemiológica del aborto realizado durante el mes de junio de 2002 en el hospital nacional de el departamento de Quiché, para lo cual se revisaron expedientes clínicos con diagnóstico de aborto de pacientes atendidas durante el período comprendido del 1 de enero de 1999 al 31 de mayo de 2002; obteniéndose un total de 452 expedientes. Se observó una tasa de aborto de 5 y 9 casos por 1,000 nacidos vivos en los años 2,000 y 2,001.

Se determinó que el tipo de aborto más reportado fue el incompleto; la edad más frecuente fue de 20 a 24 años; la religión prevaleciente fue la católica; la ocupación “ama de casa”; el estado civil la unión de hecho; la procedencia la cabecera departamental. Veintitrés pacientes habían experimentado tres abortos anteriores. La única complicación reportada fue la endometritis.

Se recomienda la implementación de programas de planificación familiar a las pacientes post aborto aprovechando la estancia hospitalaria de las mismas.

XII. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

1. Altamirano, Ligia. Descorriendo el velo: opinión de mujer acerca del aborto inducido ilegalmente. REVCOG. 1995 Enero; 5(1): 13-18.
2. Barnett, Bárbara. Mejores servicios pueden reducir riesgos de aborto. Network en español. Family Health Internacioal. USA 2,000; 20(3): 16-20.
3. Barron Vallejo, Jesús. et al. Algoritmo diagnóstico en el aborto recurrente. Conceptos actuales. REVCOG. 1,9996; 6(2): 58-59.
4. Carvalho Islene. Aborto: de la necesidad al derecho. Revista Mujer Salud. Red de la salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe, 1,996; 26(2): 3-12.
5. Cascante E., José Francisco. et al. Morbilidad materna en Centroamérica: el aborto. REVCOG. 1,995; 5(1): 8-12.
6. Código Penal. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. 1995. 83p.
7. Cunningham F. Gary. et al. Aborto. En su: Williams Obstetricia 20 ed. Argentina: Panamericana, 1,998. 1352 P pp. 543-563.
8. Dorland. et al. Aborto. En su: Diccionario Enciclopédico de Medicina. 26ava. ed. México: Interamericana, 1,986. 1711 P.
9. Eskenazi, Brenda. et al. Caffeine Fitering the facts. N Engl J Med 1,999, Nov. 25:341(22): 1688-1689.
10. Farfán B. et al. Información y consejería en Planificación Familiar post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centroamérica. REVCOG. 1,997; 7(2): 46-56.

11. Fonseca Walter. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade de regioao nordeste do Brasil. Revista Saúde Pública. 1,996; 30(1): 13-18.
12. Geografía Visualizada de Guatemala: Piedra Santa. Guatemala 1,995. 48P.
13. Grajales L., Biverly. et al. El costo estimado al aborto en la Maternidad María Cantera de Remón. 1,990. REVCOG 1,997; 7(1): 33-37.
14. Gutiérrez Castañeda. et al. Pérdida gestacional recurrente:¿un problema multifactorial? Ginecología y Obstetricia de México 1,999; 67(4): 158-163.
15. <http://www.accioncatolica.cjb.net/reflesem.htm>
16. <http://www.aciprensa.com/aborto.tm>
17. http://www.cristiandad.org/próvida/hist_aborto.htm
18. <http://www.emedicine.com/emerg/topic10.htm>
19. http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altorie.../aborto_recurrente.htm
20. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/aborto.htm>
21. <http://www.monografías.aborto.com>
22. <http://www.plannedparenthood.org/español/comoaborto.htm>
23. <http://www.vidahumana.org/temas/abortocancer.htm>
24. Indicadores Básicos de Salud. Memoria Anual. Área de Salud, Quiché. 1,999.
25. López García, Raúl. El aborto como problema de salud pública en Elu, M.C y A. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México

- D.F. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México. 1,994. pp. 85-90.
26. Memoria Anual, Departamento de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica. Indicadores Básicos de situación de salud. Guatemala. 2,000.
27. Organización Panamericana de la Salud. Complicaciones del Aborto. Directrices técnicas y Gestoriales de Prevención y Tratamiento. Ginebra: 1,995. pp. 41-49.
28. Olivarez 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. 1,998. pp. 7-13.
29. Pacheco Chajón, Otto Fernando. Caracterización Epidemiológica del Aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2,001. 60 P.
30. Roberta B, Ness. et al. Cocaine and Tobacco use and the risk of spontaneous abortion. N Engl J Med 1,999. Feb. 4:340(5):333-338.
31. Sophie Cristian Maitre. et al. Medical Termination of Pregnancy. N Engl J Med 2,000. March 30:342(13): 946-954.
32. Universidad Externado de Colombia-centro de investigaciones sobre dinámica social. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. Ponencia presentada al Encuentro de investigaciones sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Colombia: 1,994. 20 P.

XIII. ANEXOS

Responsable: _____

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

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

CARACTERISTICAS GENERALES

1. Edad ☐☐ años

2. Grupo étnico: _____

3. Estado civil:

Casada
Soltera
Unida
Divorciada
Viuda

4. Religión:

Católica
Evangélica
Testigo de Jehová
Mormona
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:

Ama de casa
Estudiante
Agricultora
Profesional
Comerciante
Otro: _____

7. Municipio de procedencia: _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

8. No. de Gestas ☐☐
9. No. de partos ☐☐
10. No. de abortos ☐☐
11. No. de cesareas ☐☐
12. No. de hijos nacidos vivos ☐☐
13. No. de hijos nacidos muertos ☐☐

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

ABORTO

14. Edad gestacional ☐☐ semanas

15. Tipo de aborto:

Provocado
Espontáneo
Diferido
Séptico
Inevitable
Completo
Incompleto
Habitual
Molar

18. ¿Hubo complicaciones?
SI
NO

19. Complicaciones del aborto registrada:

☐ Rasgaduras
☐ Perforación
☐ Endometritis
☐ Salpingooforitis
☐ Peritonitis
☐ Septicemia
☐ Shock séptico
☐ No dato

16. Estancia hospitalaria:

No. días ☐☐
No. horas ☐☐

17. Tratamiento:

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

☐ Quirúrgico

☐ Legrado:
LIU

20. Tratamiento de las complicaciones:

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

Cuales: _____