

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

**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITALES NACIONALES DE SAN MARCOS 1999-2001**

YOJANA LISETH SÁNCHEZ FUENTES

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, JULIO DE 2,002

REVISOR: Dra. MAGDA VELÁSQUEZ
ASESOR: Dr. MARIO ENRIQUE PRADO QUINTANILLA.

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO
HOSPITALES NACIONALES DE SAN MARCOS
1999-2001.**

INDICE

TITULO	No PAGINA
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....	6
VI. METODOLOGÍA	24
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	31
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	43
IX. CONCLUSIONES	47
X. RECOMENDACIONES.....	48
XI. RESUMEN	49
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	50
XIII. ANEXOS.....	53

I. INTRODUCCION

En países subdesarrollados como el nuestro, el problema de aborto es grave, ya que se provocan una gran cantidad de abortos, los cuales son realizados en la mayoría de los casos por personas sin conocimiento médico y en condiciones sépticas (31).

El aborto es el método más antiguo para evitar el embarazo, constituyéndose en un problema que se ha presentado durante siglos como una polémica muy discutida y en el cual intervienen factores sociales, emocionales, morales y educativos que en nuestro medio afectan directa o indirectamente a nuestra sociedad (9).

El presente trabajo es un estudio Retrospectivo-Descriptivo que tiene como objetivo describir la caracterización epidemiológica del aborto en los hospitales nacionales del departamento de San Marcos, basado en los datos recolectados y analizados de 2,235 historias clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico clínico de aborto, durante el período del 01 de Enero de 1,999 al 31 de Diciembre del año 2,001.

Los resultados señalan que el aborto incompleto se presentó con mayor frecuencia con un 90.11%, seguido del aborto séptico con 5.37%. El 42.42% de los abortos atendidos ocurrieron entre las 9 y 13 semanas de edad gestacional.

Los resultados obtenidos señalan que la tasa de aborto en el Departamento de San Marcos durante el período de estudio fue de 40.80 por mil nacidos vivos, en cuanto a la tasa de aborto por municipio de procedencia se encontró que el municipio de Catarina tiene la tasa mas elevada , seguida de la tasa general del departamento de San Marcos con un 78.62% por mil nacidos vivos.

El grupo etareo que se presentó en mayor frecuencia está comprendido entre 20-24 años (24.92%); el 46.89% de las pacientes se encontraba casada, el 3.22% de historias clínicas no tenían anotado el estado civil. El 66.4% de las pacientes eran Ama de Casa.

Entre los antecedentes Gineco-Obstétricos el 22.46% de las pacientes tenían más de cinco gestas , y un 20.94% tenían 2-4 gestas, solamente el 1.92% de las pacientes no tenían antecedentes de gestaciones anteriores.

A un 99.42% de las pacientes se les realizó legrado tipo LIU, el 0.58% de las pacientes no se les realizó legrado ya que fue el número de abortos que se reportaron completos.

Al 100% de las pacientes se les brindo tratamiento farmacológico , de los cuales el mas brindado fue la reposición de líquidos y electrolitos , seguido de antibióticos 25.06% y analgésicos 19.37%.

Se reportaron 0.04% de complicaciones, siendo la perforación la única complicación presentada, el promedio de estancia hospitalaria en días fue de 1.84 días.

Se recomienda intensificar programas de planificación familiar y prestación de servicios consecuentes en beneficio a la salud materno-infantil y de la economía de los hospitales. Realizar una buena anamnesis por parte del médico, así como campañas de educación en salud, principalmente a los lugares que se encuentran mas aledaños a los hospitales.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El aborto se define como toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado o viable para sobrevivir fuera del vientre materno, con expulsión del huevo y membranas (7,16,21,31). Feto menor de 500 gramos (1 libra y 2 onzas) (14).

La OMS indican que al año mueren medio millón de mujeres en el mundo debido a la falta de cuidado médico adecuado durante el embarazo o el parto y por las complicaciones de aborto (18).

El aborto es un problema social y de salud pública que constituye la causa más frecuente de mortalidad en mujeres de edad reproductiva, en países subdesarrollados es la causa de una de cada tres o cuatro muertes maternas (7,31).

Según estimación realizada en el año de 1991, en todo el mundo se producen aproximadamente 44 millones de abortos por año, en América del norte, Europa y Asia la mayoría son realizados legalmente, y en el resto del mundo se practican clandestinamente 15 millones y alrededor de 4 millones en América latina (9,13).

Los motivos que influyen para que suceda un aborto son diversos, las complicaciones variadas y los factores predisponentes se dividen en tres grandes grupos ovulares, maternos y traumáticos (3,4,7).

En el Departamento de San Marcos se pudo constatar que una de las principales causas de morbilidad materna a nivel hospitalario en el año 2,001 se debe al aborto, con una frecuencia de 484 y un porcentaje de 61.58 (5). Para el año 2000 el aborto ocupó la cuarta causa de mortalidad materna (19,24).

En nuestro medio no existen datos actualizados sobre la caracterización del aborto, encontrándose informaciones que ofrecen ideas parciales sobre el problema (27).

El presente estudio tiene como finalidad determinar la incidencia del aborto y contar con datos fidedignos de la situación actual en que se encuentra dicho departamento, tomando como referencia el expediente clínico de las pacientes.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo es una problemática que concierne a todas las mujeres a nivel mundial (1).

En un estudio realizado por APROFAM, presentado en 1981 se reportaron 2,908 casos de abortos atendidos en 7 hospitales de la república, de los cuales el 92.7% correspondían a abortos espontáneos y el 6.8% a abortos ilegales, así como el 15% correspondían a mujeres menores de 20 años (31).

Se estima que uno de cada 4 ó 5 embarazos reconocidos clínicamente, presentan en alguna etapa del embarazo dentro de las primeras 20 semanas , hemorragia vaginal, de los cuales aproximadamente el 15% abortan espontáneamente, por lo que se considera un problema complejo y desalentador, cuyas causa y consecuencias son difíciles de determinar con exactitud (17,21).

La OMS estima que anualmente se llevan a cabo 4.620.000 abortos realizados en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe, dando a la región la más alta tasa de aborto en el mundo. Se calcula que por cada 1,000 mujeres entre 15 y 49 años de edad se practican 41 abortos bajo condiciones de riesgo en América Latina (en comparación con 15 por cada 1000 en todo el mundo) (26,28).

Al Hospital Nacional de San Marcos acuden con frecuencia pacientes con cuadro clínico compatible con aborto, pero no hay estudios relacionados con estos casos.

IV. OBJETIVOS

A. General:

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Nacional de San Marcos.

B. Específicos:

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

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. ABORTO

1. Definición:

El aborto se define como toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el feto este lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno (7,16,21,31). El comité de términos médicos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia denomina aborto a la expulsión del producto de la concepción cuando pesa menos de 500 gramos (7,14).

En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de la 28ava. semana de gestación (14).

2. Historia:

El aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y la aceptación o repudio del aborto provocado, dependen de las ideas generales, sociales, éticas y legales de la sociedad que se trate (4,15,12,).

La palabra aborto deriva del término latino: ab, privativo, ortus, nacimiento,(30,33,35).

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos, encontrándose en el trabajo médico más antiguo de la China, que data del año 2692 A. De C., que se utilizaba el mercurio como sustancia abortiva (8,15,16).

Parece que muchas sociedades primitivas consideraban el aborto desde varias perspectivas (3,13,15). Las condiciones aceptables para inducir al aborto oscilaban desde el miedo al alumbramiento, hasta el embarazo como consecuencia del raptó o la maternidad impura. Evidentemente el aborto fue sancionado en aras de mantener el equilibrio de la sociedad. De modo gradual las razones sociales abrieron camino a las indicaciones médicas, que hicieron aceptable el aborto cuando el feto produjese una enfermedad en la madre o agravase ésta; la tecnología médica introdujo nuevos problemas, y las indicaciones médicas para el aborto se fueron limitando a algunos casos graves de enfermedades, y al mismo tiempo, el aborto provocado se hizo un procedimiento más seguro (3,36).

El aborto ha sido practicado desde que empezó a organizarse la sociedad. Una revisión histórica revela que las leyes sobre el aborto han sido promulgadas con el propósito esencial de preservar la estructura de la sociedad. El feto fue considerado como algo que no tenía derecho, y que podía amenazar algunos valores sociales definidos (34).

Los antiguos griegos creían que el feto no tenía alma. Platón menciona el incesto y la excesiva edad de los padres como indicadores del aborto. Se establecía que si el incesto había sido consumado, debían prescribirse “órdenes estrictas” para prevenir que el embrión saliera a la luz. Aristóteles sugirió incluso que el aborto debía practicarse cuando se tenía ya una cantidad razonable de hijos (3,14,15).

Las referencias de la Biblia son generalmente condenatorias contra el aborto según el Antiguo Testamento, 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 juzgaran los jueces. Más si hubiese muerte entonces pagarán vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe”. Esta norma permaneció hasta la inmigración de los judíos a Egipto y cuando estuvieron bajo la influencia de la cultura griega y romana (3,15,34).

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 (11).

En Guatemala está legislado el tema del 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 (10)

3. El aborto como problema social:

Sería bastante difícil desligar el aborto de la situación social que actualmente vivimos, por lo mismo, resulta igualmente difícil determinar las circunstancias bajo las cuales se sucede el aborto, trataremos por tanto de ubicar las causas del mismo en tres aspectos:

- a) Causas Socioeconómicas: la precaria situación económica que existe actualmente, desempleo y bajos ingresos.
- b) Causas Sociales: irresponsabilidad paterna, alcoholismo, la desintegración familiar, madres solteras.
- c) Causas Educativas: Ignorancia, analfabetismo, desconocimiento o falta de educación sexual (12,27).

Como puede verse, este es un problema complejo cuyas causas y consecuencias son difíciles de determinar con exactitud, sabiendo que en nuestro medio el aborto provocado es la expresión de un fenómeno social

cuyas raíces son muy profundas y que además se presentan con frecuencia, aunque es imposible precisar el verdadero incremento del aborto, debido especialmente el interés que tiene en callarlo quien lo ha cometido (6,12).

Por esta razón solo llegan a los tribunales de justicia, aquellos abortos mal realizado que ponen en peligro la vida de las mujeres y que atacan gravemente su salud (12).

Es bien conocido que la clandestinidad del aborto es causa de enfermedades que incluso pueden llevar a la muerte, ya que los abortos se practican sin las garantías de asepsia mínima , aumentándose con ello el riesgo de complicaciones (18).

4. Impacto del aborto

a) Sobre la Salud Pública

La situación del aborto no es nada diferente para Guatemala, más del 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia son por complicaciones del aborto y de acuerdo al “Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala, 1989” las complicaciones del aborto son la segunda causa de muerte (24%) después de las hemorragias (39%), seguidas por la sepsis (18%), la toxemia (14%) y otras complicaciones (18).

La pérdida del embarazo en sus etapas tempranas, tiene connotaciones muy importante desde el punto de vista personal, familiar y de la comunidad, ya que genera no sólo una condición de duelo en la mujer, sino que además, puede ser la causa de complicaciones graves que comprometan la función reproductora e incluso determinar la muerte materna con una estela de problemas que impactan profundamente en la familia y en la sociedad (22).

El aborto impone una carga económica considerable sobre los servicios hospitalarios, dado que en Latinoamérica la incidencia de aborto es alta. Un estudio realizado en países latinoamericanos estima que los abortos espontáneos constituyen entre 15% y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones (28).

Es una experiencia traumática para la mujer, aun en el mejor de los casos, y es injusto que a este trauma inicial se agreguen otros por la pésima manera como muchas veces se resuelve el problema médico en nuestro medio, en donde las complicaciones previsibles ocurren más frecuentemente de lo esperado (22).

El aborto complicado o no, representa una carga financiera para los servicios de salud de cualquier país (17,22).

En la década del 70, el MSP de Bolivia, estimó que, el tratamiento de las complicaciones del aborto representaba mas del 60% de los gastos de obstetricia y ginecología de ese país (17).

Un estudio reciente realizado en México, las causas que se aducen más frecuentemente como determinantes para la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo revelan que el motivo en el (76%) de los casos se relaciona con bajos recursos económicos, en el (70%) tiene que ver con el tamaño excesivo de la familia y en el (68%) involucra un nivel educativo pobre (22).

b) Impacto sobre la Mujer:

La mujer Guatemalteca no escapa del problema, ya que vive en el país con la mayor tasa de mortalidad materna de Latinoamérica y donde el aborto es la causa primordial de muerte materna (4,24).

El aborto es un hecho traumático, en mayor o menor medida, para las mujeres que lo experimentan, sean cuales hayan sido las circunstancias bajo las cuales se hayan producido (29).

El nivel socioeconómico puede influir en el acceso al aborto, en cuyo caso sólo las relativamente ricas podrán abortar con garantías de seguridad, sobre todo en los países con legislación restrictiva (28).

Un importante factor en esta prestación, se debe al costo del aborto para la mujer. En Inglaterra y Gales, por ejemplo el National Health Service sólo facilita gratuitamente el (50%) de los abortos (28).

Un estudio del gobierno de Finlandia de 1997, resalta los siguientes datos: las mujeres que han pasado por un aborto tienen 4 veces más posibilidades de morir que las mujeres que no lo han sufrido. Las mujeres que han llevado a término su embarazo, tienen la mitad de riesgo de muerte que las que no han tenido un embarazo (30).

En nuestro país, el aborto inducido es ilegal y las repercusiones se observan en la morbi-mortalidad. La falta de legislación hace que la mujer acuda a donde clandestinamente le provoquen un aborto en malas condiciones de seguridad. Al final es la mujer quien paga el precio de someterse a riesgos tanto para su salud sexual y reproductiva (11).

La Coalición sobre el Aborto y el Cáncer de Mama informa que 27 estudios de 33 en todo el mundo han descubierto que el aborto puede causar cáncer de mama. El aborto, al interrumpir el embarazo, destruye la protección natural que éste le proporciona a la mujer ante el cáncer de mama (23).

La mujer que experimenta aborto presenta un riesgo alto de volver a embarazarse sin planearlo, de no recibir una atención especial, enfrentará éste riesgo a diferencia de las mujeres pos-parto, quienes pueden retrasar el retorno de la ovulación por medio de la lactancia, cosa que no sucede con el aborto (13).

5. Legislación sobre el aborto:

Según los principios del derecho consuetudinario, provocar el aborto antes de los primeros movimiento perceptibles del feto (quickening) no era delito. De hecho el aborto temprano se consideraba con frecuencia nada más que la producción de las menstruaciones retrasadas. Aún el aborto en el segundo trimestre del embarazo o más tarde se consideró rara vez como causa para una acción legal, se le miró más bien como una alternativa desesperada pero comprensible para niñas o mujeres desafortunadas que quedaban fuera del matrimonio (8).

Durante todo el siglo XIX,. en Europa y en Estados Unidos se hizo más común el aborto a medida que las mujeres casadas empezaron a tratar de limitar el tamaño de la familia.

El primer país que admitió el aborto por razones sociales fue URSS en 1920. Algún tiempo después, varios países europeos promulgaron leyes y, con ciertas limitaciones, autorizaron a los médicos a practicar el aborto si peligraba la salud de la mujer. Tal fue el caso de Islandia en 1935, Suecia en 1938 y Dinamarca 1939 (28).

En Chile, Honduras, República Dominicana, Colombia y El Salvador el aborto está prohibido sin ninguna excepción. En el Salvador existía el aborto impune en casos de peligro para la vida o salud de la mujer, de violación o por motivos de malformación fetal, sin embargo, en abril de 1997 se modificó el Código Penal y desde 1998 el aborto no está permitido bajo ninguna causa (26).

A nivel mundial, alrededor de (63%) de las mujeres tienen acceso al aborto a petición propia o por razones sociales. Otro (25%) viven en países donde se prohíbe el aborto excepto cuando la continuación del embarazo puede poner en peligro la vida de la mujer. El (12%) restante pueden obtener el aborto cuando el embarazo pone en peligro su vida o es el resultado de una violación o un incesto o cuando hay signos fetales que justifican la interrupción (28).

Desde 1950 más de 30 países han enmendado su legislación para permitir el aborto por razones sociales o socio-médicas, mientras que 5, han promulgado prohibiciones. Las principales razones para justificar la legislación del aborto son la preocupación por la salud y el bienestar de la mujer y, en las decisiones de 1973 de la Corte Suprema de los Estados Unidos, el derecho individual a la privacidad (8).

a) Situación legal del aborto en el mundo (26)

- i. Autorizado por solicitud 40%
- ii. Prohibido, excepto para salvar la vida a la madre 25%
- iii. Autorizado por razones sociales 23%
- iv. Autorizado por razones de salud 12%.

Actualmente Guatemala forma parte de los países en donde el aborto es legal solamente para salvar la vida de la mujer y en casos de violación, en caso se cometa algún delito sobre este existe el Código Penal. Decreto 17-73, que se transcribe a continuación (11).

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

Art. 134.- Aborto Procurado. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será sancionada con prisión de uno a 3 años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración psíquica, la sanción será de 6 meses a 2 años de prisión.

Art. 135.- (Aborto con o sin consentimiento). Quien de propósito causare un aborto, será sancionado: 1. Con prisión de 1 a 3 años

2. Con prisión de 3 a 6 años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de 4 a 8 años de prisión.

Art. 136.- (Aborto Calificado). Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer, el responsable será sancionado con prisión de 3 a 4 años. Si se tratara de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de 4 a 12 años.

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

Art. 138.- (Aborto Preterintencional). 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.

Art. 139.- (Tentativa y Aborto Culposos). La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposos propios, son impunes. El aborto culposos verificados por otra persona, será sancionado con prisión de 1 a 3 años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.

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

Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicante o personas con títulos sanitarios, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos.

6. Epidemiología:

a) Incidencia:

Se ha estimado una cifra variable de alrededor de 30 a 55 millones de abortos anualmente en todo el mundo y más o menos de la mitad se verifican en países en desarrollo (31).

Algunos estudios indican que aproximadamente (10%) de las gestaciones terminan en aborto espontáneo, y de un (20-30%) de los embarazos que se producen en el mundo terminan en aborto provocado (15).

El INCAP reporta que en el año de 1994 , el (80%) de los abortos son espontáneos y la incidencia de abortos provocados es menor del (3%) (18).

De datos obtenidos por IPPF (International Planned Parenthood Federation) para 65 países de Asia, África, Medio oriente , y Latinoamérica, RoCHAT calcula que 84,000 mujeres mueren anualmente por complicaciones del aborto ilegal (29).

En Latinoamérica y para algunos hospitales de Brasil y Chile, el Population Report resume en una tabla las estadísticas que muestran la mortalidad materna por complicaciones de aborto entre 37.4% (Chile) a 44.1% (Brasil). En el estudio efectuado en 10 países latinoamericanos sobre mortalidad materna, la ciudad de Guatemala presentó un 15.9% de muertes maternas por 10,000 nacidos vivos y el 7.5 debido al aborto, lo que corresponde al 48% de muertes maternas causadas por aborto (27,28).

Las estadísticas del INE, reportan entre las defunciones maternas por grupos quinquenales de edad, en el año de 1996, a el embarazo terminado en aborto uno de los mas altos porcentajes (84%); aborto espontáneo 8%; aborto no especificado 7% (20).

A pesar de que no existen registros hospitalarios adecuados sobre aborto y que este se practica clandestinamente, predisponiendo al subregistro, Guatemala esta clasificado entre los países con un rango de 201-500 aborto por 1000 nacidos vivos (13).

No podemos pasar por alto el numero de abortos que no son controlados clínicamente, hay una sólida cortina que esconde todo lo que se refiere al problema social del aborto y quizás resulte difícil conocer el fenómeno en su real magnitud (12).

b) Factores de riesgo:

Es el elemento que contribuye para que algún evento se cumpla. Los factores de riesgo varían de acuerdo a el tipo de aborto, por lo cuál se describen a continuación para cada clasificación los diversos factores asociados (4,13).

i. Aborto Inducido:

Existen múltiples factores de riesgo asociados, considerando que la inducción del aborto, bajo consentimiento de la paciente en países donde el aborto no está legalizado, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo del aborto séptico .

En Guatemala algunas de las razones por que las mujeres se inducen el aborto, son las siguientes:

- Tratar de posponer o parar de concebir niños.
- Aspectos socioeconómicos que envuelven a la persona, como Interrupción de la educación o de trabajo.
- Falta de soporte del padre.
- Inhabilidad de poder costear otros niños
- Estado civil y grado de escolaridad pueden influir
- Edad de la paciente. Un estudio en Hospital Roosevelt sobre aborto séptico concluyó que el grupo más afectado era el de 20 a 29 años (13).
- Padres de ella.

ii. Aborto Espontáneo:

Es la complicación más frecuente del embarazo (ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones). Se le define como la pérdida del embarazo, clínicamente reconocida antes de las 20 semanas de gestación. (1,14). Se dividen en primario si la paciente sólo ha tenido abortos, y secundarios si al menos ha habido un embarazo viable previo (16).

Incidencia es de 0.4%-1% de parejas en edad reproductiva (3).

Factores Asociados:

- Desconocido o sin causa aparente 50%
- Defecto de fase lútea 15%

- Malformación uterina 10%
- Incompetencia cervical 10%
- Inmunológico 10%
- Cromosómicos 5%.

c) Mortalidad:

La Organización Mundial de la Salud, indica que al año mueren medio millón de mujeres en el mundo debido a la falta de cuidado médico adecuado durante el embarazo o el parto y por las complicaciones de aborto (18).

Se estima que en el mundo ocurren de 50 a 60 millones de abortos cada año. Por lo menos, la mitad de ellos son ilegales y más de la mitad suceden en países en desarrollo.

La mayoría de las muertes por aborto no seguro ocurren en los países en desarrollo, lo que confirma el amplio descuido de las necesidades reproductivas de la mujer (17).

En 1991 se estimó que ocurrían cerca de 44 millones de abortos inducidos al año, 4 millones fueron practicados en América Latina. Más recientemente, Pasman, J.M y Colaboradores (1993) basado en resultados de diferentes estudios estimaron que en América Latina se realizan entre 2.7 y 7.4 millones de abortos al año (9,18).

La mortalidad por aborto tiene su origen fundamental en las complicaciones hemorrágicas sépticas. En México continúa siendo una de las cuatro principales causas de muerte materna (36).

En un estudio realizado en 9 Hospitales de Santiago de Chile, se comprobó que la mortalidad y hospitalización por problemas del aborto ha ido decreciendo (21).

Nuestro país tiene la tasa de mortalidad materna más alta de toda Latinoamérica, la cuál equivale a 190 por 100,000 nacidos vivos, y según OPS, el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Guatemala, y otros países como Argentina, Chile, Panamá, Paraguay y Perú (4,9).

En el departamento de San Marcos, en el año 2000 se conocieron 3 casos de aborto séptico, equivalente al 7.69% de casos de mortalidad, que lo coloca en un cuarto lugar (24).

7. Etiología:

Las numerosas causas susceptibles de provocar un aborto pueden resumirse así:

- a) Causas fetales y ovulares
- b) Causas maternas
- c) Otras causas (15,33).

a) Causas Fetales y ovulares

Las anomalías citogenéticas son la causa más frecuente de aborto espontáneo. La gran mayoría de estas pérdidas son ocasionadas por problemas de no disyunción cromosómica manifestadas como trisomías o monosomías de cromosomas en su mayoría autosómicas (cromosomas 1 al 22), a pesar de la alta frecuencia de la monosomía X (45) dentro de este grupo. Estas alteraciones son causantes del 50-60% de las pérdidas (10,15).

i. Aborto aneuploide:

Aproximadamente el 50 al 60% de los abortos espontáneos tempranos se asocian con anomalía cromosómica del producto de la concepción. Jacobs y Hassold comunicaron que aproximadamente una cuarta parte de las anomalías cromosómicas se debían a errores en la gameto génesis materna y 5% de la paterna.

ii. Aborto euploide: Las razones son desconocidas pero las siguientes son posibilidades:

- Una anomalía genética
- Diferentes factores maternos
- Algunos factores materno (10).

Las alteraciones más frecuentes en abortos espontáneos son las trisomías autosómicas con un 50-60%, la monosomía X con un 20-25%, la triploidia, poliploidia con un 15-30% (2,6,10).

b) Causas Maternas:

Se clasifican en:

i. Endocrinas:

El segundo grupo etiológico por frecuencia, en la pérdida espontánea, son las alteraciones endocrinas (hormonales) dentro de las cuales la inadecuada producción de progesterona por el cuerpo lúteo es de capital importancia (6,7,10).

- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo
- Diabetes mellitus
- Insuficiencia hipofisiaria
- Insuficiencia Suprarrenal
- Otras alteraciones hormonales (10,15,25).

Las alteraciones endocrinas probablemente sean la causa del 30% de las pérdidas conceptuales espontáneas (6,7,12)

ii. Infecciosas

Algunas infecciones crónicas han sido implicadas como causa de aborto.

Hay diversos tipos de infecciones uterinas y diseminadas que se relacionan Etiologicamente con el aborto, se pueden mencionar:

- Virales: Citomegalovirus, rubéola, Herpes tipo II, toxoplasmosis
- Parasitarias: Enfermedad de Chagas, paludismo, hidatidosis
- Crónicas: Tuberculosis, brucelosis, sífilis
- Agudas: Infecciones del tracto urinario (6,7,10,14,25).

iii. Inmunológicas:

Se ha dirigido mucha atención al sistema inmune como un factor importante en la pérdida reiterada de embarazos. Sin embargo, la incompatibilidad de grupo sanguíneo se le ha asociado en algunos casos. Otros reportes indican una respuesta inmunológica materna disminuida en la madre que experimente aborto habitual (15).

iv. Tóxicas:

Se asocia con frecuencia el aborto en las mujeres que consumen alcohol y/o tabaco independientemente de los efectos tóxicos que ejercen sobre los fetos que alcanzan la viabilidad (10).

Estas comprenden intoxicaciones endógenas y exógenas, como antagonistas del Ácido fólico, talidomida, anticoagulantes, constante exposición al plomo, mercurio, arsénico y fósforo (33).

v. Traumáticos:

Se incluyen traumatismos físicos de todo orden, directos o indirectos.

- Directos: son aquellos cuya finalidad es producir la muerte del huevo.
- Indirectos: son las que buscan la expulsión del producto por estimulación externa del aparato útero-anexial.

vi. Factores anatómicos:

- Cicatrización uterina previa por cesárea anterior o miomectomía
- Existencia de tumores uterinos, particularmente leiomiomas submucosos o intramurales.
- Posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroversión
- La endometriosis es causa reconocida de esterilidad y su papel en el aborto ha sido puesto en evidencia.
- Formación de adherencias en cavidad uterina con aposición de zonas más o menos extensas de ambas superficies es actualmente una causa reconocida de aborto.

- Anomalías del desarrollo o fusión incompleta de los conductos de Muller, que dan lugar a diversas anomalías uterinas y cervicales (6,7,10) .

vii. Factores masculinos:

La hiperespermia, mayor de 250 millones /ml y la oligospermia se han relacionado con el aborto frecuente. Esto puede ser secundario a una disminución de ADN en el espermatozoide, este hecho no se ha comprobado (15).

viii. Enfermedad vascular hipertensiva:

En esta enfermedad los abortos son tardíos, puede ocurrir muerte fetal y parto prematuro, se pueden presentar desprendimiento de placenta especialmente si existe :

Enfermedades renales crónicas.

ix. Psíquicas:

Se incluyen 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 las causa que provocan el aborto (33).

x. Factor yatrogénico:

Administración de algunos citotóxicos quimioterapéuticos. El tratamiento de la gota y la talasemia incluye la colchicina, que paraliza la formación del huso durante la mitosis (6).

8. Clasificación del aborto:

a) Según edad gestacional:

- i. Ovular: Desde la fecundación hasta la segunda semana.
- ii. Embrionario : De la tercera a la quinta semana.
- iii. Fetal : De la sexta a la vigésima semana (14).

b) Según causa, se divide en 2 grupos:

i. Aborto Espontáneo:

Es la finalización del embarazo por cualquier medio antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir (10,32). Ocurre de manera natural, sin que la mujer u otra persona realice deliberadamente ninguna acción para provocarlo (2).

Su frecuencia es del 15% de los embarazos. Las causas son variables y se dividen en: ovulares y maternos, los cuales se describieron con anterioridad (32).

ii. Aborto Inducido o provocado:

Se refiere a aquel aborto practicado por médico, mujer misma u otra persona..

Se dividen en :

- Aborto Eugénico: Es la interrupción del embarazo luego de haberse comprobado por medios científicos aceptados por la medicina, que el feto sufre de infecciones graves, deformaciones o enfermedades heredadas de sus padres o parientes (7,10,33,35).
- Aborto Terapéutico: Se practica con el propósito de proteger la salud de la madre, y se define como la terminación del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal (6,10).

Algunas indicaciones son:

- Cuando el embarazo ha sido por violación o relación sexual involuntaria
 - Cuando la continuación del embarazo se crea que va dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones.
 - Cuando amenaza la vida de la madre (6).
- Aborto Legal (electivo o 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 (10).
 - Aborto ilegal: Es la interrupción del embarazo en cualquier período de este, causado por un médico, la madre y que sucede en un país como el nuestro.

c) Clasificación clínica

Existen diferentes clasificaciones de la pérdida temprana, de acuerdo al estado de progresión de la misma, y dependen de las características del cuello uterino, membranas y vitalidad embrionaria fetal al momento del examen.

i. Amenaza de Aborto:

Es la más precoz de los distintos cuadros que puede presentar del 10% al 20% abortos espontáneos (2,6,10).

Se caracteriza porque, en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con historia de amenorrea, un útero de característica gestacionales y de tamaño acorde al tiempo de amenorrea, aparecen dolores localizados en el hipogastrio, tipo cólico o espasmódico similares a

los que se producen durante la menstruación o dolor en la región dorso lumbar, los cuales coinciden con la contracción del útero, sin modificaciones de la forma y dilación del cuello uterino, acompañado de flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad o franca hemorragia vaginal, aunque por lo general es ligera, puede persistir por muchos días semanas, se corre el riesgo de que el desenlace del embarazo no sea óptimo, en forma de prematuridad, bajo peso al nacer o muerte perinatal (7,33).

ii. Aborto en Curso:

Se agrega a la pérdida de líquido amniótico no siempre visible con facilidad, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternando con emisión sanguínea genital, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, que muchas veces no lo es en forma directa puesto que suele quedar en la vagina.

Se diferencia en :

- Aborto Inminente:

Cuando los signos y síntomas descritos en Amenaza de Aborto se acentúan, causando dolores más intensos y sostenidos, la hemorragia vaginal aumenta y puede acompañarse de coágulos, con modificación del cuello uterino sin ruptura de membranas (10,33).

Aborto inevitable:

La inevitabilidad del aborto es indicada por la rotura macroscópica de las membranas en presencia de dilatación cervical. En estas condiciones es casi seguro que va a producirse el aborto. En raras ocasiones un derrame de líquido proveniente del útero durante la primera mitad del embarazo no tiene consecuencias serias. El líquido puede haberse juntado previamente entre el amnios y el corion. Sin embargo, en la mayor parte de los casos las contracciones uterinas comienzan rápidamente, lo que determina la expulsión del embrión o bien se desarrolla una infección (10).

Se considera que es inevitable cuando se observan dos o más de los siguientes signos:

- Borramiento moderado del cuello uterino
- Rotura de las membranas
- Dilatación cervical mayor de 3 cms
- Hemorragia por más de 7 días
- Persistencia de cólicos a pesar de la administración de analgésicos narcóticos
- Signos de terminación del embarazo (7,33).

iii. Aborto Incompleto:

Cuando los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, se produce hemorragia, siendo éste el principio y a menudo el único signo de aborto incompleto, la cavidad uterina aún permanece ocupada; el útero se mantiene blando, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios (externo-interno), y la hemorragia es profusa y persistente (5).

iv. Aborto Completo:

El producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad, ambos orificios dilatados, útero disminuido de tamaño, orificios cerrados, poco sangrado, sin dolor (14,33).

vi. Aborto Recurrente o Habitual:

Se define como tres o más abortos espontáneos consecutivos (10,14). La posibilidad de llevar a término un embarazo después de dos abortos es 70% y luego del tercer aborto, 25% (15).

vii. Aborto Diferido ó Retenido:

Retención del huevo como cuerpo extraño (33). El útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al verdadero cuerpo extraño (6,32,).

Definido como muerte fetal anterior a las 20 semanas de gestación, sin la expulsión de material ovular por 8 semanas posteriores (10).

viii. Aborto Séptico:

Es la infección del producto de la concepción y de los órganos pélvicos, que puede permanecer localizada o diseminarse fuera de la pelvis (14). Las complicaciones graves del aborto 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. Hay dolor pélvico, hipersensibilidad, fiebre, secreción fétida (10,32,33).

Incidencia: 25% del total de abortos. En la Maternidad del Hospital Roosevelt (20%). La mortalidad Materna secundaria al aborto séptico es del (5%) y el desarrollo de Shock Séptico se presenta entre el 3-17% (14).

Evaluación:

Para la evaluación y tratamiento iniciales deben incluirse los siguiente:

- Examen físico y palpación pélvica
- Biometría hemática completa y creatinina

- Estudios de grupo sanguíneos y tipificación
- Frotis de cérvix
- Cultivos de endocérnix, sangre y cualquier producto de concepción disponible
- Análisis y cultivos de orina
- Toxoide tetánico (32).

9. Tratamiento:

El tratamiento óptimo radica en dos factores clave:

- a) Evacuación del útero
- b) Antibioterapia intensiva por vía parenteral antes, durante y después de la extracción de tejidos necróticos por legrado (32).

No debemos olvidar que un tratamiento efectivo del aborto depende de un diagnóstico temprano.

10. Pronostico:

El pronóstico para la mujer es bueno. Son raras las complicaciones graves.

B. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS:

1. Historia:

Una cadena de cerros encierra al pueblo, por lo que los tlascaltecas que venían con los conquistadores al verlo le dieron el nombre de "Valle de Sacatepequez" que en su lengua quiere decir "De los Cerros Verdes". Más tarde lo apellidaron CANDACUCHIX , que quiere decir "Tierra de Frió". Enseguida los Españoles tomaron posesión del lugar , dándole el nombre de SAN MARCOS (nombre del Santo del día).

Fue ascendido a municipio el 3 de Enero de 1754, confirmado por decreto de la Real audiencia de Guatemala, del 19 de Junio de 1754.

San Marcos tiene 3 aniversarios: 1- Fundación 25-4-1535

2- Su primera Municipalidad 3-1-1754

3- Creación Política del Departamento 8-5-1866.

Su fiesta Principal es el 25 Abril. Algunas de sus costumbres se encuentran:

1. Procesiones cantonales previas a la feria
2. En el mes de noviembre y diciembre , previa a la celebración de navidad, los niños se disfrazan de diablos, y salen a las calles a correr a las personas.
3. Cofradía del Patrono de S.M (25 abril)
4. Posadas prenavideñas.

2. Ubicación Geográfica y Extensión Territorial

La cabecera departamental dista de la capital 250 Kilómetros.

Extensión Territorial es de 3791 Km². Esta bañado al Sur por las aguas del Océano Pacífico; Oeste por México; Norte por Huehuetenango; Este por Quetzaltenango y Retalhuleu.

a) Organización Administrativa:

29 Municipios; 293 aldeas; 532 caseríos; 428 fincas; 107 parajes; 45 cantones; 18 parcelamientos; 7 labores; 53 haciendas y 2 islas.

b) Medios de comunicación se encuentra: jefatura de correos, Telgua , Radioemisoras, Radio circuito cerrado, TV., Prensa.

c) Cultivos predominantes: café, cardamomo, algodón, cacao.

d) Cultivos básicos: maíz, trigo, frijol, arroz, papa.

e) Industria y artesanía: Empresa de Fertilizante (FERTICA) en el municipio de Tecún Uman

Fabricas de suéteres: Concentradas en el municipio de San Pedro Sacatepequez.

f) Turismo: Playas de Ocos, Tilapa, Río Suchiate y Naranja. Los balnearios la Castalia, Agua tibia, Ixgual (en San Pedro), Agua clara (Malacatán) , los chorros (tejutla).

g) Población:

1. Urbana 18%
2. Rural 82%
3. Indígena 64%
4. Ladina 36%

3. Situación del área de salud:

- 1 Jefatura de área.
- 2 Hospitales (1 nacional y 1 distrital)
- 19 Centros de Salud
- 77 Puestos de Salud.

4. Descripción de las principales características de la población:

El departamento de San Marcos cuenta con una población total de 863,980 para el año 2,001, de los cuales 172,796 pertenecen a mujeres en edad fértil (5).

Número de Nacidos Vivos por Municipio (5).

	MUNICIPIO	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
1.	San Marcos	1056	1065	1135
2.	San Cristóbal Cucho	551	508	609
3.	San Pedro Sacatepequez	1970	1944	1869
4.	San Antonio Sacatepequez	529	514	549
5.	Tejutla	1178	1112	1117
6.	Tacana	3065	2748	2710
7.	Ixchiguan	931	875	864
8.	Comitancillo	2337	2365	2479
9.	San Rafael Pie de la Cuesta	563	508	524
10.	Esquipulas Palo Gordo	284	297	280
11.	San Pablo	1380	1282	1339
12.	San Jose el Rodeo	525	2959	2920
13.	Malacatan	3095	541	610
14.	Catarina	452	1497	1482
15.	El Tumbador	1463	886	904
16.	Nuevo Progreso	839	933	1062
17.	Tecun Uman	968	874	555
18.	Ocos	956	507	967
19.	Pajapita	468	737	818
20.	La Reforma	725	416	376
21.	San Lorenzo	404	158	168
22.	Rio Blanco	131	2459	2470
23.	Concepción Tutuapa	2420	581	820
24.	San Jose Ojetenam	715	618	613
25.	Sibinal	590	1579	1503
26.	San Miguel Ixtahuacan	1530	1803	1731
27.	Tajumulco	1842	677	688
28.	Sipacapa	629	650	756
29.	El Quetzal	704	501	469
	TOTAL	32300	31594	32387

Fuente: Datos proporcionados por Jefatura de Área del
Departamento de San Marcos.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA:

1. Tipo de Estudio : Descriptivo- Retrospectivo.

2. Unidad de Análisis:

Historias clínicas de los casos de aborto ingresados al departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos en el período de 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del año 2001.

3. Población de Estudio:

Se incluyeron en el estudio todos los casos con diagnóstico clínico de aborto Ingresados al Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos en el periodo del 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del año 2001.

4. Criterios de Inclusión:

Se tomaron en cuenta todas aquellas historias clínicas de las pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de aborto al departamento de Ginecología y Obstetricia de los hospitales Nacionales del departamento de San Marcos, durante el 01 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del año 2,001.

5. Variables de estudio: (ver cuadro adjunto).

5. Variables a estudiar:

Variable	Definición	Operacionalización	Unidad de medida	Escala Medición
Incidencia	Número de casos en lugares y tiempo definido.	$\frac{\# \text{Abortos}}{\# \text{N.V}} \times 100$	Porcentaje	Numérica
Características Generales	Particularidades que definen a un individuo.			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años reportados	Años de vida	Numérica
Escolaridad	Tiempo que asiste a un centro de enseñanza para llevar en él sus estudios.	Años escolares terminados.	Años escolares	Numérica
Ocupación	Emplearse en un trabajo.	Dedicación principal.	Empleada doméstica. Otro _____	Nominal
Procedencia	Lugar geográfico donde reside una persona.	Lugar donde reside.	Municipio o Departamento	Nominal
Antecedente Obstétricos.	Eventos ginecológicos y obstétricos, sucedidos en vida reproductiva.			.
Gestas	Número de veces que una mujer ha estado embarazada incluye mortinatos y abortos.	# de gestas	# de gestas	Numérica

Variable	Definición Conceptual	Operacionalización.	Unidad de Medida	Escala Medición
Partos	Culminación de un embarazo por vía vaginal o abdominal con un producto viable.	# de partos	# de partos	Numérica
Abortos	Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. Tiempo de gestación inferior a 20 semanas.	# de Abortos	# de Abortos	Numérica
Tipo de Aborto	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos.			
Aborto. Expóntaneo	Finalización del embarazo por cualquier medio antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado como para sobrevivir.	Tomado del expediente clínico.	Aborto expóntaneo	Nominal
Provocado	Se refiere a aquel aborto practicado por médico, mujer misma u otra persona.	Tomado del expediente clínico.	Provocado	Nominal
Diferido	Retención del huevo como cuerpo extraño	Tomado del expediente clínico	Diferido	Nominal

Variable	Definición	Operacionalización.	Unidad de Medida	Escala de Medición
Aborto Séptico	Es la infección del producto de la concepción y de los órganos pélvicos, que puede permanecer localizada o diseminarse fuera de la pelvis.	Tomado del expediente clínico	Aborto Séptico	Nominal
Aborto Inevitable	Hay dilatación del orificio interno, ruptura espontánea de membranas ovulares.	Tomado del expediente clínico	Aborto Inevitable	Nominal
Aborto Completo	El producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad. El útero disminuye de tamaño, se retrae y cierran los orificios cervicales.	Tomado del expediente clínico	Aborto Completo	Nominal
Aborto Habitual	Cuando se ha perdido dos gestaciones consecutivas.	Tomado del expediente clínico	Aborto Habitual	Nominal
Incompleto	El producto de la gestación ha sido expulsado parcialmente. Orificios cervicales dilatados. Útero blando y grande, hemorragia persistente.	Tomado del expediente clínico	Aborto Incompleto	Nominal

Variable	Definición Conceptual	Operacionalización	Unidad de Medida	Escala de Medición
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
Tratamiento	Todas las acciones clínicas y farmacológicas para la resolución de un problema de salud.	Tomado del expediente clínico	Farmacológicas Quirúrgica Legrado	Nominal
Complicaciones	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínico por causa natural o en el intento por resolver la misma.	Tomado del expediente clínico	Tipo de complicación: - Septicemia - Endometritis - Trauma - Lesión o perforación. - Shock S.	Nominal

6. Procedimientos

a) Recopilación de la información:

Se revisaron expedientes clínicos de pacientes, con diagnóstico de aborto.

b) Ejecución de la investigación

El estudio se llevó a cabo a partir del 6 de Mayo – 14 de Junio del 2002, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos.

La información recolectada será tabulada y analizada a través del programa Epi Info –6.

c) Presentación de Resultados:

Concluida la etapa de recopilación, la información será tabulada, procesada y analizada, para luego proceder con ellos a un análisis de la misma y elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Para la variable Numérica se utilizara la Media de desviación estándar

Para las variable Nominal se utilizará las Proporciones.

7. Aspectos Éticos:

La información que se obtenga de cada expediente clínico será estrictamente confidencial.

B. RECURSOS:

1. Materiales:

i. Económicos:	Fotocopias: Q. 160.00
	Transporte: Q. 680.00
	Otros: Q. 1000.00

ii. Físicos:

- Hospital Nacional de San Marcos.
- Boleta de recolección de datos.
- Historias clínicas
- Mobiliario y útiles de escritorio
- Registro de Estadística del Hospital Nacional de San Marcos.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas
- Biblioteca de la UFM
- INCAP
- APROFAM
- OPS
- OMS
- Roemmers
- Internet

2. Humanos:

- Revisor
- Asesor
- Personal Bibliotecario
- Personal que labora en el departamento de registros médicos del Hospital Nacional de San Marcos.

Cronograma de actividades (Gráfica de Gantt).

ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del Asesor y Revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del protocolo conjuntamente con Asesor y Revisor
5. Presentación del protocolo a comité de tesis para su aprobación
6. Presentación del protocolo a comité de Investigación del Hospital
7. Ejecución del trabajo de campo
8. Procesamiento de los datos obtenidos, elaboración de tablas y gráficas
9. Análisis y discusión de resultados
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
11. Presentación del informe final para correcciones
12. Aprobación del informe final
13. Impresión del Informe Final y tramites administrativos

14. Examen Público.

-30-

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

**TASA DE ABORTO SEGÚN MUNICIPIO DE PROCEDENCIA Y AÑO, DE PACIENTES C
CLÍNICO
DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE SA
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,0**

Municipio	Año 1,999			Año 2,000			Año 2,001			
	f	Nacidos Vivos	Tasa x 1000	f	Nacidos Vivos	Tasa x 1000	f	Nacidos Vivos	Tasa x 1000	
San Marcos	75	1056	71.02	94	1065	88.26	87	1135	76.65	2
San Cristobal Cucho	6	551	10.89	14	508	27.56	10	609	16.42	
San Pedro Sac.	143	1970	72.59	85	1944	43.72	172	1869	92.03	4
San Antonio Sac.	15	529	28.36	28	514	54.47	26	549	47.36	
Tejutla	20	1178	16.98	26	1112	23.38	25	1117	22.38	
Tacana	21	3065	6.85	21	2748	7.64	16	2710	5.90	
Ixchiguan	4	931	4.30	16	875	18.29	10	864	11.57	
Comitancillo	29	2337	12.41	16	2365	6.77	24	2479	9.68	
San Rafael P. C.	11	563	19.54	18	508	35.43	17	524	32.44	
Esquipulas Palo G.	7	284	24.65	7	297	23.57	7	280	25.00	
San Pablo	15	1380	10.87	47	1282	36.66	27	1339	20.16	
Malacatán	177	3095	57.19	138	2959	46.64	212	2920	72.60	5
Catarina	41	452	90.71	41	541	75.79	45	610	73.77	1
El Tumbador	10	1463	6.84	10	1497	6.68	12	1482	8.10	
Nuevo Progreso	3	839	3.58	8	886	9.03	3	904	3.32	
Tecún Uman	25	968	25.83	21	933	22.51	19	1062	17.89	
Ocos	9	956	9.41	10	874	11.44	2	555	3.60	
Pajapita	8	468	17.09	14	507	27.61	6	967	6.20	
La Reforma	6	725	8.28	3	737	4.07	4	818	4.89	
San Lorenzo	7	404	17.33	12	416	28.85	6	376	15.96	
Río Blanco	5	131	38.17	13	158	82.28	2	168	11.90	
Concepción T.	7	2420	2.89	5	2459	2.03	7	2470	2.83	
San José O.	3	715	4.20	8	581	13.77	4	820	4.88	
Sibinal	4	590	6.78	9	618	14.56	4	613	6.53	
San Miguel Ixta.	5	1530	3.27	5	1579	3.17	9	1503	5.99	
Tajumulco	13	1842	7.06	12	1803	6.66	12	1731	6.93	
Sipacapa	10	629	15.90	13	677	19.20	2	688	2.91	
El Quetzal	5	704	7.10	15	650	23.08	1	756	1.32	
Sn. José El R.	22	525	41.90	18	501	35.93	21	469	44.78	
TOTAL	706	32,300	21.86	727	31,594	23.01	792	32,387	24.45	2

Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección Area de Salud y Departamento de R
de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos.

CUADRO 2

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

Tipo de Aborto	Frecuencia	%
Completo	13	0.58
Diferido	49	2.19
Incompleto	2014	90.11
Inevitable	12	0.54
Molar	18	0.81
Provocado	9	0.40
Séptico	120	5.37
TOTAL	2235	100.00

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos.

CUADRO 3

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS AL MOMENTO DEL ABORTO,
PRESENTADO
EN PACIENTES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES NACIONALES DEL
DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE
DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Edad Gestacional	Frecuencia	%
4-8 Sem.	626	28.01
9-13 Sem.	948	42.42
14-18 Sem.	424	18.97
> de 19 Sem.	215	9.62
No Dato	22	0.98
TOTAL	2235	100.00

Fuente: Depto. De Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD Y ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ABORTO EN LOS HOSPITALES NACIONALES DEL
DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DE
1,999
AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Años de Edad	Numero de Pacientes	%	Casada	%	Soltera	%	Unida	%	No Dato Estado Civil	%
10-14	10	0.45	2	0.09	5	0.22	1	0.04		
15-19	398	17.81	126	5.64	131	5.86	129	5.77		
20-24	557	24.92	210	9.40	143	6.40	182	8.14		
25-29	435	19.46	208	9.31	60	2.68	153	6.85		
30-34	324	14.50	178	7.96	25	1.12	111	4.97		
35-39	295	13.20	182	8.14	7	0.31	98	4.38		
40-44	189	8.46	121	5.41	12	0.54	52	2.33		
45-49	27	1.21	21	0.94	1	0.04	5	0.22		
Total	2235	100.00	1048	46.89	384	17.18	731	32.71	72	3.22

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales
Nacionales del Departamento de San Marcos.

CUADRO 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE OCUPACION SEGÚN EDAD DE PACIENTES CO
CLÍNICO DE ABORTO EN HOSPITALES NACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE
DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,

Años de Edad	Numero de Pacientes	%	Agricultora	%	Ama de Casa	%	Comerciante	%	Estudiante	%	Profesion
10-14	10	0.45	0	0.00	5	0.224	0	0.00	2	0.09	0
15-19	398	17.81	2	0.09	243	10.87	0	0.00	21	0.94	4
20-24	557	24.92	0	0.00	368	16.47	7	0.31	12	0.54	13
25-29	435	19.46	0	0.00	278	12.44	9	0.40	3	0.13	13
30-34	324	14.50	3	0.13	215	9.62	1	0.04	0	0.00	8
35-39	295	13.20	1	0.04	214	9.575	0	0.00	0	0.00	4
40-44	189	8.46	4	0.18	140	6.264	0	0.00	1	0.04	3
45-49	27	1.21	0	0.00	22	0.984	0	0.00	0	0.00	0
Total	2235	100.00	10	0.45	1485	66.44	17	0.76	39	1.74	45

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales del De

CUADRO 6

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CL
EN HOSPITALES NACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS EN EL
01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,00

No. De Eventos Por Persona	Gestas		Partos		Abortos		Cesareas		H
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecu
0	43	1.92	43	1.92	0	0	0	0.00	0
1	247	11.05	273	12.21	301	13.46756	35	1.57	3
2-4	468	20.94	462	20.67	130	5.816555	12	0.54	6
5-15	502	22.46	414	18.52	7	0.313199	0	0.00	8

Sub total	1260	56.38	1192	53.33	438	19.59732	47	2.10	18
No Dato	975	43.62	1043	46.67	1797	80.40268	2188	97.90	20
Total	2235	100.00	2235	100.00	2235	100	2235	100.00	22

Fuente: Depto de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales del Departam

CUADRO 7

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

Edad	Gestas				Partos			Abortos			Cesareas			Hijos Vivos			Hijos Muertos	
	0	1	2-4	5-15	1	2-4	5-15	1	2-4	5-8	1	2	3	1	2-4	5-12	1	2
10-14	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15-19	21	57	22	0	1	9	0	21	1	0	1	2	0	12	2	0	1	
20-24	18	108	143	13	6	119	3	58	16	0	10	6	0	13	15	0	2	
25-29	1	52	164	76	1	166	52	68	29	1	10	2	1	3	23	11	4	
30-34	0	17	81	112	1	103	86	54	18	2	6	0	0	3	13	15	4	
35-39	2	10	42	156	2	45	145	52	36	2	5	0	0	2	7	32	3	
40-44	0	1	12	126	1	16	119	41	28	1	3	1	0	0	5	27	4	
45-49	0	1	4	19	0	4	19	7	2	1	0	0	0	0	1	4	0	
Total	43	247	468	502	12	462	424	301	130	7	35	11	1	33	66	89	18	

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos.

CUADRO 8

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

Tratamiento	Farmacologico	%	Legrado	%	Otro quirúrgico	%
<i>SI</i>	2235	100.00	2222	99.42	2	0.09
<i>NO</i>	0	0.00	13	0.58	2233	99.91
<i>Liu</i>	-	-	2222	99.42	-	-
Antibiotico	560	25.06	-	-	-	-
Reposicion L/E	2235	100.00	-	-	-	-
Transfusiones	27	1.21	-	-	-	-
Analgesicos	433	19.37	-	-	-	-
Fenobarbital	61	2.73	-	-	-	-

Nota: otro quirúrgico representa las cirugias efectuadas por complicaciones.

CUADRO 9

COMPLICACIONES SEGÚN TIPO DE ABORTO DE PACIENTES
ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES NACIONALES DEL
DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS DEL 01 DE ENERO DE
DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001.

Tipo de Aborto	COMPLICACIONES			
	F	%	Perforacion	%
Completo	0	0.00	0	0.00
Diferido	0	0.00	0	0.00
Incompleto	0	0.00	0	0.00
Inevitable	0	0.00	0	0.00
Molar	0	0.00	0	0.00
Provocado	1	0.04	1	0.04
Séptico	1	0.04	1	0.04
Total	2	0.09	2	0.09

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico de los
Hospitales Nacionales del Departamento de San Marcos.

CUADRO 10

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ABORTO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES NACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE
SAN MARCOS DEL 01 DE ENERO DE 1,999 AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2,001

Días	Completo	Diferido	Incompleto	Inevitable	Molar	Provocado	Séptico	Total	%
1	6	32	1560	6	6	5	35	1651	73.87
2	6	12	344	4	8	2	43	421	18.84
3	1	5	64	1	1	1	25	101	4.52
4	0	0	26	0	1	0	8	39	1.74
5	0	0	10	1	0	0	5	21	0.94
6	0	0	4	0	2	0	3	15	0.67
7	0	0	1	0	0	1	0	9	0.40
8	0	0	2	0	0	0	1	11	0.49
9	0	0	0	0	0	0	0	9	0.40
10	0	0	1	0	0	0	0	11	0.49
12	0	0	2	0	0	0	0	14	0.63
Total	13	49	2014	12	18	9	120	2235	
Promedio Días	1.61	1.44	1.32	1.83	2.27	2.11	2.34	1.84	100

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

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el Hospital Nacional de San Marcos, el total de casos de aborto registrados por año fue: 549 casos en el año 1999, 511 casos en el año 2000, 507 casos en el año 2001. En el Hospital de Malacatán en el año 1,999 se registraron 435 casos de aborto, para el año 2,000 fue de 545 casos y en el año 2,001 se registraron 493 casos de aborto para un total de 3040 casos.

Pero durante el periodo de estudio, solo se encontró información de 2235 casos de Aborto, no se tomaron en cuenta aquellos casos cuyo expediente clínico no se encontró en los archivos médicos de los Hospitales.

Se encontró que la tasa de aborto expresada por cada 1000 nacidos vivos en los principales Hospitales del departamento de San Marcos durante el periodo de estudio fue de 23.11, esto es relativamente bajo, en relación con lo que nos dice la literatura pues Guatemala está clasificado entre los países con un rango de 201-500 abortos por 1000 nacidos vivos, ya que no existen registros hospitalarios adecuados sobre el aborto y este se practica clandestinamente predisponiendo al subregistro (13).

Se ha estimado una cifra variable de alrededor de 30 a 55 millones de abortos anualmente en todo el mundo y más o menos de la mitad se verifican en países en desarrollo (31).

El municipio que presentó la tasa mas elevada de aborto fue Catarina con 79.23 por mil nacidos vivos, seguida de la cabecera departamental con 78.62 por 1000 nacidos vivos. Es importante considerar que la tasa elevada de aborto se debe a que dichos municipios tienen mayor accesibilidad a los servicios de salud y por lo tanto se lleva un mejor registro de estos municipios, lo contrario sucede en los municipios que presentaron las tasas mas bajas puesto que muchas pacientes debido a la falta de accesibilidad prefieren consultar con comadronas o bien no asistir a los servicios de salud si no presentan complicaciones..

El tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia fue el aborto Incompleto (90.11%) , seguido de aborto Séptico (5.37%) con base a lo anterior podemos decir que muchos médicos diagnostican el aborto en base a su clasificación clínica, mas no toman en cuenta para un diagnóstico completo cual fue la causa del aborto, por lo tanto en ninguna historia clínica se diagnosticaron abortos espontáneos y solamente se reportaron 0.40% de abortos provocados.

Respecto al porcentaje elevado de abortos sépticos, este se puede explicar porque en dicha población departamental el 64% de la población es

indígena y el 82% de la población es Rural, por lo tanto sus costumbres, creencias y conocimientos sobre el aborto pueden interferir con la consulta temprana a un centro asistencial para recibir un tratamiento adecuado y

-43-

oportuno y las pacientes asisten con comadronas lo que algunas veces complica el manejo del Aborto.

La edad gestacional que más se presentó al momento del aborto es de 9-13 semanas (42.42%). La literatura dice que es en el primer trimestre del embarazo donde ocurren con mayor frecuencia los abortos (6).

El 0.98% de historias clínicas no tenían anotada la edad gestacional al momento del aborto, esto se puede deber a que la mayoría de las pacientes, no recuerdan la fecha de última regla, o bien muchas se encontraban dando lactancia materna por lo que no sabían la fecha de su última regla, o bien por que los médicos no hacen una buena anamnesis.

La edad de las pacientes en donde se presentó mayor frecuencia de abortos se encuentra entre los 20-24 años(24.92%), seguida de 25-29 años (19.46%), y la frecuencia disminuye entre mayor edad tenga la paciente, lo anterior podría deberse a que en dicho departamento la población en edad fértil es alta, la fertilidad en estas pacientes es mayor, y la vida sexual es activa, no tienen experiencia ni conocimientos sobre embarazos de alto riesgos, no aceptan los métodos de planificación familiar.

Respecto al estado civil de las pacientes se encontró que 46.89% se encontraban casadas, seguido de 32.71% de estado civil unida. Por lo que podemos decir que un alto porcentaje de la población contaba con apoyo por parte de su pareja.

El 3.22% de historias clínicas no tenían anotado el estado civil de las pacientes.

Respecto a la ocupación de las pacientes el 66.44% es Ama de Casa, con una mayor frecuencia entre la edad de 20-24 años. Estudios realizados han demostrado que el grupo etareo más afectado ha sido el de 20-29 años (13). La segunda ocupación que más se presentó en este estudio eran profesionales lo cual puede ser un factor de riesgo laboral ya que muchas veces desencadena estrés. La literatura dice que el estado civil y grado de escolaridad pueden influir en llevar a cabo un embarazo exitoso(9).

El 28.59% de historias clínicas no tenían dato sobre ocupación lo cual se debe a que los médicos no preguntaron o no lo consideraron importante para el diagnóstico y manejo del aborto.

En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos el 22.46% de las pacientes tenían más de cinco gestas y el 20.94% de las pacientes tenían de 2-4 gestas lo que indica que un alto porcentaje de las pacientes eran multigestas y solamente 1.92% de la pacientes no tenían antecedentes de gestaciones anteriores al aborto. El 20.67% de las pacientes eran multíparas, seguido de 18.52% de gran multíparas.

El 19.6% de la población tenían antecedentes de aborto y 2.10% de la población tenían antecedentes de una y mas cesáreas .

La literatura dice que la posibilidad de llevar a término un embarazo después de dos abortos es del 70% y luego del tercer aborto 25% (15).

-44-

Entre las numerosas causas susceptible de provocar un aborto se señala como factor anatómico a la cicatrización uterina por cesárea previa (6,7)

El 43.62% de las historias clínicas no tenían antecedentes Gineco-Obstétricos.

Con respecto a los antecedentes Gineco-Obstétrico por grupo etareo las pacientes que se encontraban entre los 20-24 años tenían más antecedentes de gestaciones.

El 21% de las pacientes comprendidas entre los 15-19 años tenían antecedente de aborto previo, lo que nos indica que estas pacientes en su primer aborto no recibieron un buen plan educacional, ni orientación con respecto a salud reproductiva y planificación familiar. La literatura nos dice que la mujer que experimenta aborto presenta un riesgo alto de volver a embarazarse sin planearlo; de no recibir una atención especial, enfrentarán este riesgo a diferencia de las mujeres post aborto, quienes pueden retrasar el retorno de la ovulación por medio de la lactancia, cosa que no sucede en el aborto (31).

En tanto al tratamiento brindado a las pacientes con diagnóstico clínico de aborto se observó que a 99.42% de ellas se les realizó LIU, el 0.09% de pacientes ameritó la realización de otro tipo de tratamiento quirúrgico puesto que en el mismo porcentaje se presentaron complicaciones, solamente a 0.58% de las pacientes no se les realizó legrado por haber presentado abortos completos.

Al 100 % de pacientes se le brindó tratamiento farmacológico, de este el más frecuente fue la reposición de líquidos y electrolitos, antibióticos 25.06% y analgésicos 19.37%. Respecto al tratamiento farmacológico según tipo de aborto, se observó que, el 18.52% de los abortos incompletos se les administró tratamiento antibiótico. La literatura indica que el tratamiento óptimo radica en dos factores claves: evacuación del útero y antibioterapia intensiva por vía parenteral antes, durante y después de la extracción de tejidos necróticos por legrado (32).

No debemos olvidar que un tratamiento efectivo del aborto depende de un diagnóstico temprano.

El aborto provocado y séptico presentaron complicaciones en 0.04%, siendo la perforación la única complicación presentada, cuyo tratamiento respectivo brindado fue laparotomía y corrección de perforación para ambas pacientes. Lo anterior indica que tanto el aborto provocado como séptico tienen mayor probabilidad de complicarse puesto que los mismos muchas veces son efectuados por personas que no tienen el conocimiento suficiente sobre un aborto y lo practican de forma clandestina y sin llevar a cabo técnicas asépticas (6). También podemos decir que el bajo número de

complicaciones presentes en este estudio se puede deber a que muchas de las pacientes que han sido previamente manipuladas ya sea por médicos o comadronas no consultan a los hospitales, puesto que tienden a ir con el médico o enfermera que las manipuló previamente o bien por el temor a las sanciones sociales o religiosas que esto implica.

-45-

El aborto tiene una estancia hospitalaria promedio de 1.84 días, siendo el aborto séptico (2.34 días) seguido del molar (2.27 días) quienes tienen mas días de estancia hospitalaria, esto se puede deber al estado clínico y complicaciones que cada uno de estos abortos presentan.

Del número de pacientes con historia clínica de aborto el, 19.60% pertenecían a la religión católica seguida de 16.87% de religión evangélica. Esto es importante en la aceptación de métodos de planificación familiar, lo que debe ser considerado por los equipos de salud.

IX. CONCLUSIONES

- La tasa de aborto en el departamento de San Marcos durante la realización de dicho estudio fue de 23.11 por mil nacidos vivos. El municipio que contó con mayor tasa de aborto fue Catarina con 79.23 por mil nacidos vivos, seguido del departamento de San Marcos con un 78.62 por mil nacidos vivos, ocupando el tercer lugar el municipio de San Pedro Sacatepequez .
- El aborto incompleto se presentó con mayor frecuencia con un 90.11%. La edad gestacional que se presentó con mayor frecuencia fue de 9-13 semanas con un 42.42%. El grupo etareo que se presentó con mayor número de frecuencia se encontró comprendida entre la edad de 20-24 años con un 24.92%, seguida de 25-29 años con un 19.46%.
- Un 19.60% de las pacientes pertenecían a la religión católica seguida de la religión evangélica con un 16.87%; el 46.89% de las pacientes estaban casadas y el 3.22% no tenían anotado estado civil. El 66.44% eran ama de casa.
- El 22.46% de las pacientes tenían antecedentes de mas de cinco gestas solamente el 1.92% no tenían antecedentes de gestaciones anteriores.
- El 43.62% de las historias clínicas no tenían anotado antecedentes Gineco-Obstétricos.
- Con respecto al tratamiento a un 99.42% de las pacientes se les realizó LIU, el 0.09% ameritó la realización de otro tipo de tratamiento quirúrgico, en el mismo porcentaje se presentaron complicaciones. Un 100% de las pacientes se les brindo tratamiento farmacológico, de este el más frecuente fue la reposición de líquidos y electrolitos.
- Se reportaron 0.04% de complicaciones, siendo la perforación la única complicación, cuyo tratamiento fue laparotomía y corrección de perforación. el tipo de aborto presentado fue el provocado, seguido del aborto séptico.

- La estancia hospitalaria promedio en días fue de 1.84 días, ocupando el mayor promedio de días el aborto séptico, molar.
- No hubo muerte intra hospitalaria por aborto séptico.

-47-

X. RECOMENDACIONES

- Promover un plan educacional y capacitación a las comadronas, informándoles que las hemorragias durante el embarazo pueden culminar en aborto, por lo que deben ser referidas al hospital con el fin de evitar manipulación y complicaciones posteriores.
- Realizar una historia clínica completa, y a la vez se investigue el mayor número de antecedentes obstétricos y la etiología para poder ser utilizados en estudios posteriores y no constituya un factor limitante.
- Llevar un mejor control del libro de egresos del departamento de Gineco Obstetricia, pues mucho de los casos de aborto no son anotados correctamente.
- Se considera conveniente intensificar programas de planificación familiar y prestación de servicios consecuentes en beneficio de la salud materno-infantil y de la economía de los hospitales.
- Se recomienda hacer uso de Aspiración manual Endouterina para reducir el tiempo de estancia hospitalaria de las pacientes post aborto.

XII. RESUMEN

Se revisaron 2235 historias clínica con diagnostico de aborto en los hospitales de San Marcos y Malacatán.

La tasa de aborto durante la realización de dicho estudio en dicho departamento fue de 23.11 por mil nacidos vivos, siendo el municipio de Catarina la tasa mas elevada con 79.23 por mil nacidos vivos, seguida de la cabecera departamental con 78.62 por mil nacidos vivos.

El aborto incompleto fue el que se presentó con más frecuencia con un porcentaje de 90.11, seguida del aborto séptico con 5.37%. Solamente se reportaron 0.40% de abortos provocados.

La edad gestacional que se presentó al momento del aborto fue de 9-13 semanas con un porcentaje de 42.42.

El 0.98% de historias clínicas no tenían anotada la edad gestacional.

El 46.89% de las pacientes se encontraron casadas, 66.4% de las pacientes eran Ama de casa con una mayor frecuencia de edad de 20-24 años. El 28.59% de historias clínicas no tenían dato de ocupación.

Con respecto a los antecedentes Gineco Obstétricos el 22.46% de las pacientes tenían más de cinco gestas, y el 20.94 tenían de 2-4 gesta, solamente el 1.92% no tenían antecedentes de gestaciones anteriores.

Al 99.42% de las pacientes se les realizó LIU, el 0.09% de pacientes ameritó otro tipo de tratamiento quirúrgico. El 0.58% se reportaron como abortos completos.

Un 100% de las pacientes recibieron tratamiento farmacológico , siendo este el más frecuente la reposición de líquidos y electrolitos.

Se reportaron 0.04% de complicaciones, siendo esta la perforación reportada, el promedio de estancia hospitalaria en días fue de 1.84 días.

Se recomienda intensificar programas de planificación familiar y prestación de servicios consecuentes en beneficio a la salud materno-infantil y de la economía de los hospitales. Realizar una buena anamnesis

por parte del médico, así como campañas de educación en salud, principalmente a los lugares que se encuentran mas aledaños a los hospitales.

-49-

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aruna Radbakrisbna. Et al. Temas en el tratamiento del Aborto. No.4 Ipas; 1999 pp 11-16.
2. Aborto Espontáneo.
[http //www internet usos mx/webpers/medina/default/htm](http://www.internet.usos.mx/webpers/medina/default/htm)
3. Algunas consideraciones sobre el aborto. La educación sexual como una alternativa en su prevención.
[http //bvs sld cu/revistas/mgi/vol17-03-01/mgi/13301 pdf.](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17-03-01/mgi/13301.pdf)
4. Arias de Blors, J. La fecundidad y la Mortalidad en Guatemala, Guatemala APROFAM, 1987. p42
5. Archivos del Departamento de Estadística. Jefatura del Área de salud del departamento de San Marcos.
6. Benson,R. Obstetricia and Gynecologic Diagnostic and Treatment, 5ta ed.Californe Lange Medical Publications, 1984,pp228-230, 1024-1026.
7. Calatroni, C y Vicente , R. Ginecología. 2da ed.Buenos Aires Panamericana.1984. pp184-201.
8. Carvalho, Islene. Aborto: de la necesidad al derecho. Revista Mujer Salud. 1996 pp3-11.
9. Cascante E.,Jorge. Et al. Morbilidad Materna en Centroamérica: El Aborto. Revista de Ginecología y Obstetricia. 1995. vol 5(1) pp8-12 .
- 10.Cunningham, Gary. Et al. Obstetricia Williams. 2da ed. Buenos Aires. Panamericana. 1998. (pp443-563)
11. CODIGO PENAL. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala 1995.83p

12. El Aborto.

<http://www.abcmdicus.com/articulo/pacientes/id/27/pagina/3/Aborto.html>.

-50-

13. Farfan B, Et al. Información y Conserjería en Planificación Familiar Post-aborto en cuatro hospitales de Centro América. Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia. 1997 7(2)pp46-56.

14. Fuentes, S. Eduardo. Aborto Espontáneo. Protocolo vigente del Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt .Guatemala. pp4-13.

15. González Merlo, J. Y J. R del Sol. Obstetricia. 7 ed; Barcelona. Masson Salvat 1997.p816

16. Goodman SB. Recurrent. Spantaneous abortión.
<http://escuera.med.puc.ci/paginas/Departamentos/Obstetricie/AnoRie.../abortorecurente.nun>.

17. Grajales, L. Et al. El costo estimado del Aborto en la Maternidad María Cantera de Remón 1990. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 1997 Vol 7(1)pp33-35.

18. INCAP. "Estudio Multicentro Sobre el Aborto" Guatemala, 1 de Octubre de 1995 pp3-19.

19. Indicadores Básicos de Salud en Guatemala. Memoria Anual. Ministerio Salud Pública, 2001.

20. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones Maternas por grupos quinquenales de edad, Según las Diferentes causas de muerte. Guatemala,1996.

21. Lavín A.,Pablo. Et al. "Precisiones sobre el Aborto. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1995.Vol5(60).pp318-327.

22. López, R. "El Aborto como problema de Salud Pública, en Elu, M.C y A, Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México.México D F. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México, 1994. pp85-90.

23. Los expertos hablan sobre el vínculo entre el Aborto y Cáncer de mama. <http://www.Urdahumana.org/temas/aborto-cancer.html>.

24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia y Control Epidemiológico. Área de Área de Salud Guatemala. Guatemala 1999 y 2000.
25. Novak, Edmund. Et al. Tratado de Ginecología. Aborto espontáneo y recurrente. 11 Ed. México DF: Interamericana, S.A. 1998, 924pp.

-51-

26. Olivares, C. Una Encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en la Población Urbana. Situación del Aborto en la Región. Bolivia. Edit. Centro de Información y Desarrollo de la mujer. 1998.
27. Organización Mundial de la Salud . "Complicaciones del Aborto. Directrices Técnicas y Gestorales de Prevención y Tratamiento. Ginebra. 1995. pp10-29.
28. Organización Mundial de la Salud. "Métodos Médicos de Interrupción del Embarazo Ginebra. 1997. pp4-10.
29. Ortiz, José. Modulo de Capacitación para personal en Salud. La Dimensión ética de la atención a Mujeres con Aborto. México, DF: IPAS/Gide. 1998. 13p.
30. Principales secuelas Físicas del Aborto.
[http // www gecitas com/hea hand/flatz/ 1526/ab 30071 htm](http://www.gecitas.com/hea/hand/flatz/1526/ab30071.htm)
31. Santizo, Roberto. Et al. El Aborto en Hospitales de Guatemala. Estudio Retrospectivo-Prospectivo. APROFAM. Marzo 1981 pp7-15.
32. Scott, J. Et al. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ta ed. Interamericana Mc-Graw Hill. 1994. pp219-229.
33. Schawartz, R. Et al. Obstetricia. 5ta ed. Ateneo. 1995. pp 175-179.
34. Tipos de Aborto o sus Consecuencias.
[http //www terravista pt/fernora/7785/fotos.htm](http://www.terraviva.pt/fernora/7785/fotos.htm)
35. Trupin, MD. Suzanne R. Abortion .
[http //www emdicine com/med/topics nun.](http://www.emedicine.com/med/topics/nun)
36. Velasco, V. Et al. Mortalidad Materna por Aborto en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1987-1996), Revista Médica IMSS. 1999 37(1). Pp73-79.

XIII. A N E X O S

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS
CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-/UNIDAD DE TESIS

Responsable: Liseth Sánchez
Departamento San Marcos

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN GUATEMALA

Boleta de recolección de información

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

- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| 1. Edad _____ | 5. Ultimo año de escolaridad aprobado |
| | No. De años en primaria _____ |
| 2. Grupo étnico: _____ | No. años en secundaria _____ |
| | No. años universidad _____ |
| 3. Estado Civil: | 6. Ocupación: |
| Casada | Ama de casa |
| Soltera | Estudiante |
| Unida | Profesional |
| Divorciada | Comerciante |
| Viuda | Otro: _____ |
| 4. Religión: | 7. Municipio de procedencia: _____ |
| Católica | |
| Evangélica | |
| Testigo de Jehová | |
| Mormona | |
| Otras: _____ | |

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 | 18. Hubo complicaciones |
| Diferido | SI |
| Séptico | NO |

Inevitable
Completo
Incompleto
habitual
Molar

16. Estancia hospitalaria:

No días _____

No. horas _____

17. Tratamiento:

___ Farmacológico:

Antibiótico
Reposición L/E
Transfusión
Analgésicos
Sedantes
Fenobarbital

___ Quirúrgico

___ Legrado:

LIU
AMEU

21. Observaciones : _____

19. Complicaciones del aborto
registradas:

___ Rasgaduras
___ Perforación
___ Endometritis
___ Peritonitis
___ Septicemia
___ Shock séptico
___ No dato

20. Tratamiento de las
Complicaciones:

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

Cuales: _____