

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

TITULO

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

Evelyn Susana Ortiz Gamboa

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, febrero de 2003

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	9
VI.	METODOLOGÍA	39
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	45
VIII.	ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
IX.	CONCLUSIONES	63
X.	RECOMENDACIONES	65
XI.	RESUMEN	67
XII.	BIBLIOGRAFIA	69
XIII.	ANEXOS	73

I. INTRODUCCION

El presente estudio fue realizado en el Hospital Nacional de Escuintla durante los meses de junio-julio del año 2002, con el propósito de caracterizar epidemiológicamente al aborto, proporcionando un perfil de la mujer que sufre el aborto, además identificando el tipo de aborto mas frecuente, describiendo también él o los tratamientos brindados a dichas mujeres y las complicaciones que las mismas presentaron. El trabajo fue realizado mediante una revisión de expedientes clínicos, de todos los casos diagnosticados como aborto durante el periodo de Enero de 1999 a Diciembre del año 2001.

Por ser el aborto un problema importante de Salud Pública, puesto que se considera como una de las primeras cinco causas de morbi-mortalidad materna (25), se consideró importante realizar la caracterización epidemiológica del mismo, lo que permitió delimitar al grupo de mujeres al cual se deben dirigir con mayor énfasis los programas de planificación familiar, encaminados a disminuir los niveles de morbi-mortalidad materna.

En este estudio se pudo observar que durante los tres años que se abarcaron se obtuvo una tasa general de aborto de 28 por mil nacidos vivos, lo que se considera una cifra baja en comparación con la reportada para América Latina de 40 por mil nacidos vivos, pero alta si se le compara con el promedio mundial de 15 por mil nacidos vivos (31). El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto, el tratamiento quirúrgico de elección fue el legrado instrumental uterino (LIU), a la mayoría de las pacientes se les brindo tratamiento farmacológico, mediante reposición de líquidos y electrolitos. De todas las pacientes consultantes 14 presentaron complicaciones importantes, en su mayoría no relacionadas a un tipo de aborto específico.

Se recomienda que en el departamento de Escuintla se apoyen los programas de salud reproductiva encaminados a disminuir en gran medida la incidencia de abortos, para que en un futuro las pacientes que requieran atención por un caso de aborto, reciban una atención integral, y así puedan mejorar su salud reproductiva, y evitar en lo posible un nuevo episodio de aborto.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero (9,7). Generalmente el mismo ocurre antes de las veinte semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500 gm. Por una anomalía del producto de la concepción o del ambiente materno; mas del 10% de los embarazos terminan en aborto espontáneo, casi todos por existencia de defectos congénitos en el embrión que generalmente son incompatibles con la vida.

El vocablo aborto además se puede aplicar a dos entidades diferentes:

1. aborto espontáneo, el cual tiene su origen predominante en factores biológicos o en antecedentes mórbidos de la mujer.
2. aborto inducido: es el resultado de una decisión voluntaria de la mujer embarazada en la que influyen factores sociales, económicos y culturales.

Además los riesgos de que se complique o produzca la muerte depende de quien lo provoca y en que condiciones lo hace. (25)

A nivel mundial el aborto clandestino es común en adolescentes. Según la OMS se calcula que cada año ocurren entre 1 millón y 4.4 millones de abortos entre las jóvenes de 10 a 24 años y que la mayor parte de estos son peligrosos porque los realizan personas no capacitadas y en condiciones ilícitas y peligrosas. (3)

En América Latina no esta legislado el aborto por lo que una mujer con un embarazo no deseado no puede solicitar lícitamente a un profesional médico que le

practique como método para regular la fecundidad, por lo que se supone que esta mujer recurrirá al aborto clandestino lo que aumenta el riesgo de complicaciones y la mortalidad materna. (25)

Por ser el aborto un problema social y de salud pública que constituye la causa más frecuente de mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y por que en países subdesarrollados es el responsable de una de cada tres o cuatro muertes maternas, se considera importante abordar el tema en el presente trabajo de investigación; además no se tiene una idea real de la magnitud actual del problema, y de las características, así como de los factores de riesgo que predisponen al aborto encontrando cierta información que sólo ofrece una idea parcial del problema.

III. JUSTIFICACION

Como no se cuenta con un estudio que refleje el real comportamiento, características y factores que se dan en el aborto durante los últimos años, especialmente en el área de salud de Escuintla y debido a que es un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia a la mujer guatemalteca, resulta trascendental identificar los factores que lo predisponen, así como las características de las mujeres afectadas, con el fin de tratar de modificarlos en un futuro cercano y disminuir así la morbi-mortalidad de este proceso; puesto que según la OMS en 1997 se calcula que cada año 20 millones de mujeres se someten anualmente a un aborto en condiciones de riesgo lo cual causa 70,000 muertes maternas debidas principalmente a las complicaciones que se presentan puesto que las mujeres se realizan el aborto en condiciones clandestinas y con personal no calificado, lo que deteriora la calidad de atención y eleva innecesariamente los costos, no solo para las mujeres sino también para el sistema hospitalario, puesto que las complicaciones debidas a aborto generalmente requieren hospitalización y tratamiento especializado.

Por el impacto familiar y social que tiene el aborto afecta la dinámica familiar, debido a que no solo afecta emocionalmente a la mujer que aborta, sino también a la familia de la paciente sobre todo si esta no cuenta con los recursos económicos necesarios para la atención de la mujer o no tiene acceso inmediato a los servicios de salud, ya que puede acontecer la muerte materna. Pero si esto no llegara a ocurrir lo grave es que la mujer queda con grandes secuelas físicas (esterilidad, trastornos menstruales, intenso dolor, posteriores nacimientos de niños muertos, embarazos ectópicos, abortos espontáneos recurrentes, etc); y psicológicas, debido a que sienten aversión a su pareja, por lo que terminan separándose de la misma en un 70% de los casos (según estudios) o presentan una desarmonía general en sus relaciones interpersonales. Además pueden presentar otros efectos como insomnio, pérdida del apetito y de peso, agotamiento, nerviosismo,

disminución de la capacidad de trabajo, frigidez o algunos otros efectos psicológicos mas graves como: culpabilidad, impulsos suicidas, sensación de perdida, retraimiento, inferior autoestima, conducta autodestructiva, ira, abuso de los niños, etc. Los cuales requerirán atención especializada. (4,16)

Las razones por las que una mujer decide recurrir al aborto son 51.6% sociales, 22,8% económicas, 14.3% familiares, 5.7% salud, 3.3% personales y 2.2% violación. (11)

En Guatemala no se conocen cifras exactas del aborto, ni a nivel nacional ni a nivel departamental, únicamente se cuenta con datos de la dirección general de servicios de salud (DGSS) en sus memorias anuales del año 2000 en donde reportan para el departamento de Escuintla un número de abortos de 317, contando con una sola causa de muerte materna debida a aborto séptico, de un total de población cubierta de 28,330 habitantes; de los cuales se atendió un total de partos de 14,197 por lo que la frecuencia del aborto representa para ese año solamente un 2.52% considerándolo como una cifra muy baja y poco creíble debido a la cantidad de población cubierta ese año en ese departamento.

El presente estudio caracterizará el aborto, cuantificara la prevalencia, describirá características generales y Gineco-obstétricas de las mujeres afectadas, las complicaciones del mismo y el tratamiento utilizado, cuantificará la estancia hospitalaria con la finalidad de proponer medidas pertinentes y ayudar a fortalecer en mayor medida los programas ya existentes.

Será útil como referencia y actualización del aborto en el área de salud de Escuintla, además de proporcionar datos relevantes para el uso del hospital ya que se establecerán cuales son las complicaciones debidas al aborto (infección, infertilidad, hemorragia importante, dolor pélvico crónico, etc) que generalmente requiere mas días de hospitalización que un aborto no complicado y un tratamiento mas especializado (antibióticos, transfusiones sanguíneas, etc). Se determinará el promedio de días de estancia hospitalaria debido a complicaciones o al tratamiento de las mismas por aborto ilegal o provocado y por aborto espontáneo, ello permitirá modificar conductas que inciden en la

reducción de la morbi-mortalidad materna, lo que además contribuirá a disminuir los gastos hospitalarios.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Nacional de Escuintla durante el periodo del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2001.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Cuantificar la prevalencia del aborto en el Hospital Nacional de Escuintla.
2. Describir las características generales (edad, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia) de las mujeres atendidas en el hospital de Escuintla.
3. Identificar las características Gineco-obstétricas (número de gestas, partos y abortos) de las mujeres atendidas en el hospital de Escuintla.
4. Cuantificar la estancia hospitalaria de las mujeres atendidas por aborto en el hospital nacional de Escuintla.
5. Identificar el tipo de aborto más frecuente en dicho hospital.
6. Describir el tratamiento más frecuente brindado a las mujeres que consultaron por aborto al hospital.
7. Describir las complicaciones mas frecuentes encontradas en las mujeres que consultaron por aborto a dicho hospital, en el período descrito.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Definición:

Se define como aborto a la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para sobrevivir fuera del útero. Se considera que el límite cronológico es a las veinte semanas o menos de gestación o en la que el feto pesa menos de 500 grm, o que mide menos de 25 cms. (7,9)

Historia:

La palabra aborto deriva del termino latino “aboriri” que significa, separar del sitio adecuado.

El aborto a sido practicado desde tiempos muy remotos debido al deseo de limitar el número de nacimientos. En el antiguo testamento ya se mencionaba el aborto y se condenaba su practica tanto que en el libro éxodo Cáp. 21 versos del 22 al 25 se cita: “si algunos vinieran e hirieren a mujer embarazada, y esta abortase, sin haber muerte, serán penados de acuerdo alo que el marido impusiese y juzgaren los jueces. Mas si hubiere muerte entonces pagaran vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe”.

En el papiro de Ebers (1550 años A.C) ya se describían métodos para inducir el aborto, dátiles, cebollas, fruto de acato, todo mezclado con miel y aplicado a la vulva.

En Grecia, la opinión en cuanto al aborto se encontraba dividida, por un lado estaban quienes apoyaban él aborto como Platón y Aristóteles, y por el otro lado se encontraban los que estaban en completo desacuerdo con el aborto como Sólon y Licurgo.

La iglesia cristiana a variado con los diferentes períodos de la historia. Tertuliano en el año 200 fue uno de los primeros en formular la idea de que el fruto del útero es un ser humano y que por eso el aborto se debía de considerar como un asesinato. San Agustín

diferenciaba entre un feto formado y uno no formado, consideraba que el aborto del no formado no constituía un asesinato.

Santo Tomas de Aquino introdujo el principio de que la vida tiene relación con el movimiento, y afirmaba que por eso la concepción empezaba hasta el momento que se percibieran los movimientos del feto o este diera la primera señal de vida. (18,28)

Con el cristianismo se generalizó la actitud de que el aborto era un acto vergonzoso e intolerable, y prevaleció la idea de que la mujer una vez estuviera embarazada no debería realizar ningún procedimiento abortivo. Fue debido a esta situación que dio inicio la práctica del aborto criminal la cual era desconocida antes de esto. (18,1) Muchos de estos abortos eran efectuados mediante legrados y desde entonces como ahora las complicaciones (perforación, sepsis, etc) eran los principales responsables de la muerte materna.

En 1,483 (A.D) Martín Lutero afirmaba que cuando un niño es concebido, el alma es creada junto con él; por lo que desaprobaba el aborto y rechazaba su práctica desde todo punto de vista. (28)

En 1,886 un 7 de noviembre fueron promulgados en el código penal Argentino 4 artículos (del 85 al 88) en donde se numeraban las distintas figuras del delito del aborto. (18)

En 1,871 el Código Penal Mexicano era el único en el mundo que proporcionaba una definición del delito de aborto, y se entendía por tal no el feticidio, ni la muerte del producto sino la maniobra abortiva (delito de aborto propiamente dicho). Entonces le llamo aborto en derecho penal: a la extracción del producto de la concepción y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, siempre que este se hiciera sin necesidad. Cuando a comenzado ya el octavo mes del embarazo, se le da también el nombre de parto prematuro artificial, pero era castigado con las mismas penas del aborto (Art. 569 del código penal de 1,871). (14)

En 1,929 la legislación mexicana conserva su antigua definición del aborto, pero agrego un nuevo elemento eminentemente subjetivo, consistente en que la extracción o expulsión del producto se hiciera con el único objetivo de interrumpir la vida del mismo. De este modo se inició la transición del delito de feticidio. Pero la reforma fue inútil porque además se agrego “se considerara siempre que ese fuera el objetivo del aborto voluntario y provocado, si se práctica antes de los 8 meses de embarazo” (Art. 1000 del código penal d

1,929). El aborto no era punible ni en grado de tentativa, ni cuando se debía a la imprudencia de la mujer.

Durante el siglo XX la legislación se generalizó la interrupción del embarazo no deseado en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia Post-revolucionaria (1920); posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la segunda guerra mundial. (1)

En 1,938 Suecia adoptó una ley en la que permitía los abortos terapéuticos, ya sea por razones médicas, humanitarias o eugenésicas. En 1,939 Dinamarca aprobó una ley que suministraba una interpretación amplia del aborto terapéutico. En el Japón en 1,948 se legisló el aborto considerándolo el método más capaz de disminuir el número de población.

A finales de la década de 1,960 la despenalización del aborto se extendió a casi todos los países desarrollados. Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos: 1) el infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales, 2) la superpoblación mundial, 3) el auge del movimiento feminista. (1)

El 22 de enero de 1,973 el tribunal supremo de los EEUU legalizó el aborto a petición a nivel nacional, ya sea estos voluntarios o electivos, ya que anteriormente solo se podían realizar en forma legal si era para salvar la vida de la madre. En 1,976 la corte suprema amplió este derecho a la mujer casada, quien podía practicarse el aborto dentro de los primeros tres meses del embarazo sin autorización del esposo. (10)

Hacia 1,980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación solo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos como: riesgo para la salud materna, situaciones de violación o incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas en el feto, o en situaciones sociales especiales (madre soltera o bajos ingresos). Otro 40% de la población residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condiciones de los plazos legales para su realización. (1)

En Guatemala en el capítulo III del código penal, se define el aborto en el Art. 133 como: la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

En el Art. 137 se cita: 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 provocar 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. (6)

A nivel mundial en la actualidad hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto.

Incidencia:

En ocasiones resulta difícil establecer la verdadera frecuencia del aborto por diversas razones, entre las cuales podemos citar:

- a. Hay abortos muy tempranos, los cuales son ignorados por la misma paciente y son interpretados muchas veces como simples retrasos menstruales.
- b. Casos de aborto espontáneos sin complicaciones por lo que no es necesario hospitalizar a la paciente.
- c. Además el hecho de que no toda paciente tiene acceso a servicios de salud.

A nivel mundial se calcula que cada año ocurren entre 1 millón y 4.4 millones de abortos, principalmente entre jóvenes de 10- 24 años según la OMS, estos principalmente ocurren en países en desarrollo y de ellos la mayoría se lleva a cabo en condiciones de riesgo debido a que frente a la ilegalidad del aborto las mujeres los realizan en condiciones clandestinas y peligrosas puesto que acuden a centros con personal no capacitado. Estas circunstancias deterioran la calidad de atención y elevan innecesariamente los costos, tanto para las mujeres como para el sistema hospitalario.

Se calcula que América Latina es la región del mundo con la más alta tasa de aborto inseguro, con 41 abortos por cada mil mujeres, casi tres veces más alta que el promedio mundial de 15 por cada mil, y cinco veces más alta que la de los países industrializados. (31)

Según un estudio realizado a nivel centroamericano la frecuencia del aborto (No. Casos / total de casos x 100), en los 6 países, incluyendo Guatemala fue de 4.8%, encontrándose significativamente mayor en: mujeres de más de 30 años, soltera, viuda o

divorciada, analfabeta o ningún año escolar, con cinco o mas gestas, sin cesáreas previas, con 1 o mas abortos previos, ningún control prenatal, fumadoras y consumidoras de alcohol. (5,19)

En los países que disponen ampliamente de métodos anticonceptivos o donde el aborto no es ilegal (Ej: Brasil), las mujeres que abortan se encuentran entre las mas jóvenes o que están terminando su ciclo reproductivo, entre las mas educadas y entre las de sectores más altos y con mayor actividad laboral. No siendo así en Guatemala donde el uso de anticonceptivos es de sólo un 23%. (13,31)

El impacto demográfico más negativo del aborto es la contribución del mismo a la mortalidad materna, la cual se calcula para el aborto inducido que representa entre un 30% y un 50% de las causas de mortandad materna en América Latina. Este tipo de aborto practicado en condiciones de clandestinidad, determina situaciones de alto riesgo de muerte materna. Este riesgo resulta mas alto para las mujeres de condiciones socio económicas mas bajas, las mas jóvenes, quienes tienen un alto numero de hijos y quienes tienen antecedentes de aborto. (19)

En Guatemala no se conocen datos exactos acerca de la frecuencia del aborto debido al sub-registro existente, aunque según datos de memorias anuales de la DGS del año 2000 ocurrieron en el departamento de Escuintla aproximadamente 317 abortos con una causa de muerte materna por aborto séptico, lo cual no coincide con datos estimados por el jefe del departamento de bioestadística del hospital nacional de Escuintla* quien calcula que cada año ocurre un promedio de 660 abortos (55 mensuales en promedio), atendiendo un total de partos de 14,197 en ese mismo año de los cuales 5576 fueron atendidos por personal médico; los cuales a su vez cubrieron un total de población de 28,330 habitantes.

Factores de riesgo:

Se han realizado diversos estudios a nivel mundial para determinar cuales son los factores de riesgo mayormente relacionados con el aborto. De los mismos estudios aunque no son concluyentes se ha llegado a determinar algunos factores como:

1. Tabaquismo
2. Uso de drogas, como cocaína.

3. Uso de bebidas cálidas como la infusión de orégano, el café, la miel de abeja, la cebolla.
4. Exposición prolongada al sol.
5. Actividad física extenuante.
6. Alimentación inadecuada.
7. Ser menor de 15 años o mayor de 34.
8. Medir menos de 1.45 mts.
9. Pesar menos de 40 kgs.o mas de 80 kgs. Antes del embarazo.
10. Padecer diabetes (a pesar de que actualmente esta controlada), enfermedades cardíacas, pulmonares o renales.
11. Presentar palidez intensa de la piel.
12. Presentar hipertensión arterial (aumento de la presión sanguínea).
13. Cesárea previa.
14. Multiparidad (mas de 4 embarazos).
15. Que haya tenido mas de dos abortos.
16. Que haya tenido óbito, o que el producto muera en la primera semana de vida.
17. Haber tenido un hijo con malformación congénita.
18. Período intergenésico (tiempo transcurrido entre la terminación de un embarazo y el siguiente) menor de 24 meses.
19. Datos de toxemia en embarazos previos.
20. Prueba del papanicolau sospechosa de cáncer cervico uterino. (24,29,8,19)

Señales de alarma:

Durante el embarazo pueden presentarse datos de alarma, estos son:

1. Sangrado genital.
2. Edema intenso.
3. Dolor de cabeza persistente.
4. Pérdida del conocimiento y convulsiones.
5. Presión arterial alta.
6. Ausencia de movimientos, o de latido fetal a partir del 6to. Mes.
7. Crecimiento uterino anormal (aumentado o disminuido).

8. Ruptura de la fuente antes de que se inicie el trabajo de parto.
9. Presencia de contracciones uterinas antes del 8vo. Mes.
10. Alteraciones en la presencia o posición del producto (sentado, atravesado, etc.) después del 8vo. Mes.
11. Ausencia de trabajo de parto a los 10 meses de embarazo.
12. Aumento excesivo o pérdida de peso.
13. Presencia de cualquier enfermedad durante el embarazo. (7)

Clasificación y clínica:

Se clasifica al aborto según la edad gestacional en:

1. Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana.
2. Embrionario: de la tercera a la séptima semana de gestación.
3. Fetal: de la octava a la vigésima semana de gestación.

Según la causa se clasifica en:

1. Causas fetales y ovulares:

Reciben la denominación de “huevos abortivos” los que de manera espontáneas sufren interrupción de su desarrollo normal. Originando su muerte y posterior expulsión. Constituyen aproximadamente el 50% de todas las interrupciones de la gestación. Estos abortos suelen producirse antes de la quinta semana de embarazo y se atribuyen a anomalías cromosómicas, es decir, a causas genéticas. Las alteraciones citogenéticas son la causa mas frecuente de aborto espontáneo. La gran mayoría de estas perdidas son ocasionadas por problemas de no disyunción cromosómica manifestadas como trisomias o monosomias de cromosomas en su mayoría autosómicas (cromosoma del 1 al 22), a pesar de la alta frecuencia de monosomias X (45,X), dentro de este grupo. Estas alteraciones son causantes del 50 – 60% de las pérdidas. (7,8)

La mayor frecuencia de abortos por causas genéticas se registra en mujeres de edades avanzadas, en parejas con antecedentes de aborto habitual, con hijos malformados o con antecedentes familiares de enfermedades cromosómicas. Los abortos pueden considerarse, en elevada medida, como regulador natural mediante el cual se logra que el nacimiento de un niño malformado sea un acontecimiento relativamente raro.

2. Causas maternas:

Las locales están circunscritas exclusivamente al aparato genital y motivan abortos frecuentes cuyo diagnóstico es previsible mediante el estudio por un ginecólogo.

Las generales afectan a la mujer antes o durante la gestación. Pueden ser endocrinas (diabetes, insuficiencia tiroidea, alteraciones suprarrenales, etc.), enfermedades de hipertensión e infecciones que cursan con altas temperaturas, aunque estas últimas raramente suelen provocar la interrupción de la gestación. La rubéola, la más grave de las infecciones virales de la madre gestante, es más causa de alteraciones y malformaciones fetales que de aborto, aunque lo motiva en casos de contagio precoz. La nicotina del tabaco representa otra amenaza para la gestación y aumenta la frecuencia del aborto espontáneo. (30,8)

Se pueden clasificar en:

a) Endocrinas:

El segundo grupo etiológico por frecuencia en la pérdida espontánea, lo constituyen las alteraciones endocrinas (hormonales) en un 30% dentro de las cuales una inadecuada producción de progesterona por el cuerpo lúteo es importante. Otras alteraciones como el hipotiroidismo, diabetes, hipertiroidismo pueden estar relacionados.

b) Infecciones:

Cualquier infección aguda, como bacteriemia o viremia, puede alcanzar al embrión o feto y producirle la muerte o una infección placentaria. Entre los diversos tipos de infección que se relaciona con el aborto se pueden mencionar:

- i. Virales: citomegalovirus, rubéola, epstein barr, herpes virus.
- ii. Parasitarias: enfermedad de chagas, paludismo, hidatidosis.
- iii. Crónicas: tuberculosis, brucelosis, sífilis.
- iv. Agudas: enfermedades del tracto urinario.

c) Inmunológicas:

La incompatibilidad de grupo sanguíneo debidas a ABO o RH. La frecuencia de este es de 3-5%. (30)

d) Tóxicas:

Se puede deber a intoxicaciones endógenas o exógenas, debidas a antagonistas del ácido fólico, talidomida, anticoagulantes, exposición constante a plomo, mercurio, arsénico y fósforo. También se cuentan el alcohol y el tabaco. (7,24)

e) Anatómicas:

Las anomalías anatómicas tanto congénitas como adquiridas, pueden conducir a la interrupción espontánea de la gestación, dentro de las anomalías congénitas deben destacarse:

- i.Las anomalías del desarrollo o fusión incompleta de los conductos de müller que dan lugar a diversas anomalías del útero y el cervix.
- ii.Las causas de insuficiencia cervical que pueden ser congénitas (desarrollo anormal) o adquiridas por traumatismos del cervix (dilatación excesiva, etc.).
- iii.Existencia de tumores uterinos en particular miomas submucosos o intramusculares.
- iv.La formación de adherencias en la cavidad uterina con aposición de zonas mas o menos extensas de ambas superficies es actualmente una causa reconocida de aborto.
- v.Posición utrina anormal especialmente incarceration por retroversión.
- vi.La endometriosis es una causa bien reconocida de esterilidad pero su papel en el aborto ha sido puesto en evidencia en los últimos años.
- vii.La formación de adherencias en la cavidad uterina con aposición o menos extensas de ambas superficies. (7)

f) 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 glomerulonefritis o nefrosclerosis. (30)

g) Psíquicas:

No se cuenta con pruebas válidas a favor de este concepto, sin embargo no puede negarse su frecuencia en la etiología general del aborto, la cual se calcula de 1 a 9 por cada 1,000 abortos. (7)

h) Factores masculinos:

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

i) Iatrogénico:

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.

j) Traumáticas:

La cuál a su vez se divide en trauma directo e indirecto:

Maniobras directas:

Son aquellas cuya finalidad es producir la muerte del huevo, lo cual es precedido por la expulsión del mismo.

Maniobras indirectas:

Son las que buscan la expulsión del producto por estimulación externa del aparato útero anexial.

El trauma externo es una causa frecuente de aborto, en la cual se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanza al útero, produciendo lesión placentaria, o lesión directa del embrión o del feto. Según su causa el aborto se divide en dos grandes grupos:

1. Aborto espontáneo:

Ocurre de manera natural, es decir, sin que la mujer u otra persona realice deliberadamente ninguna acción para provocarlo. Con una frecuencia del 15% de ocurrencia. (7) Por clínica el aborto espontáneo se divide en 6 grupos:

a) Amenaza de aborto:

Se caracteriza porque, en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con historia de amenorrea, un útero de características gestacionales y de tamaño acorde al tiempo de amenorrea, aparecen dolores localizados en el hipogastrio, tipo cólico o espasmódico, similares a los que ocurren durante la menstruación, o dolor en región dorso lumbar, los cuales coinciden con la contracción del útero, sin modificaciones de forma y dilatación 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 o semanas. El orificio cervical interno permanece cerrado.

Toda metrorragia en el primer trimestre de la gestación es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario. (7,20)

b) Aborto en curso:

El cual se divide en dos categorías:

I. Aborto inminente: exageración de los signos y síntomas de la amenaza de aborto. Los dolores se hacen más intensos y sostenidos, la hemorragia aumenta, se puede

acompañar de coágulos, hay modificación del cuello uterino sin ruptura de membranas. (7)

II. Aborto inevitable: se le llama inevitable debido a que hay rotura de membranas ovulares, estando el cuello dilatado. Se puede notar presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal. Generalmente las contracciones uterinas empiezan rápidamente, produciendo la expulsión del producto de la concepción o el desarrollo de una infección, hay signos que caracterizan este tipo de aborto, estos son:

- Borramiento moderado del cuello uterino.
- Signos de terminación del embarazo.
- Dilatación cervical
- Ruptura de membranas.
- Hemorragias por mas de 7 días.
- Persistencia de cólicos a pesar de la administración de analgésicos, narcóticos.

c) Aborto incompleto:

Cuando el producto de la gestación a sido expulsado parcialmente, los orificios cervicales están dilatados, se produce hemorragia, el útero se mantiene grande, sin retraerse totalmente, todo acompañado de dolor espasmódico. (7)

Si el embrión es expulsado, pero la placenta queda retenida en el interior del útero, la pérdida aguda de sangre puede detenerse durante cierto tiempo. No obstante, si unos días o semanas mas tarde se empieza de nuevo a sangrar, deberá procederse a extraer los restos que quedan en el útero, con lo que se brindará a la mujer mayores posibilidades de comenzar un nuevo embarazo. (30)

d) Aborto ignorado o huevo muerto y retenido:

Es la muerte fetal antes de las 20 semanas de gestación, con expulsión de material ovular hasta por ocho semanas después. (7)

e) Aborto recurrente:

Se entiende así cuando se han producido 3 o mas abortos espontáneos de forma consecutiva. El 3 a 5% de las parejas en las que se presenta este tipo de aborto tienen alguna anomalía congénita. Además la probabilidad de llevar a término el embarazo, después de un primer aborto es del 85% y luego de un segundo aborto es del 70%. La probabilidad que estos tipo de aborto sean del mismo origen es del 70-85%. (7)

Entre las principales causas encontramos las siguientes:

1. La causa más común es una anomalía del embrión, lo que da lugar a un feto tan anómalo que la naturaleza no permite que llegue a desarrollarse.
2. Un déficit de la hormona progesterona.
3. Una anomalía estructural del útero, que se puede apreciar mediante estudios radiológicos especiales.
4. Cervix o cuello del útero incompetente, es decir, incapaz de mantener el feto de forma segura en el interior. (30)

f) Aborto Séptico:

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado adecuadamente, este tipo de aborto se asocia más frecuentemente aunque no siempre es así, a aborto provocado. A veces, después de un aborto incompleto, los residuos que permanecen adentro en el interior del útero pueden infectarse, lo que supone una situación muy peligrosa. No solo se pone en peligro la salud de la mujer, sino también la posibilidad de un futuro embarazo. La infección puede extenderse desde el útero hasta las trompas de Falopio, produciendo así la imposibilidad de contacto entre los futuros óvulos y espermatozoides. (30) La sepsis que aparece tras el aborto esta provocada en la mayor parte de los casos por los microorganismos patógenos procedentes de la flora intestinal o vaginal. Los gérmenes más frecuentes son: peptoestreptococo (41) y E. Coli (14%).

La paciente cruza con dolor pélvico, hipersensibilidad suprapúbica, fiebre, taquicardia, secreción fétida de la vagina y el cuello uterino, y complicaciones de shock séptico que podrían llevarla a la muerte. (17)

2. Aborto inducido o provocado:

Debido a la interrupción intencional y consciente de un embarazo que se supone capaz de seguir progresando hasta el término.

Puede dividirse en varias categorías de acuerdo al motivo principal por el que se lleve a cabo en:

a) aborto terapéutico:

Se practica con el único propósito de proteger la salud de la madre, y se entiende por el fin del embarazo, antes de la viabilidad fetal. Se indica en casos en que la madre presenta cardiopatía descompensada, enfermedad hipertensiva vascular y carcinoma de cervix. (7)

b) aborto legal:

El aborto se interrumpe no por razones de bienestar materno o fetal, sino con el único propósito de poner fin al embarazo en curso. Sólo se realiza en países donde su práctica es legal. (1)

c) aborto eugenésico:

Interrupción del embarazo luego de comprobar por medios científicos aceptados por la medicina, que el feto sufre de alguna infección grave, deformación, o enfermedad heredada de sus padres o parientes. (1)

LOS DIFERENTES METODOS DE ABORTO

Métodos quirúrgicos

a) Succión o aspiración:

El 85% de los abortos en los EEUU se lleva a cabo por este método, en el primer trimestre del embarazo (12 semanas). Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado, una fuerte succión despedaza al bebe y lo deposita en un recipiente. (26,30)

b) Dilatación y curetaje (D y C):

Este método abortivo se utiliza a finales del primer trimestre o principios del segundo, cuando el bebe es demasiado grande para ser extraído por succión. Es similar a este ultimo método pero en lugar de despedazar al bebe por aspiración, se utiliza una cureta o cuchillo, provisto de una cucharilla, con una punta afilada con la cuál se va cortando al bebe en pedazos, con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Luego se

sacan estos pedazos con la ayuda de fórceps. Este procedimiento tiene mas riesgos para la mujer que el método de succión. (30)

c) Dilatación y evacuación (D y E):

Este método abortivo se utiliza comúnmente en casos del segundo trimestre del embarazo bien avanzado o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro del cervix para dilatarlo. Al día siguiente se insertan un par de fórceps con dientes de metal afilados, con los cuales se arrancan y retiran, pedazo a pedazo las partes del cuerpo del bebe. Como normalmente la cabeza del bebe es demasiado grande para ser extraída entera, la aplastan por compresión antes de sacarla. El abortista tiene que armar de nuevo el cuerpecito del bebe, una vez que extrae los pedazos, para asegurarse de que no se ha quedado nada dentro del útero de la madre, de lo contrario esta sufrirá una infección. (26)

d) Inyección salina:

Se utiliza solamente después de las 16 semanas. El líquido amniótico que protege el bebe se extrae, inyectándose en su lugar una inyección salina concentrada. El bebe ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos, convulsiones. Esta solución salina produce dolorosas quemaduras graves en la piel del bebe. Unas horas mas tarde, la madre comienza “el parto” y da a luz un bebe muerto o casi muerto. (26)

e) Prostaglandinas:

Este potente fármaco se administra para provocar violentas contracciones en el útero con objeto de expulsar al bebe prematuramente y causarle la muerte. Sin embargo, a veces el bebe nace vivo, lo que el abortista considera como una “complicación”. (26,30)

f) Histerotomía u operación cesárea:

Este procedimiento se realiza durante los tres últimos meses del embarazo. Consiste en realizar una cesárea, no con el objeto de salvar al bebe por nacer, sino para dejarlo morir

o para matarlo directamente. Como se trata de una intervención quirúrgica mayor tiene frecuentes complicaciones. (26)

g) Rotura de la bolsa amniótica:

Cuando el embarazo esta muy avanzado (décimo quinta semana), el método de la absorción ya no es aplicable, y el legrado se vuelve demasiado peligroso; se puede provocar un aborto artificial, mediante la ruptura de la bolsa amniótica. En esta intervención se dilata igualmente el cuello uterino. Después, el médico introduce unas pinzas alargadas con las que coge un pliegue de la bolsa amniótica y la abre. El líquido amniótico sale y el feto muere. Normalmente se expulsa el fruto muerto espontáneamente después de dos a ocho días. Para acelerar el proceso se le suele administrar a la paciente un medicamento que provoca las contracciones. Naturalmente la mujer tiene que permanecer en la clínica. Después del aborto, cuando ya el útero comienza a involucionar, se efectúa un legrado para evitar que queden restos de mucosa. Este método de interrumpir el embarazo encierra peligros, especialmente el de lesionar el útero, hemorragias internas e infecciones, ya que, después de la ruptura de la bolsa amniótica es fácil que entren gérmenes en el útero. (26)

h) Por “D & X” a las 32 semanas:

Este es el método mas espantoso de todos, también conocido como nacimiento parcial. Suele hacerse cuando el bebe se encuentra muy próximo a su nacimiento. Después de haber dilatado el cuello uterino durante tres días y guiándose por la ecografía, el abortista introduce unas pinzas y agarra con ellas una piernita, después la otra, seguida del cuerpo hasta llegar a los hombros y brazos del bebe; así extrae parcialmente el cuerpo del bebe, como si éste fuera a nacer, salvo que deja la cabeza dentro del útero. Como la cabeza es demasiado grande para ser extraída intacta; el abortista entierra unas tijeras en la base del cráneo del bebe que está vivo y las abre para ampliar el orificio, entonces inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión. Este procedimiento hace que el bebe muera y que su cabeza se desplome. A continuación extrae a la criatura y deporta la placenta. (30)

Métodos químicos

a) La píldora abortiva RU 486:

Sintetizada en abril de 1980, es un esteroide registrado comercialmente como Myfégyne (mifepristona). Es empleada conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se la emplea entre la primera y la tercera semana de amenorrea. Por este motivo es conocida como (la píldora del día siguiente). Actúa matando de hambre al diminuto bebé, al privarlo de un elemento vital para su desarrollo, la hormona progesterona. El aborto se produce luego de varios días de dolorosas contracciones. (26)

Existen además muchas mujeres que no deben usar la RU 486 debido a su historial clínico, tales como los casos de alergias (incluyendo el asma), la epilepsia, la insuficiencia adrenal, enfermedades del riñón, los desórdenes gastrointestinales y los desórdenes del hígado o de los pulmones. Las mujeres que han estado bajo tratamiento con esteroides en los últimos 12 meses también quedan excluidas. Así como las mujeres fumadoras o mayores de 34 años, las que padezcan de problemas circulatorios, glaucoma, anemia, etc. (21)

También hay medicamentos (no esteroides) que reducen la efectividad del componente prostaglandina (PG) de la RU 486/PG. Los medicamentos antiinflamatorios, tales como una simple pastilla de aspirina, son conocidos como inhibidores de prostaglandinas. Por tanto, su uso simultáneo con la RU 486 puede resultar en un aborto incompleto, lo cual es muy peligroso. (21)

Entre los efectos dañinos se encuentran dolorosas contracciones, náuseas, vómitos, diarrea y abundante hemorragia que dura días. Por lo menos una de cada cien mujeres necesita ser hospitalizada después de tomar estas píldoras. (26)

b) Misoprostol y Metotrexate:

La mortífera combinación de misoprostol y metotrexate (Cytotec), no solo destruye la vida por nacer, sino que además puede tener efectos fatales o dañinos para las usuarias. Entre dichos efectos se encuentran daño a los riñones, a los cromosomas, infertilidad, cáncer, intoxicación de los intestinos, convulsiones, vómitos, diarrea, desórdenes sanguíneos serios, menstruación excesiva, náuseas y dolores de cabeza. La propia

Asociación Médica de los Estados Unidos calificó de “prematurados” los recientes informes favorables al nuevo fármaco abortivo, ya que sus efectos adversos no son descubiertos durante las primeras etapas de las pruebas. (26)

c) La nueva amenaza contra la vida:

Desde los años 70 y con el apoyo de la OMS, se han realizado investigaciones con el propósito de bloquear la concepción, o inducir el aborto inmunológicamente.

El objeto de estas investigaciones ha sido la hormona gonadotropina coriónica humana (GCh). La GCh es la señal que el embrión en desarrollo le envía al útero, para que esté mantenga el crecimiento necesario de sus vasos capilares durante los primeros meses del embarazo, de esta manera el embrión puede implantarse y desarrollarse en él. Si los niveles de la GCh bajasen durante las primeras 6 a 10 semanas, el diminuto bebe moriría y sería desprendido de la cavidad uterina durante la menstruación, produciéndose un aborto temprano.

Los investigadores están buscando la manera de que esto ocurra intentando hacer que el sistema inmunológico de la madre ataque y destruya esta hormona, como si fuera una enfermedad. Los últimos “avances” de estas investigaciones han dado como resultado una vacuna abortiva, la vacuna GCh, la cual pronto podría tener un efecto de hasta dos años en seres humanos, puesto que las pacientes podrían estar abortando en cualquier ciclo en que el óvulo sea fecundado, o sea, prácticamente cada mes o alrededor de 12 veces al año. (26)

Complicaciones:

Por orden de frecuencia y gravedad, las complicaciones que más se presentan son:

- Hemorragia genital grave
- Infección que va desde endometritis hasta pelvi-peritonitis
- Lesión física a órganos genitales, como perforación uterina y en consecuencia la probabilidad de daño a estructuras vecinas
- Coagulación intra-vascular diseminada (CID)
- Sepsis

Entre las consecuencias a largo plazo figuran:

- Dolor pélvico crónico
- Embarazo ectópico
- Infertilidad (3,19)

Entre las complicaciones, que ameritan el ingreso al hospital se encuentra la infección y hemorragia, que obligan en ocasiones a tratamientos radicales como la histerectomía, aún en mujeres muy jóvenes.

En cuanto a las complicaciones a largo plazo, los resultados de múltiples estudios efectuados son contradictorios y gran parte de ellos tienen inconsistencia metodológica. Algunos sugieren que pueden afectar embarazos posteriores aumentando el riesgo de prematuridad, embarazo ectópico, aborto espontáneo o bajo peso del niño al nacer, especialmente en los casos de aborto repetido, o cuando bien, se han usado técnicas que han lesionado el cervix. De cualquier manera lo mismo que para el estudio de otros peligros potenciales del aborto, las complicaciones a largo plazo son más graves cuando se trata de aborto ilegalmente realizado, y esto no es casual; en la mayoría de los casos se debe a condiciones en que se realizan las intervenciones: personal no capacitado, escasas o nulas medidas de higiene, utilización de material o instrumental improvisado o inadecuado, intervenciones mal practicadas, desprotección y abandono a su muerte en caso de complicaciones.

La consecuencia más grave, es la muerte de la mujer y esta situación es particularmente complicada cuando esa mujer tiene otros hijos. La complicación frecuente es la infección, la que comúnmente se limita a la matriz, aunque puede llegar a extenderse llegando a producir incluso peritonitis.

Por otra parte no es rara la perforación accidental de las paredes de la matriz durante la dilatación y el legrado, pudiendo el desgarro llegar a afectar vejiga o intestino. (26,21)

Complicaciones de los diferentes métodos abortivos:

a) Complicaciones del método de succión o aspiración:

Infección, trauma del cervix, peritonitis, endometritis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etc.

b) Complicaciones del método de dilatación y curetaje (D y C):

El método de dilatación y curetaje tiene los mismos riesgos para la mujer que el de succión o aspiración, además de los siguientes: perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y trombo-embolismo.

c) Complicaciones del método de evacuación y dilatación (D y E):

Este método tiene los mismos riesgos para la mujer que el método de dilatación y curetaje. Apenas mencionado además de los siguientes: infección pélvica, renal, del cervix y peritoneal. También puede causar que la mujer tenga en futuros embarazos implantación ectópica, bebés de bajo peso o que nacen muertos, malformaciones congénitas, etc.

d) Complicaciones del método de inyección salina:

Ruptura del útero, embolismo pulmonar, otros peligrosos coágulos intra-vasculares, etc.

e) Complicaciones del uso de las prostaglandinas:

Ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de este, embolia cerebral y fallo renal agudo. (21)

Diagnóstico:

Este se realiza basándose en la historia clínica y el examen físico, pero además se puede utilizar métodos de gabinete tales como: ultrasonografía y la cuantificación de HCG (sub unidad beta). (7)

Tratamiento:

El mismo depende del tipo de aborto al que se este enfrentando, siendo por ejemplo: para la amenaza de aborto una conducta expectante. Para un aborto inevitable una conducta expectante, reposo y manejo del dolor. Si el aborto es incompleto pero la fase endometrial es menor de 10 a 12 mm en ausencia de menorragia, entonces se brinda manejo conservador, pero si esto no ocurre entonces se recurre a succión y curetaje. Si se trata de un aborto retenido, la conducta es activa realizando dilatación cervical y vaciamiento uterino, pero si el huevo muerto ocurre en el primer trimestre se puede recurrir al uso del derivado de prostaglandina E 1, Gemeprost en supositorios vaginales, son eficaces en el 77% de los casos de mujeres tratadas con el mismo. (21,7)

En casos de aborto recurrente el tratamiento depende de identificar o diagnosticar la causa del mismo, las cuales son con mayor frecuencia, anomalías cromosómicas, trastorno endocrinológico o una alteración del sistema inmune (por ejemplo, Sx de anticuerpo anti-fosfolípido, etc.) dependiendo de la causa así será el tratamiento a elegir. (7)

B. MONOGRAFÍA DEL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

Antecedentes históricos:

La antigua ITZCUINTLAN, capital de IZQUINTEPEQUE, asiento del señorío PIPIL, fue un rico e importante territorio en la época pre-colonial. Su conquista y sumisión solo fue posible cuando ya los españoles, preocupados por la resistencia de los Pipiles, decidieron incendiar sus poblaciones y cultivos. Obligándolos de esta manera a su rendición a los dominios de su Majestad don Carlos, Rey de España; en el año de 1527. Al decretarse la primera Constitución Política del Estado de Guatemala el 11 de Octubre de 1825, fue conocida la población de ESCUINTLA, la cual fue luego elevada a la categoría

de VILLA el 12 de Noviembre de 1825 y más tarde, el 19 de febrero de 1887 elevada a la categoría de CIUDAD.

El nombre de Escuintla podría provenir de ISCUINTEPEQUE o Cerro de Perros, posiblemente porque en las montañas de la región habitan muchos tepezcuintles que los españoles confundieron como perros. Conocido originalmente con el nombre de Nuestra Señora de la Limpia Concepción de Escuintla. Su fiesta patronal se celebra del 3 al 12 de Diciembre de cada año en honor a la Virgen de la Inmaculada Concepción de María, donde se realizan corridas de toros, peleas de gallos, eventos religiosos, culturales, deportivos, exposiciones ganaderas e industriales y toda clase de diversión.

Situación geográfica:

La República de Guatemala esta situada en la parte septentrional de Centroamérica, entre las latitudes norte 13°44' y 18°30' y las longitudes oeste 87°30' y 92°13'. Su extensión superficial es de 108,889 Km².

El departamento de Escuintla está ubicado en el extremo sur de la República, en el litoral del Océano Pacífico. Su extensión territorial es de Cuatro Mil Trescientos Ochenta y Cuatro (4,384) kilómetros cuadrados, con los siguientes límites: al Norte, los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez y Chimaltenango ; al Sur el Océano Pacífico; al Este, el departamento de Santa Rosa y al Oeste, el departamento de Suchitepéquez. El departamento de Escuintla está integrado por TRECE (13) municipios que son: Escuintla, Santa Lucía Cotzumalguapa, La Democracia, Siquinalá, Masagua, Tiquisate, La Gomera, Guanagazapa, San José, Iztapa, Palín, San Vicente Pacaya, y Nueva Concepción.

El municipio de Escuintla, sede de la Cabecera Departamental, esta ubicada al Norte del Departamento. Su extensión es de 435 kilómetros cuadrados, con los siguientes límites: al Norte, los municipios de Alotenango (Depto. de Sacatepéquez), Yapocapa (Depto. de Chimaltenango) y Palín (Depto. de Escuintla); al Este, los municipios de Palín y San Vicente Pacaya (Escuintla); al Sur, los municipios de Masagua y La Democracia (Escuintla); al Oeste, los municipios de Siquinalá y Santa Lucia Cotzumalguapa, ambos del departamento de Escuintla.

ESCUINTLA, llamada también Ciudad de las Palmeras y Golondrinas. Comprende las siguientes Aldeas: Florida, Aceituno, Las Chapernas, El Rodeo, Guadalupe.

Lotificaciones: El Canadá, San Gabriel, La Esperanza, Monterrey, Los Portales, El Recreo, Sebastopol, Aguas Vivas, Santo Tomas, El Carmen, Hunapú y la Chácara. Fincas: Las registradas suman un total de 79, todas con más de una caballería.

Topografía e hidrología:

Este departamento tiene dos áreas topográficas, la Norte y la Sur; La primera sobre la Sierra Madre, posee grupos volcánicos, entre los cuales destaca el Pacaya, además posee serranía de complicadas y elevadas crestas, altiplanicies dilatadas, desfiladeros y barrancos profundos, cráteres que revelan la actividad del suelo y lagunas.

En la parte Sur, llamada también Costa Grande, corren varios ríos que desembocan en el Pacífico y las planicies son extensas. En este Departamento se forma el famoso Canal de Chiquimulilla, que corre paralelo al mar hasta la frontera con el Salvador.

El clima es cálido en todo el Departamento, siendo más fresco y agradable en las partes montañosas, especialmente los municipios de Palín, San Vicente Pacaya y la parte alta de Guanagazapa.

La calidad de sus suelos constituye una de las riquezas más grandes del país, destacándose entre sus principales cultivos la caña de azúcar, algodón, café, palma para aceite comestible, toda la variedad de frutas del clima cálido, granos básicos, legumbres, plátanos, banano, plantas ornamentales y de forraje como el sorgo.

La agroindustria se proyecta en los ingenios azucareros, los beneficios de café, de arroz, desmotadoras de algodón y bananeras.

La ganadería ocupa grandes extensiones territoriales, es de buena calidad y la mayor parte se destina a la exportación, incluye ganado bovino, equino y porcino.

Su territorio es plano en un 80%, pues solamente hacia el Norte y al Este se encuentran algunas elevaciones.

Montañas: Del Salto, El Níspero, El Peñón, El Zapote, Vista Hermosa, Peña Blanca y Piedra Partida.

Cerros: Cara de Caballo, El Peñón, El Pino, La Pila, Mirandilla, Mongoy, Peña Aspera, Peña Blanca, Peña Colorada, Peña Partida y Tres Piedra.

Diversidad de ríos, riachuelos, zanjones, arroyos y quebradas se localizan dentro de los límites del municipio, destacando los ríos Achíguate, Cusmajate, Guacalate, Marínala, Michatoya y Mistanate.

En total se cuentan Cincuenta y cinco (55) ríos, nueve (9) riachuelos; tres (3) zanjones, un (1) arroyo y veintiún (21) quebradas.

Altitud y clima:

Altura máxima; 2,544 mts. sobre el nivel del mar (Volcán de Pacaya). Altura mínima: 0 pies sobre el nivel del mar (Costa del Océano Pacífico). Vientos: Dominantes los del Sur. Clima: El clima es cálido en la mayor parte de este departamento, registrando temperatura de 26/30 grados centígrados; a excepción de los municipios de Palín, San Vicente Pacaya y la parte alta de Guanagazapa, con temperaturas de 18/24 grados centígrados. Su topografía es generalmente plana, a excepción de su extremo Norte que limita con el altiplano central.

Vías de comunicación e infraestructura de comunicación social:

Este municipio registra alturas que van desde cuatrocientos (400) hasta dos mil ochocientos (2,800) pies sobre el nivel del mar, en sus extremos Sur y Norte respectivamente. La cabecera municipal (ciudad de Escuintla) esta situada a un mil ciento doce (1,112) pies sobre el nivel del mar y dista de la capital de la República, (ciudad de Guatemala) cincuenta y seis (56) kilómetros sobre vía totalmente asfaltada, que es la carretera Internacional del Pacífico, Ruta CA-2; contando también con vía ferroviaria de Ferrocarriles de Guatemala (FEGUA) con distancia de 47.7 millas. Tanto las aldeas como los caseríos y fincas de su jurisdicción tienen acceso a la cabecera municipal por caminos de terracería transitables en cualquier época del año.

Desarrollo económico productivo:

Sector Agropecuario y Forestal

Tanto por la fertilidad de su suelo como por sus excelentes condiciones naturales y su posición estratégica, este municipio tiene gran pujanza económica cuyas fuentes principales son la agricultura, la ganadería y la industria, todas igualmente importantes.

La **PRODUCCIÓN AGRICOLA** es variada y abundante. Los principales cultivos son: Caña de azúcar, café, maíz, yuca, banano, plátano, cardamomo, achiote, chinchona o quina, chile, tomate, y gran variedad de frutas tropicales, tales como: Naranja, coco, mango, papaya, piña, limón, guanaba, chico, zapote, jocote marañón, caimito y otras, todas de muy buena calidad y de gran demanda en el mercado. Se cultivan también algunas plantas forrajeras (sorgo, etc.) y son abundantes los pastos naturales.

La **PRODUCCIÓN FORESTAL** donde todavía se encuentran en sus bosques maderas finas para ebanistería, como cedro, caoba, matiliguete, palo blanco, conacaste y otras, así como algunas de construcción.

La **PRODUCCIÓN PECUARIA** se atiende en gran escala, pues hay grandes haciendas dedicadas a la crianza, esquilmo y engorde de ganado bovino. La mayoría poseen hatos de razas finas de altos rendimientos tanto de leche como de carne cuya producción en gran parte se destina al mercado de exportación.

En menor escala se explota la ganadería porcina y la aviar, aunque en los últimos tiempos se ha incrementado esta última pues se ha instalado varias granjas avícolas, con buena producción. Cabe mencionar que hay existencia de numerosas especies animales que eran abundantes en todo el Departamento de Escuintla y que venían a complementar la dieta alimenticia de su población, tales como venados, coches de monte (puercoespin), tepezcuintles, armadillos, iguanas y otras, cuya caza constituía emocionante entretenimiento. Aunque actualmente ya no abundan, todavía se les consigue aquí.

Sector Industrial

Funcionan en esta jurisdicción varias plantas industriales de gran importancia. La mayoría aprovecha materias primas propias de la región, entre estas, “PROAGRO” (Productos Agroindustriales, S.A.) elaboración de aceites y grasas vegetales; “IDOESA” (Industrias Oleaginosas de Escuintla, S.A.) también elaboradora de aceites y grasas

vegetales; la fabrica de jabones y detergentes “KONG HERMANOS”; “Industria Papelera Centroamericana S.A.”, productora de papel de diferentes clases; los ingenios azucareros “SANTA ANA”, “SAN DIEGO”, “MIRANDILLA” y “CONCEPCIÓN” todos estos de alta producción, pues como es sabido, el municipio de Escuintla es el mayor productor de azúcar del Departamento y este a su vez, el mayor productor en el país. Funcionan además, varios beneficios de café, aserraderos (Santizo y Del Sur), una fábrica de productos lácteos (Los Cubanitos), una fábrica de capas de hule, la fábrica de Productos Alimenticios Animales, S.A. (PAASA); la Planta Destazadora y Empacadora de Carne “El Ganadero”; la refinería “TEXACO”, la fábrica de Sacos de Kenaf “PROKESA”; varias fábricas de artículos de cemento y numerosas industrias pequeñas y talleres de artesanía. Del recuento anterior se infiere la importancia que tiene la INDUSTRIA en la economía de este municipio, máxime que muchas de estas son industrias integrales cuyo beneficio económico es mayor.

Propiedad de la Tierra

La tenencia de la tierra es privada latifundista, el 5.6% del total de fincas absorben el 85% de tierra y el número mayor de pequeñas fincas 78% absorben únicamente un 3.6% de la superficie total del departamento.

Cultura, Folklor y Costumbres:

Esta porción del territorio Guatemalteco es predominantemente ladina, sus patrones culturales tienen la fuerza de elementos hispánicos a excepción del Municipio de Palín al Norte del departamento cuyos pobladores reviven su raíz Pocomán.

Además, por su pujante impulso poblacional, Escuintla está influenciada por el movimiento urbano. Sus habitantes conservan celosamente sus cuentos y leyendas que forman un tesoro del folklor literario, manifestado en una infinidad de expresiones, entre estas: poesía, cuentos y música.

Hay además, grupos que representan danzas folklóricas en varios municipios, pero destaca el municipio de Palín, donde sobreviven tradiciones indígenas, trajes regionales, rituales de cofradías, manifestaciones religiosas y un mercado pintoresco que se desarrolla bajo el cobijo de su centenaria Ceiba que cubre la plaza central del lugar.

Dentro de los grupos folklóricos de Palín tenemos a la cofradía de Palín y a los Fieros de Palín.

El pueblo escuintleco también forja su ancestro en trabajos de madera, metales, cestería, cuero, cerámica, hamacas, muebles y en lugares aledaños a las playas son elaborados objetos de conchas y caracoles, artículos de pesca como atarrayas, lumpos y trasmallos.

Junto a estos surgen nuevos aportes creativos, como los bordados de Santa Lucía Cotzumalguapa, un grupo de artistas que han forjado una escuela bajo el impulso del artista Ramiro Gálvez y que coadyuva a preservar una de las artes de gran relevancia en el país, como lo es el bordado en hilos de oro y plata.

Así el escuintleco vive y conserva un legado heredado de la presencia española en nuestro suelo, sin olvidar desde luego su influjo precolombino evidente en el Museo de La Democracia y el parque de este pintoresco municipio, donde permanecen las monumentales cabezas de piedra tallada, para algunos prueba de la influencia Olmeca.

Junto a ellas se encuentran los lugares de El Baúl y Las Ilusiones en el Municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa, donde se destaca la raíz inicial de un pueblo que con el correr de los siglos ha aprendido a vivir con el pasado y el presente, rodeados de su eterno paraíso, formado por los árboles frutales y las palmeras bañadas de sol.

Dentro de la cultura de Escuintla también destacan personajes como el escritor y poeta Simón Bergaño y Villegas, Carlos Samayoa Chinchilla, el pintor que se ha dado a conocer internacionalmente a nivel de continentes Roberto Ramírez, y Carlos Rogel Martínez, el poeta Alfredo Morán, Antonio Brañas, la pintora Concepción de Masella (Conchita)etc.

Dentro de la música autóctona o folklórica se cuentan con el Tum, la Chirimía, la Marimba, Chinchines, etc. y dentro de la Música contemporánea, se cuentan en todo el Departamento con variedad de conjuntos musicales pero los conocidos nacional e internacionalmente es la “Banda Dimensión”, Marimba Orquesta “Ecos del Pacífico” y Marimba Orquesta “Palmeras”.

Deportes:

En todo el Departamento de Escuintla se practica la mayoría de deportes que se conocen, especialmente la natación, el fútbol, basquetbol, boleybol, boxeo, lucha libre, badminton, etc.; contando con la participación del Deportivo Escuintla en la Liga Mayor de Fútbol y hace algunos años el R.G.M., el Ases del Minar y posteriormente el Deportivo Tiquisate siempre en la liga mayor.

Costumbres:

Además de las folklóricas, Escuintla cuenta con las Ferias Municipales, Cantonales, de Aldeas; donde cada pueblo celebra en honor a su Santo Patrón, incluyendo la mayoría como costumbre y diversión: las carreras de caballos, peleas de gallos, carrera de cintas, toreadas, encuentros deportivos. Dentro de la gastronomía se acostumbra el tamal todos los sábados, el caldo de mariscos, los famosos ceviches variados, etc.

Centros o lugares turísticos

Naturales y Artificiales:

El departamento de Escuintla posee un paisaje con infinidad de sitios turísticos o de recreo, como ríos, pozas, grutas, cataratas y hermosas playas de arena sobre el océano pacífico.

Ubicado sobre la Sierra Madre, con una estructura accidentada, es atravesado por una gran cantidad de quebradas, riachuelos y ríos, entre estos el Nahualate, Madre Vieja o Patulul, Coyolate, Guacalate, Michatoya, María Linda, San Juan, etc.

No puede dejar de mencionarse el monumental Parque Nacional Pacaya, en donde el volcán también denominado Pacaya impone su presencia majestuosa. Es activo, pero durante sus períodos de calma es un área adecuada para el andinismo.

Escuintla posee playas de arena negra en los municipios de Iztapa, Puerto de San José, La Gomera, Nueva Concepción y Tiquisate, la mayoría cuenta con los servicios necesarios que facilitan la estancia en esos paradisíacos lugares. Entre otros atractivos naturales, pueden mencionarse las Grutas o cataratas de San Pedro Mártir, en el Municipio de Escuintla, ubicadas al pie del Cerro Socorro, formadas por el curso del río Michatoya, en jurisdicción de la Finca San Luis Buena Vista. La catarata está formada por cuatro caídas

de agua separadas por rocas de granito, parcialmente escondidas entre arbustos, ubicadas a 60 metros de altura. Otros atractivos naturales más son las Grutas de San Lorenzo en jurisdicción del Municipio de Guanagazapa, en donde cuenta la leyenda que fue encontrada la imagen de San Lorenzo, patrono del municipio; también en esa jurisdicción se encuentra el atractivo al natural Auto Safari Chapín, ubicado en el kilómetro 81 de la Ruta CA-2, a Taxisco; es una extensión donde se ha instalado un zoológico tipo safari con animales de diversos orígenes, así como instalaciones recreativas.

El Departamento de Escuintla posee en sus carreteras turicentros naturales y artificiales, entre estos podemos mencionar algunos: Aqua Park, Turicentro Sarita, Turicentro Texas, Santiaguito, Santillana de Mar, Aguas de Zarza, Agua Azul, Turicentro Martita, Turicentro El Guante, etc.

Aún se encuentran bosques de maderas finas y en cuanto a su fauna, aunque hay muchas especies, algunas se han visto diezmadas por los insecticidas utilizados para la fumigación de plagas, así como la cacería desmedida. Entre las especies se pueden mencionar venados, coches de monte, puerco espines, tepezcuintles, armadillos, iguanas, loros, pericas, etc.

VI. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Descriptivo.

Unidad de análisis:

Historia clínica de los casos de aborto ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Escuintla.

Universo:

Se incluyeron en el estudio todos los expedientes clínicos de los casos con diagnóstico clínico de aborto ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Escuintla en el período del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2001.

Criterios de inclusión:

Todos los expedientes clínicos de casos de aborto reportados en el período que abarca el estudio.

Variables a estudiar:

Variable	Definición	Operacionalización	Escala medición	Unidad de medida
Incidencia	No. De casos nuevos de una enfermedad entre la población de una comunidad, zona geográfica o grupo de edad en un lapso determinado.	No. De casos nuevos durante el período establecido obtenidos de los registros clínicos del hospital.	Numérica	Porcentaje
Características generales	a) Edad: tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento	Edad del paciente al consultar anotado en el expediente clínico.	Numérica	No. De años
	b) Grupo étnico: conjunto de personas pertenecientes a una nación o raza	Grupo étnico de la paciente que consulta, tomado de la historia clínica	Nominal	Maya Mestizo Ladino Otro
	c) Estado civil: condición de la persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Estado civil de la paciente que consultó, obtenido de las historias clínicas	Nominal	Casada Soltera Viuda Divorciada Unida

	d) Religión: conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, normas morales de conducta y prácticas	Religión de la paciente al consultar tomado del expediente clínico	Nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormona Otro
	e) Escolaridad: conjunto de cursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante para su formación	Ultimo año en la escuela cursado por la paciente al consultar	Ordinal	No. De años en: Primaria Secundaria Universidad Alfabeta Analfabeta
	f) Ocupación: emplearse en un trabajo, ejercicio o tarea	Lo referido al momento del ingreso según historia clínica	Nominal	Ama de casa Estudiante Profesional Agricultora Comerciante Otros
	g) Procedencia: principio u origen de la persona	Procedencia de la paciente que consultó, obtenida de la historia clínica	Nominal	Municipio
Antecedentes Obstétricos	Resumen global del estado obstétrico de la paciente hasta la fecha	Descripción de los datos obstétricos de la paciente en la historia clínica recavados por el	Nominal	No. De gestas No. De partos No. De abortos No. De cesáreas No. De hijos nacidos

		personal médico del hospital		vivos No. De hijos nacidos muertos
Edad Gestacional	Edad de un feto o recién nacido, expresado en semanas a partir del primer día de la última regla de la madre	Semanas de gestación de la paciente al consultar, tomado de la historia clínica	Numérica	No. De semanas
Tipo de aborto	Categoría sistemática que agrupa a las clases del aborto según su categoría	Descripción del tipo de aborto según análisis del personal médico descrito en las historias clínicas	Nominal	Aborto provocado Aborto diferido Aborto séptico Aborto inevitable Aborto incompleto Aborto habitual Aborto espontáneo Aborto completo Aborto molar
Estancia hospitalaria	Período de tiempo que permanece una persona dentro del hospital	No. De días de hospitalización de una paciente post aborto tomando fecha de ingreso y egreso de la historia clínica	Numérica	No. De días No. De horas
Tratamiento	Toda acción clínica y farmacológica que se pone en práctica para la	Tratamiento recibido por la paciente durante su hospitalización tomado del	Nominal	Farmacológico: Antibióticos Reposición de líquidos/electrolitos Transfusiones

	resolución de un problema de salud	expediente clínico		Analgesia Sedantes Fenobarbital Quirúrgico: Legrado intrauterino instrumental (LIU) Aspiración manual endouterina (AMEU)
Complicaciones	Proceso o fenómeno mórbido producido durante una enfermedad y que no es parte de ella	Efectos secundarios que se producen en las mujeres post aborto tomados de las historias clínicas del hospital	Nominal	Rasgadura Perforación Endometritis Salpingooforitis Peritonitis Septicemia Shock séptico No dato
Tratamiento de las complicaciones	Toda acción clínica o farmacológica puesta en práctica para la resolución de la complicación post aborto	Tratamiento que le dieron a la complicación, tomado del expediente clínico	Nominal	Laparotomía Corrección de Perforación Sutura de rasgadura Otros

Instrumento de Medición:

Se elaboró con asesoría del CICS una boleta de recolección de datos, en la que se incluyen las variables antes mencionadas.

Ejecución de la investigación:

Se inició captando los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el período delimitado, registrados en el archivo del hospital regional de Escuintla, luego se tomó la información según la boleta de recolección de datos y su ordenamiento. A continuación se procesaron los datos y se elaboraron conclusiones, recomendaciones y resumen. (ver cronograma)

Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico:

Se tabularon y presentaron los resultados y el tipo de análisis estadístico en base a EPIINFO.

Aspectos éticos:

Como en el presente estudio se realizó una revisión de expedientes clínicos de pacientes ingresadas con diagnóstico clínico de aborto, la información obtenida fue de carácter confidencial.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

INCIDENCIA ANUAL DE ABORTO POR MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

MUNICIPIOS	1999			2000			2001		
	N. VIVOS	ABORTOS	TASA **	N. VIVOS	ABORTOS	TASA **	N. VIVOS	ABORTOS	TASA **
ESCUINTLA	3609	204	56	3760	178	47	3823	155	40
DEMOCRACIA	641	12	18	210	11	52	537	8	14
PTO. SAN JOSE	973	67	68	1552	81	52	1098	65	59
MASAGUA	693	34	49	573	33	57	759	25	32
STA. LUCIA COTZ.	2227	86	38	2763	60	21	2678	54	20
GUANAGAZAPA	389	9	23	289	8	27	232	8	34
SIQUINALA	330	17	51	544	11	20	508	15	29
IZTAPA	420	19	45	381	24	62	392	15	38
LA GOMERA	1441	29	20	1493	28	18	1318	39	29
PALIN	553	9	16	619	16	9	589	6	10
TIQUISATE	1228	1	0.8	1825	2	1	1875	1	0.5
SN. VICENTE PACAYA	365	1	2	419	2	4	388	1	2
NVA. CONCEPCION	1413	0	0	1928	0	0	1655	0	0
TOTAL	14282	488	34	16356	454	27	15852	392	24

FUENTE: MEMORIAS DE LABORES DE LOS AÑOS EN ESTUDIO DE LA JEFATURA DE AREA DE SALUD DE ESCUINTLA Y REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA.

NOTA: TASA** POR 1000 NACIDOS VIVOS

CUADRO 2

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA, EN EL PERIODO DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2001.

MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
ESCUINTLA	537	31.7
DEMOCRACIA	31	1.8
SAN JOSE	213	12.6
MASAGUA	92	5.45
STA. LUCIA COTZ.	200	11.8
GUANAGAZAPA	25	1.48
SIQUINALA	43	2.55
IZTAPA	58	3.43
LA GOMERA	96	5.68
PALIN	31	1.84
TIQUISATE	4	0.24
SN. VICENTE PACAYA	4	0.24
STA. ROSA	270	16
JUTIAPA	38	2.25
CHIMALTENANGO	20	1.2
GUATEMALA	16	0.95
SOLOLA	3	0.2
SAN MARCOS	2	0.11
RETALHULEU	2	0.11
SUCHITEPEQUEZ	2	0.11
QUICHE	1	0.06
NO DATO	1	0.06
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 3
 EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	%
10 a 14	27	1.6
15 a 19	402	23.8
20 a 24	453	26.8
25 a 29	299	17.7
30 a 34	251	14.86
35 a 39	168	9.94
40 a 44	82	4.85
45 a 49	6	0.35
NO DATO	1	0.06
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 4
 GRUPO ETNICO DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	%
LADINA	14	0.83
INDIGENA	7	1668
NO DATO	1668	98.76
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 5

RELIGION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

RELIGION	FRECUENCIA	%
CATOLICA	188	11.13
EVANGELICA	113	6.69
MORMONA	2	0.12
TESTIGO DE JEHOVA	3	0.18
OTRAS	19	1.12
NO DATO	1364	80.76
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 6

EDAD Y ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

EDAD EN AÑOS	CASADA		DIVORCIADA		SOLTERA		UNIDA		VIUDA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10 A 14	4	0.24	0		5	0.3	18	1.06	0		27	1.6
15 A 19	86	5.09	0		90	5.33	225	13.32	0		401	23.74
20 A 24	120	7.1	2	0.12	78	4.62	252	15.09	0		452	26.76
25 A 29	82	4.85	2	0.12	40	2.36	173	10.24	1	0.06	298	17.64
30 A 34	80	4.74	0		25	1.48	144	8.52	1	0.06	250	14.8
35 A 39	53	3.14	0		11	0.65	101	5.98	2	0.12	167	9.89
40 A 44	39	2.3	0		6	0.36	37	2.19	0		82	4.85
45 A 49	0		0		1	0.06	4	0.24			5	0.3
SUBTOTAL	464	27.46	4	0.24	256	15.16	954	56.64	4	0.24	1682	99.6
TOTAL 1689 = 100 %												

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

NOTA: NO DATO SON 7 = 0.47 %

CUADRO 7

EDAD Y ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

EDAD EN AÑOS	ANALFABETA		ALFABETA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
10 A 14	7	0.41	5	0.3	12	0.71
15 A 19	28	1.66	91	5.39	119	7.04
20 A 24	37	2.2	114	6.75	151	8.94
25 A 29	27	1.59	61	3.61	88	5.21
30 A 34	29	1.72	59	3.49	88	5.21
35 A 39	26	1.54	32	1.89	58	3.43
40 A 44	27	1.59	9	0.53	36	2.13
45 A 49	2	0.12	0		2	0.12
SUBTOTAL	183	10.8	371	21.96	554	32.8
TOTAL 1689 = 100 %						

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

NOTA: NO DATO SON 1135 = 67.2 %

CUADRO 8

EDAD Y OCUPACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

EDAD EN AÑOS	AMA DE CASA		COMERCIANTE		ESTUDIANTE		PROFESIONAL		OTROS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10 A 14	22	1.3	0		3	0.18	0		2	0.12	27	1.6
15 A 19	293	17.35	2	0.12	19	1.12	2	0.12	86	5.09	402	23.8
20 A 24	321	19	3	0.18	5	0.3	17	1	106	6.27	452	26.8
25 A 29	219	12.96	2	0.12	0		10	0.6	68	4.02	299	17.7
30 A 34	181	10.72	6	0.36	0		4	0.24	59	3.49	250	14.8
35 A 39	119	7.04	3	0.18	1	0.06	0		44	2.6	167	9.89
40 A 44	57	3.37	0		0		0		25	1.48	82	4.85
45 A 49	4	0.24	0		0		0		2	0.12	6	0.36
NO DATO	0		0		0		0		4	0.24	4	0.24
TOTAL	1216	71.98	16	0.96	28	1.66	33	1.96	392	23.19	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

NOTA: EN OTROS SE INCLUYEN OCUPACIONES TAL COMO OFICIOS DOMESTICOS 96%, MESERA 1%, COSTURERA 0.5% Y OTRAS MENOS SIGNIFICATIVAS.

CUADRO 9

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

No. EVENTOS POR MUJER	GESTAS		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS		HIJOS VIVOS		HIJOS MUERTOS	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	410	24.27	297	17.6	1339	79.3	64	3.8	329	19.5	30	1.77
2	303	17.93	236	14	239	14.1	25	1.4	266	15.7	20	1.18
3	255	15.09	205	12.1	49	2.9	2	0.12	196	11.6	11	0.65
4	194	11.48	130	7.7	15	0.88	1	0.06	139	8.23	1	0.06
5	152	8.99	88	5.2	4	0.24			90	5.33	1	0.06
6	100	5.92	60	3.6	1	0.06			56	3.32		
7	71	4.2	40	2.4	1	0.06			44	2.6		
8	46	2.72	34	2	1	0.06			33	1.95	1	0.06
9	43	2.54	23	1.4					21	1.24	1	0.06
10	23	1.36	14	0.82					12	0.71		
11 Y +	53	3.14	22	1.3					17	1		
NO DATO	39	2.3	540	32	40	2.4	1597	95	486	29	1624	96.2
TOTAL	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 10
EDAD Y ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

EDAD EN AÑOS	T. PACIENTES		T. GESTAS		T. PARTOS		T. ABORTOS		T. CESAREAS		T. HIJOS VIVOS		T. HIJOS MUERTOS	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10 A 14	27	1.6	26	1.54	2	0.12	26	1.54	0		2	0.12	0	
15 A 19	402	23.8	399	23.62	120	7.1	399	23.6	13	0.77	130	7.7	1	0.06
20 A 24	453	26.8	446	26.4	308	18.2	446	26.4	30	1.78	330	19.5	11	0.65
25 A 29	299	17.7	295	17.46	259	15.33	293	17.3	20	1.14	274	16.2	7	0.41
30 A 34	251	14.9	239	14.15	222	13.14	238	14	19	1.12	227	13.4	16	0.96
35 A 39	168	9.9	163	9.65	156	9.24	163	9.65	8	0.4	158	9.35	17	1
40 A 44	82	4.9	78	4.62	78	4.62	80	4.73	1	0.06	78	4.62	13	0.77
45 A 49	6	0.4	4	0.24	4	0.24	4	0.24	1	0.06	4	0.24	0	
NO DATO	1	0.1	39	2.3	540	32	40	2.4	1597	94.5	486	28.8	1624	96.2
TOTAL	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

NOTA: T = TOTAL

CUADRO 11
TIPO DE ABORTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	%
ANEMBRIÓNICO	5	0.3
COMPLETO	37	2.2
DIFERIDO	3	0.2
ESPONTANEO	1	0.06
HABITUAL	1	0.06
INCOMPLETO	1221	72.3
INEVITABLE	88	5.2
MOLAR	15	0.88
PROVOCADO	11	0.65
SEPTICO	94	5.56
*EN CURSO	100	5.92
*FRUSTRADO	92	5.45
*INMINENTE	14	0.83
*RETENIDO	7	0.41
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

NOTA: ° OTROS DIAGNOSTICOS DE ABORTO ENCONTRADOS EN LOS REGISTROS MEDICOS, COMO DIAGNOSTICOS DE INGRESO.

CUADRO 12
ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA.

ESTANCIA HOSPITALARIA	FRECUENCIA	%
MENOS DE 24 HRS.	270	16
1 DIA	917	54.3
2 DIAS	356	21
3 DIAS	86	5.1
4 DIAS	35	2.1
5 DIAS	13	0.77
6 DIAS	4	0.24
7 DIAS Y MAS	8	0.48
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 13

TIPO DE ABORTO Y ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

TIPO DE ABORTO	No. CASOS		MENOS 24 HRS.		1 - 2 DIAS		3 - 4 DIAS		5 - 6 DIAS		7 Y + DIAS	
	F		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ANEMBRIONICO	5		0		3	60	2	40	0		0	
COMPLETO	37		6	16.22	29	78.38	2	5.4	0		0	
DIFERIDO	3		1	33.3	1	33.3	0		1	33.3	0	
ESPONTANEO	1		0		0		1	100	0		0	
HABITUAL	1		0		0		1	100	0		0	
INCOMPLETO	1221		219	18	931	76.25	65	5.32	4	0.33	2	0.16
INEVITABLE	88		11	12.5	64	72.72	7	8	3	3.4	3	3.4
MOLAR	15		2	13.3	7	46.6	4	26.6	2	13.3	0	
PROVOCADO	11		0		8	72.7	3	27.3	0		0	
SEPTICO	94		7	7.45	71	75.5	12	12.8	2	2.13	2	2.13
EN CURSO	100		13	13	82	100	5	5	0		0	
FRUSTRADO	92		8	8.69	66	71.7	15	16.3	3	3.26	0	
INMINENTE	14		3	21.18	8	57.14	3	21.43	0		0	
RETENIDO	7		0		3	42.85	1	14.3	2	28.57	1	0.06
TOTAL	1689		270	16	1273	75.36	121	7.2	17	1.02	8	0.47

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 14

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS DE PACIENTES ATENDIDAS POR ABORTO EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	FRECUENCIA	%
3 A 4	5	0.3
5 A 6	58	3.43
7 A 8	297	17.6
9 A 10	592	35.05
11 A 12	389	23.03
13 A 14	111	6.57
15 A 16	73	4.32
17 A 18	60	3.55
19 A 20	33	1.95
22 A 24	4	0.24
NO DATO	67	3.97
TOTAL	1689	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 15

TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO RECIBIDO POR PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

TIPO DE ABORTO	No. CASOS		ANTIBIOTICOS		LIQ. Y ELECT.°		ANALGESICOS		TRANSFUSION		FENOBARBITAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ANEMBRIONICO		5	1	20	5	100	2	40	0		1	20
COMPLETO		37	12	32.43	37	100	6	16.2	0		5	13.5
DIFERIDO		3	1	33.3	3	100	1	33.3	0		0	
ESPONTANEO		1	0		1	100	1	100	0		1	100
HABITUAL		1	0		1	100	0		0		0	
INCOMPLETO		1221	113	9.25	1120	92	92	7.5	22	1.8	52	4.3
INEVITABLE		88	28	31.8	88	100	12	13.6	3	3.4	13	14.8
MOLAR		15	3	20	15	100	2	13.3	3	20	1	6.6
PROVOCADO		11	10	91	10	91	0		1	9	0	
SEPTICO		94	94	100	93	99	23	24.5	5	5.3	1	1.06
EN CURSO		100	8	8	100	100	6	6	1	1	1	1
FRUSTRADO		92	15	16.3	92	100	10	10.8	0		8	8.7
INMINENTE		14	3	21.4	14	100	1	7.1	0		1	7.1
RETENIDO		7	2	28.57	7	100	1	14.3	1	14.3	0	
TOTAL		1689	290	17.2	1686	99.8	157	9.3	36	2.1	84	5

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA.

NOTA: LIQUIDOS Y ELECTROLITOS °

CUADRO 16

TIPO DE ABORTO Y COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

TIPO DE ABORTO	TIPO DE COMPLICACION									
	RASGADURA		ENDOMETRITIS		PERITONITIS		SHOCK	SEPTICO	TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PROVOCADO	1	7.14	0		0		0		1	7.14
INCOMPLETO	0		6	42.9	1	7.14	0		7	50
INEVITABLE	0		1	7.14	0		0		1	7.14
SEPTICO	0		1	7.14	1	7.14	3	21.43	5	35.7
TOTAL	1	7.14	8	57.18	2	14.28	3	21.43	14	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

CUADRO 17

TIPO DE ABORTO Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES, DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE ESCUINTLA.

TIPO DE ABORTO	TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES						TOTAL	
	SUTURA DE RASGADURA	%	LAPAROTOMIA	%	OTROS*	%	F	%
	PROVOCADO	1	7.14	0		1	7.14	2
INCOMPLETO	0		0		6	42.86	6	42.86
INEVITABLE	0		0		1	7.14	1	7.14
SEPTICO	0		2	14.29	3	21.43	5	35.71
TOTAL	1	7.14	2	14.29	11	78.57	14	100

FUENTE: REGISTROS MEDICOS, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

NOTA: EN OTROS* SE INCLUYE A LOS ANTIBIOTICOS.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional de Escuintla, y consistió en una revisión de 1,689 historias clínicas de pacientes que consultaron por aborto, durante el periodo del 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001. La tasa de aborto encontrada en el departamento de Escuintla para el año 1999 corresponde a 34 por mil nacidos vivos, en el año 2000 de 27 por mil nacidos vivos, y en el año 2001 de 24 por mil nacidos vivos, se puede apreciar una disminución de las tasas de aborto por año, esto debido a que el número de casos de aborto por año reportado fue cada vez menor, y el número de nacidos vivos por año fue en aumento (Cuadro 1). Estos datos llaman la atención puesto que se consideran altos si se comparan con el promedio mundial de 15 abortos por cada 1000 nacidos vivos. (31)

Se puede observar que el municipio con mayor incidencia durante los años de estudio fue Escuintla (31%), esto debido probablemente a que el acceso a los centros asistenciales (hospital, centro de salud) es fácil. También se pudo observar durante la realización de este estudio que en el hospital de Escuintla no solo se atiende a la población de dicho departamento, sino que también se cubren otros departamentos de Guatemala, tales como Santa Rosa (16%), Jutiapa y Chimaltenango, con un 2.2% y 1.2% respectivamente, también se cubrió población de departamentos tan lejanos como San Marcos, Quiché, Retalhuleu e incluso la misma capital (Guatemala) esto se debe a que Escuintla es un departamento donde se asienta mucha población migrante por las oportunidades de trabajo que ofrece (ver Monografía), principalmente durante el tiempo de corte de caña (zafra). (Cuadro 2)

Las edades de las pacientes atendidas por aborto en el hospital de Escuintla, oscilan principalmente entre los 15 y 24 años, lo que coincide con la literatura internacional que indica que el grupo de edad más afectado va de los 10 a los 24 años (3), por otro lado esto también significa que afecta al grupo de población económicamente activa, puesto que este grupo de edad, es el que desempeña labores productivas(3,19). Debido a que las mujeres

mas jóvenes de 10 a 14 años aun asisten, si es que lo hacen a centros educativos para su formación. (Cuadro 3)

Aunque en Escuintla predominó la ocupación de “ama de casa” en todos los intervalos de edad (72%), seguida de “otros” con un 23.2% (en este grupo predominaron los oficios domésticos), también se encontró un pequeño porcentaje de mujeres profesionales (1.96%), dentro del rango de edad mencionado al principio, estas profesionales culminaron carreras del nivel medio como maestras, peritos contadores, secretarias, y alguna enfermera. (Cuadro 8).

En lo que respecta al grupo étnico, la mayoría de expedientes revisados no contaba con ese dato (98.7%), así mismo la religión no fue reportada en el 81% de los casos, por lo que estas características no son relevantes para su interpretación. (Cuadros 4 y 5)

En cuanto al estado civil de las pacientes atendidas, el 83% refería una relación de pareja estable, puesto que el 56% se encontraba en condición de unida, seguida por el 27% en condición de casada (Cuadro 6). Esto difiere de los resultados de un estudio realizado por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) en Centroamérica, el cual consistió en comparar mujeres atendidas por aborto, de las atendidas por embarazo o parto, en el mismo reportan que el estado civil predominante en las mujeres que abortan es el de soltera, seguido por las viudas o divorciadas (5)

También resulta interesante observar que el grupo de edad predominante en el estado unidas y casadas es de 20 a 24 años y las solteras oscilan entre los 15 y 19 años, esto nos indica que estos grupos de edad son los que necesitan mas atención por parte del personal que trabaja en los programas de salud reproductiva, puesto que un evento de tal naturaleza a la larga puede influir negativamente en sus relaciones de pareja y en sus relaciones interpersonales. Puesto que está comprobado que un aborto deja secuelas, tanto físicas, como psicológicas en la mujer, la cual posteriormente necesitara un apoyo mas especializado. (4, 16)

Del total de población estudiada (1689), en ninguna papeleta apareció el grado de escolaridad de las pacientes, en 554 de las papeletas (32.8%) únicamente apareció el dato de analfabeta o alfabetada, lo cual no es concluyente para este estudio, a pesar de, que conocer este dato es importante para el diseño de programas y materiales educativos encaminados a orientar a la población afectada. Llama la atención que de ese pequeño porcentaje (32.8), el 33% era analfabeta y el 67% alfabetada, puesto que en su mayoría las mujeres analfabetas son las que tienden a presentar más abortos (5). El 67% de alfabetadas se puede explicar porque la mayoría de pacientes provenía de la cabecera departamental. (Cuadro 7)

En lo que respecta a las características gineco-obstétricas de las pacientes llama la atención que no se reporta el cero (0) como antecedente, esto es debido a que en las papeletas revisadas se tomó como antecedente de gesta al aborto actual, por lo que no aparecen pacientes con cero gestas (Cuadro 9). Hubo 39 papeletas que no reportaban este dato. Del total de papeletas revisadas, él 24% se clasificó como primigesta, seguida de un 17% como secundigesta, y un 15% como trigesta. El porcentaje de abortos fue disminuyendo conforme fue aumentando el número de gestas de las mujeres, lo que llama mucho la atención, puesto que es bien sabido que a mayor número de gestas aumenta el riesgo de aborto. (19)

También se observó que los rangos de edad mas afectados por el aborto oscilaron entre los 15 y 24 años (Cuadro 10), lo cual preocupa por las complicaciones que pueden conllevar los abortos, principalmente si son recurrentes, puesto que la fertilidad de las mujeres puede verse afectada (3, 19). Además se observó que en Escuintla hubo población de edad tan grande como 45 años, quienes aún presentaron embarazos (0.24%), con paridades tan grandes como 18 gestas (0.12%), lo cual preocupa, debido a que, aunque el porcentaje es pequeño resulta importante, puesto que estos eventos pueden aumentar la morbi-mortalidad materna. La edad tan grande de las pacientes nos puede indicar que el

programa de planificación familiar no esta llegando a la población que lo necesita, ya sea por falta de divulgación o porque no se desarrolla el mismo en las comunidades.

El tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia fue el incompleto (72%), seguido por el aborto en curso (6%) y el séptico (5.5%) y un menor porcentaje se atribuyó a aborto frustrado, inevitable y completo con un 5.4%, 5.2% y 2.2% respectivamente. Se reportaron 11 casos de aborto provocado (0.65%), aunque el porcentaje pudiera ser mas alto, ya que como se sabe, la mayoría de las veces las pacientes no confiesan, o no acuden a centros hospitalarios para su atención. (Cuadro 11)

En cuanto a la estancia hospitalaria se pudo apreciar que el 54% de las pacientes permaneció por lo menos 1 día en el hospital, seguido del 21% que permaneció 2 días, y un 16% que estuvo menos de 24 horas hospitalizada. Estas variaciones son debidas al tipo de aborto, al tratamiento proporcionado a las pacientes, a la disponibilidad de personal para realizar los legrados, a la evolución de la paciente, y en ciertos casos, si las pacientes ingresaban en fin de semana permanecían por lo menos 3 días hospitalizadas, esperando el egreso, luego de haber sido legradas. (Cuadro 12) La estancia hospitalaria de mas de 2 días estuvo relacionada directamente con el tipo de aborto (donde predomina el séptico), porque el tratamiento ameritaba mas tiempo de hospitalización, además por las complicaciones que presentaron las pacientes, tales como anemia, shock séptico, peritonitis, etc. , las cuales ameritaban observación y tratamiento mas especializado y prolongado. Una paciente permaneció 27 días hospitalizada porque presentó complicaciones secundarias a aborto séptico (shock séptico + peritonitis), por lo que fue intervenida quirúrgicamente en 2 ocasiones (laparotomía exploradora) y estuvo hospitalizada hasta que resolvió el cuadro clínico (Cuadro 13). Estos datos comprueban que efectivamente si se presentan complicaciones post aborto, los días de estancia hospitalaria aumentan. (3, 31)

La edad gestacional de las pacientes atendidas varió desde edades tan tempranas como las 4 semanas (diagnosticado por USG) hasta las 24 semanas, encontrando su máxima presentación entre las 7 y 14 semanas, lo que hace pensar que la causa de estos

abortos son anomalías cromosómicas, puesto que el 50% de pérdidas tempranas del embarazo son debido a las mismas (7), aunque no se pueden descartar otras causas. (Cuadro 14)

A un 99% de las pacientes consultantes se les realizó legrado, el procedimiento de elección fue el legrado instrumental intrauterino (LIU) en un 100% de los casos; debido a que la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) no es ampliamente conocida y no cuentan con el instrumental necesario para realizarla, según refirió el jefe del departamento de gineco-obstetricia del Hospital de Escuintla, a pesar de que esta técnica sería mas recomendable de utilizar, ya que implicaría un menor gasto para el hospital y menos tiempo de estancia hospitalaria para la paciente (20).

Por diversas razones tales como: entrar en la categoría de aborto completo, pedir egreso contraindicado, referencia a otros centros asistenciales (IGSS; APROFAM) o fugarse del hospital, al 1% de las pacientes no las legraron.

Al respecto del tratamiento farmacológico proporcionado, se pudo observar que las pacientes en su mayoría (99%), recibieron reposición de líquidos y electrolitos, independientemente del tipo de aborto presentado. El 17% recibió tratamiento antibiótico, y un 9% recibió tratamiento analgésico; la mayoría proporcionado a pacientes con aborto inevitable y primigestas, a pesar de que es bien sabido que el aborto es un acontecimiento doloroso, aunque no sea el primer episodio e independiente del tipo de aborto presentado (7). Otro 4.9% recibió fenobarbital, debido a que ingresaron con diagnóstico de amenaza de aborto, culminando en el mismo. Hubo un 2% de pacientes que recibió transfusión sanguínea puesto que a su ingreso presentaban un hematocrito de 4 o 5% lo que es considerado como muy bajo. (Cuadro 15)

Un pequeño porcentaje (0.82%) de las pacientes atendidas presentó complicaciones. De estas mujeres un 57% presentó endometritis, lo que coincide con lo descrito en la literatura donde se indica que la complicación post aborto más frecuente es la infección (endometritis), que comúnmente se limita a la matriz, aunque se puede extender produciendo incluso peritonitis (21, 26). Además el 21% presentó shock séptico (entre

ellas figura una paciente que permaneció 27 días hospitalizada). Otro 14% presentó peritonitis secundaria a aborto. Por último un 7% presentó rasgadura en el cervix, por lo que le realizaron corrección de la misma y brindaron el tratamiento adecuado hasta que se resolvió la complicación. Esta paciente fue catalogada como aborto provocado, aunque llama la atención que al egreso de la misma en la papelería se anotó como un aborto incompleto. La endometritis se hizo presente en el 42% del tipo de aborto incompleto, en un 7% en el inevitable, y otro 7% en aborto séptico. La peritonitis se presentó en el aborto incompleto con un 7%, y en el séptico en otro 7%. El shock séptico se hizo presente en el 21% de los casos de aborto séptico (Cuadro 16).

En lo que respecta al tratamiento de las complicaciones y al tipo de aborto en el que se presentaron las mismas, se puede mencionar que el 78% recibió antibiótico-terapia, independientemente del tipo de aborto presentado.

Un 14% de las pacientes recibió tratamiento quirúrgico (laparotomía exploradora) por aborto séptico y a un 7% le realizaron sutura de rasgadura por aborto provocado. (Cuadro 17).

También se pudo observar al revisar los expedientes clínicos, que de todos los casos de aborto revisados (1689), solo un 11% (180 pacientes) fue diagnosticado por ultrasonido, el resto se diagnosticó por clínica. Los diagnósticos realizados por ultrasonido fueron los que se reportaron como otros diagnósticos de aborto (Cuadro 11).

IX. CONCLUSIONES

1. La tasa de incidencia del aborto en el año 1999 fue de 34 x 1000 nacidos vivos, en el año 2000 de 27 x 1000 nacidos vivos, en el año 2001 de 24 x 1000 nacidos vivos, con una tasa general de aborto de 28 x 1000 nacidos vivos. La mayoría de pacientes consultantes residía en el municipio de Escuintla.
2. Dentro de las características generales se observó que las pacientes entre 15 y 24 años fueron las que más consultaron, el estado civil predominante fue el de unida (56.6%). La ocupación más prevalente fue la de ama de casa (72%), seguido de oficios domésticos (*otros). En lo que respecta al grupo étnico, la escolaridad y la religión los datos no fueron concluyentes.
3. Se determinó que las pacientes con diagnóstico de aborto en su mayoría se clasificó como primigesta (24%). El número de abortos fue disminuyendo conforme la paridad fue aumentando.
4. El tiempo promedio de estancia hospitalaria osciló entre 1 y 2 días, independientemente del tipo de aborto presentado por la paciente. Aunque el tipo de aborto más frecuentemente atendido en el hospital fue el aborto incompleto.
5. El tratamiento de elección proporcionado a las pacientes post aborto fue la reposición de líquidos y electrolitos en un 99.8%, seguido de los antibióticos y los analgésicos. En cuanto al tratamiento quirúrgico, a ninguna de las pacientes se le logró mediante la técnica de AMEU.
6. Un 0.82% de las pacientes presentó complicaciones, siendo la más común la endometritis; independientemente del tipo de aborto presentado, seguido por el shock séptico, donde el tipo de aborto predominante fue el séptico.

X. RECOMENDACIONES

1. Apoyar los programas de Salud Reproductiva encaminados a disminuir las tasas de aborto en el departamento de Escuintla.
2. Implementar la utilización del método de legrado por aspiración manual endouterina (AMEU) para las pacientes post aborto que lo requieran (según el tipo de aborto y la edad gestacional), para que de este modo se pueda disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y el costo económico que el mismo implica para el hospital.
3. Crear o actualizar protocolos de manejo para que la paciente reciba orientación sobre Planificación Familiar, Salud Reproductiva y consejería post-aborto intrahospitalariamente, antes de ser egresada, para que de este modo se pueda reducir la incidencia de aborto.

XI. RESUMEN

El presente estudio de tipo retrospectivo-descriptivo se realizó con el propósito de caracterizar el aborto en el Hospital Nacional de Escuintla, a través de la revisión de historias clínicas con diagnóstico de aborto durante el periodo del 1 de Enero de 1999 al 31 de Diciembre del 2001. Se encontró en los tres años de estudio una tasa general de aborto de 28 x 1000 nacidos vivos.

La mayor frecuencia de aborto se encontró en las pacientes comprendidas entre las edades de 15 a 24 años con un 50.6%, las pacientes de 10 a 14 años representaron un 1.6%. La religión se determinó solo en 325 expedientes, lo cual representa solo un 20% de la población total en estudio, por lo cual no fue concluyente, al igual que los datos sobre el grupo étnico y la escolaridad (analfabeta, alfabeto) que se obtuvieron solo en 1.24% y 32.8% respectivamente del total de casos.

La edad del producto de la gestación al momento de ocurrir el aborto fue tan temprana como 4 semanas y tan tardía como 24 semanas. Siendo las 7 a 14 semanas las que representan el mayor porcentaje (82%), seguido por las 15 a 18 semanas con un 7.8%. El aborto incompleto se reportó en un 72% del total de casos revisados. El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 1 a 2 días. Entre las características Gineco-obstétricas se observó que en promedio las pacientes tienen tres gestas, cuentan por lo menos con un episodio de aborto, tres partos, y algunas cuentan con una cesárea previa. El estudio demostró que a mayor número de gestas presentadas por las pacientes, menor es el número de abortos. En cuanto a las complicaciones, la endometritis se presentó en 8 casos de los 14 complicados, correspondiéndole un 57%, el shock séptico se presenta en un 21.4%, la peritonitis en un 14.3% y una rasgadura a la que le corresponde un 7%. De los 1689 casos registrados, a 19 no se les realizó legrado por diversas razones como: egreso contraindicado, referencia a otra institución, o paciente fugada. A todas las pacientes legradas se les realizó LIU. El tratamiento farmacológico más utilizado fue la reposición de líquidos y electrolitos en un 99% de los casos.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. “Aborto” Enciclopedia Microsoft Encarta en línea 2001
<http://www.encarta.msn.es> 4 marzo 2002
2. ACI, Digital. “Aborto es cuatro veces mas peligroso que parto, demuestra estudio”.
<http://www.aciprensa.com> 20-VI-00
3. Barnett, B. Mejores servicios pueden reducir riesgos de aborto.
Network en Español; 20 (3): 16-20p
4. Cabrera, R. Trauma post aborto y sanación en el holocausto de inocentes
Lima Perú: Ediciones Paulinas. Editorial Salesiana, 1991
5. Cascante, J. y E. Kestler et. al Morbilidad materna en Centroamérica: el aborto.
Ginec. Obst. Mex 1999; 1(5): 8-12p
6. Código Penal Ley creación del consejo nacional contra el crimen, la delincuencia, la violencia, la impunidad, Decreto 42-94. Guatemala. Jiménez y Ayala, 2001. 45p
7. Cunningham, G. Y P. Macdonald. et. al “Williams” Obstetricia: 20a ed. Buenos Aires. Panamericana, 1999. 1285p
8. Delgado, L. Biología I (apuntes de) Irapuato GTO; 1995 100p
9. Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona: Océano; 1994. 1210p
10. Espinoza, O. “EEUU. 25 años de la legislación del aborto” ACEPRENSA
16/98, Madrid, España. 28-1-98

11. Fernández, O. El aborto, Mitos y realidades (Bioética)
[e-mail:oscarfaaltavista.net](mailto:oscarfaaltavista.net)
12. Flores, H. Y B. Grajales. Importancia de la planificación familiar para jóvenes en el período post aborto. REVCOG (Guatemala) 1998. May-Ag; 8 (2): 29-32p
13. García, R. Y A. Gonzáles. Aceptación o rechazo del aborto por motivos maternos. Ginec. Obst. Mex 2000. May; 68: 198-202p
14. Gonzáles, F. Derecho penal mexicano 29ed. México. Porrúa, 1997.473p
15. Gutiérrez, M. Y M. Fernández et. al Pérdida gestacional recurrente. Un problema multifactorial. Ginec. Obst. Mex 1999; 67:158-163p
16. Hernández, E. “Síndrome post aborto”
<http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/gálvez.html>
17. Hernández, Morales, Pablo. Aborto séptico y no séptico el Hospital nacional de Escuintla; estudio retrospectivo comparativo en pacientes atendidas por aborto Séptico y no séptico en el hospital nacional de Escuintla durante el período del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1998. Tesis (Medico y cirujano)- Universidad de San Carlos, facultad de Ciencias médicas. Guatemala, 1999. 56p
18. López, C. El aborto y la historia
www.monografias.com
19. López, R. “El aborto como problema de salud pública” Maternidad sin riesgos en México. México D.F Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México, 1994.85-90p

20. Marín, F. Manejo del aborto con aspiración manual endouterina.
REVCOG (Guatemala) 1996 May-Ag;6(2):78p
21. Martín, R. Aborto espontáneo Depto. Ginec. Obst. Facultad de medicina.
Universidad de Chile, 1999
22. Mother, Care. Protocolos de manejo de las principales emergencia obstétricas y perinatales . Guatemala 1996.
23. Nathanson, B. La mano de Dios, 4ta. Ed. España, 1999.135p
24. Ness, R. Y J. Grisso. et. al Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. N Engl.J.Med 1999 Feb;340(5):333-338p
25. Organización Panamericana de la Salud. La salud de la mujer en las américas.
Oficina sanitaria panamericana.OMS:1985,156p
26. Raymond, J. Y R. Klein. et. Al Misconceptions, Myths and Morals. Cambridge,
Massachusetts, USA: Institute on women and technology, 1991.99-24p
27. Sopena, R. Diccionario enciclopédico ilustrado. Barcelona: Sopena S.A,1995
1er y 2do T.
28. The Florida Catholic. Celebrate life. HLI Update; May-Jun 1996
www.conferenciaepiscopal.es/documentos/aborto.htm
29. “Tabaquismo y embarazo”
<http://www.zonadiet.com/salud/tab-muertesúbita.htm>

30. Wilcox; AJ. et. al Incidence of early loss of pregnancy. N Engl. J Med
1998;319:181-194p

31. Zamudio, L. y N. Rubiano. Encuentro de investigadores sobre aborto en
América Latina y el Caribe. Universidad externado de Colombia, 1995, 20p

XIII. ANEXOS

Anexo 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No.	Actividad	Fecha programada
1	Selección del tema del proyecto de investigación	25 feb- 1 marzo
2	Recopilación de material bibliográfico	01-15 marzo
3	Elección de revisor y asesor	04-15 marzo
4	Elaboración del proyecto de protocolo en conjunto con asesor y revisor	18-22 marzo y del 1-5 abril
5	Diseño de instrumento que se utilizará para recopilar la información	1-5 abril
6	Aprobación del protocolo por el centro de investigación (CICS)	8 y 22 abril
7	Ejecución del trabajo de campo	29 de abril- 24 mayo
8	Procesamiento de datos y elaboración de cuadros	27-31 mayo
9	Análisis de discusión de resultados	3-7 junio
10	Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen	10-14 junio
11	Presentación de informe final para correcciones	17-21 junio
12	Aprobación de informe final	24 jun y 1 julio

Anexo 2

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

Responsable: _____

“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN GUATEMALA”

xiv. BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION

No. De registro hospitalario..... Departamento..... Fecha de □tención.....

CARACTERÍSTICAS GENERALES

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

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

8. No. De gestas
9. No. De partos
10. No. De abortos
11. No. De cesáreas
12. No. De hijos nacidos vivos
13. No. De hijos nacidos muertos

ABORTO:

14. Edad gestacional-----semanas

15. Tipo de aborto:

provocado
Espontáneo
Diferido
Séptico
Inevitable
Completo

Incompleto
Habitual
Molar

16. Estancia hospitalaria:

No. De días ----
No. De horas ----

17. Tratamiento:

Farmacológico:

Antibióticos
Reposición de líquidos/electrolitos
Transfusiones
Analgésicos
Sedantes
Fenobarbital

Quirúrgico:

Legrado:

LIU
AMEU

18. Hubo complicaciones

SI
NO

19. Complicaciones del aborto registradas

---Rasgadura
---Perforación
---Endometritis
---Salpingooforitis
---Peritonitis
--Septicemia
---Shock. séptico
---No datos

20. Tratamiento de las complicaciones:

---Laparotomía
---Corrección de perforación
---Sutura de rasgadura
---Otros

Cuales-----

21. Observaciones:_____