

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA Y DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO

Estudio retrospectivo descriptivo, realizado en el Hospital Regional de Chimaltenango,
durante el período de enero de 1992 a diciembre de 1996



HENRY FRANCISCO HIDALGO CANO

MEDICO  CIRUJANO

INDICE

| | PAGINA |
|--|--------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. DEFINICION DEL PROBLEMA | 2 |
| III. JUSTIFICACION | 3 |
| IV. OBJETIVOS | 4 |
| V. REVISION BIBLIOGRAFICA | 5 |
| VI. METODOLOGIA | 16 |
| VII. PRESENTACION DE RESULTADOS | 21 |
| VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 37 |
| IX. CONCLUSIONES | 40 |
| X. RECOMENDACIONES | 41 |
| XI. RESUMEN | 42 |
| XII. BIBLIOGRAFIA | 43 |
| XIII. ANEXOS | 45 |

INTRODUCCION

El aborto es una patología difícil de delimitar y cuantificar por varias razones, entre ellas que se puede presentar de forma precoz y pasar desapercibido por la paciente, también que la paciente no consulte a centros asistenciales por ausencia de complicaciones, o que exista intención deliberada para causar el aborto.

El presente trabajo es un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo el cual pretende delimitar el problema de aborto en el Hospital Regional de Chimaltenango a través de la revisión de las Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el período de enero de 1992 a diciembre de 1996.

El objetivo principal fue conocer la frecuencia con que se presenta éste fenómeno, así como el diagnóstico clínico, tipo de aborto presentado según su etiología, edad del producto de la gestación al momento del aborto, y antecedentes obstétricos de la paciente. Se elaboró una boleta de recolección de datos para obtener esta información.

Se encontró que la incidencia fue de 22 abortos por cada 1000 nacidos vivos, el diagnóstico clínico más frecuente fue el aborto incompleto, la edad del producto de la gestación al momento del aborto fue en un 76.8% mayor de 8 semanas, en un 25% las pacientes estaban comprendidas entre las edades de 19 a 23 años, se encontró que un 18.2% de pacientes presentaban primera gestación, y un 81.8% de las pacientes habían tenido uno o más partos anteriores. De cada cuatro pacientes que consultaron tenía antecedente de aborto anterior.

Un 8.1% de las Historias Clínicas estaban incompletas faltando los antecedentes obstétricos de las pacientes.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Se define aborto como la interrupción del embarazo por cualquier medio, ya sea espontáneo o inducido, antes de la viabilidad fetal. (7, 14, 21, 22, 23).

La mayor parte de la literatura obstétrica considera el límite cronológico hasta las 20 semanas de gestación o en la que el feto pesa menos de 500 gramos. (7).

El aborto es un problema de gran magnitud en donde las causas y consecuencias son difíciles de determinar con exactitud. Para hacer un diagnóstico clínico adecuado de aborto, es de importancia la anamnesis así como la sintomatología de la paciente y un adecuado examen ginecológico.

Las tasas de aborto provocado reflejan la incidencia de los embarazos no planificados, y puede, por lo tanto, servir de indicador de la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar. (10).

Alrededor del 5% de las mas de 500,000 defunciones relacionadas con el embarazo que se registran anualmente en los países en desarrollo son debidas a complicaciones del aborto. (17).

En Guatemala la mortalidad materna proveniente por aborto es muy importante, pero por su implicación social no se informa o se consigna deficientemente por ocultamiento, en especial cuando se trata de abortos provocados. (18).

El Hospital Regional de Chimaltenango cuenta con atención para la madre gestante; dentro de sus programas de atención se incluye, el control prenatal y planificación familiar, a pesar de ello se ha observado que la incidencia de aborto es alta; con el presente estudio se desea determinar la misma. así como la forma clínica mas frecuente de aborto.

III. JUSTIFICACION

Uno de los acontecimientos mas importantes en la mujer es la maternidad. La población materno infantil ocupa el mayor número de habitantes en Guatemala y es el grupo poblacional que se clasifica como de mayor riesgo de padecer problemas de salud, por lo cual tiene prioridad en las medidas de prevención y control de enfermedades. (19).

Aproximadamente 10% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo y se considera que 52 millones de abortos provocados ocurren anualmente a nivel mundial, de los cuales mas de 4.5 millones de abortos ocurren en América Latina y el caribe aunque se supone que éste numero no refleja realmente la magnitud por su misma condición de clandestinidad. (7, 20, 22, 24,)

Las complicaciones ocurridas debido al aborto son la causa principal de muerte entre las mujeres en edad reproductiva, y representan aproximadamente la tercera parte de la mortalidad materna. (20).

Las tasas de aborto tienden a ser mas altas en aquellos países donde la información y los servicios de planificación familiar son pobres y donde los derechos sexuales y reproductivos de la mujer están seriamente restringidos. Se calcula que la mitad de los abortos en el mundo se producen en los países en desarrollo. (3, 11)-

Si consideramos la alta prevalencia del aborto, el tributo tan alto en salud que pagan las mujeres latinoamericanas que presentan aborto o que recurren a el como medio de planificación familiar, además de la carga económica que esto impone sobre los servicios hospitalarios, se podría decir que no se hace demasiado hincapié en la urgente necesidad de mejorar los programas de planificación familiar. (16)

El estudio realizado pretende conocer la incidencia y diagnóstico clínico de aborto en el hospital regional de Chimaltenango, y en base a ello fortalecer a través del personal de salud los programas de educación y planificación, tomando en cuenta la realidad de la región.

IV. OBJETIVOS

A: GENERAL:

1. Determinar la incidencia de aborto en el Hospital Regional de Chimaltenango durante el período de enero de 1992 a diciembre de 1996.

B: ESPECIFICOS:

1. Identificar el diagnóstico clínico de aborto mas frecuente en el hospital regional de Chimaltenango.
2. Determinar la edad del producto de la gestación en el momento del aborto.
3. Identificar los antecedentes obstétricos de las pacientes, antes de este episodio.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. Aborto:

1. Historia

La palabra aborto deriva del término latino "aboriri" que significa separar del sitio adecuado."

Las referencias en la Biblia, son generalmente condenatorias contra el aborto, según el Antiguo Testamento, ésta norma permaneció hasta la inmigración de los judíos a Egipto y cuando estuvieron bajo la influencia de la cultura griega y romana. (2, 21).

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos debido al deseo de limitar el número de nacimientos. En un manuscrito chino que data del año 2737 a 2696 A. de C. el cual es considerado como el trabajo médico más antiguo de la China, se encuentra mencionado el mercurio como sustancia abortiva. (23).

En el papiro de Ebers (1550 a. a C.), se describían métodos para inducir al aborto, como dátiles, las cebollas y el fruto de acato, todo mezclado con miel y aplicado a la vulva. (25).

También Licurgo y Solón concretaron leyes prohibiendo la práctica del aborto. Lisias señalaba que el principal problema era saber si el feto era un ser animado o no. En el libro de los vedas, el aborto se consideraba como un pecado comparable al asesinato.

En Grecia, los modos de opinión de Aristóteles y Platón acerca del aborto, eran inexplicablemente crueles sino se tiene en cuenta el ambiente de la época en que vivieron. Aristóteles opinaba que el aborto se practicase antes de que el feto tenga vida y sensibilidad. Platón, no habla del aborto pero su falta de respeto a la vida de los hijos de personas fuera de la edad que entienda como "eugénica", hace pensar que no lo rechazaba, sin embargo éstos personajes aconsejaban el aborto cuando era elevado el crecimiento de la población.

En Roma Imperial los abortos se practicaban libremente por comadronas y en menor grado por médicos griegos, principalmente debido a que los médicos romanos se veían comprometidos por el juramento hipocrático..."no ayudaré a mujer a provocar el aborto".

Muchos de éstos abortos eran efectuados mediante legrados, y desde entonces, como ahora las complicaciones (perforación y sépsis) eran los principales responsables de muerte. Además se utilizaban agentes orales, (purgantes fuertes) y duchas vaginales con agua caliente.

En los siglos I y II antes de Jesucristo, Soranus, el más importante gineco-obstetra de la época, en un trabajo comentaba que el aborto era más fácil de provocar en el tercer mes, pero podía complicarse con metritis, incluso con conversiones (tétanos). Con el Cristianismo se generalizó la actitud de que el aborto era un acto vergonzoso e intolerable, prevaleció que la mujer una vez estaba embarazada, no debía de hacerse ningún procedimiento abortivo, sin importar su condición socioeconómica, o peligro para su salud. La consecuencia fue la práctica del aborto criminal, desconocido anteriormente. (23).

En épocas más modernas Taussig al revisar las prácticas abortivas entre los pueblos primitivos, encontró que cada tribu tenía métodos para provocar el aborto, variando desde agentes orales, traumas abdominales hasta la introducción de cuerpos extraños. (21).

En 1803 la ley Británica, estableció un estatuto del aborto criminal, que hacía que el aborto después de el primer signo de vida por parte del feto fuera ilegal.

Esta ley se convirtió en el modelo para leyes similares en los Estados Unidos, en donde la práctica de el aborto se convirtió en ilegal excepto para salvaguardar la vida de la madre.

Fue hasta los años 50 del presente siglo, cuando se liberalizaron las leyes con respecto al aborto en la mayor parte de los países de Europa central y oriental, y durante los años 60 y 70 en casi todos los países desarrollados (10).

Hasta la decisión del Tribunal Supremo de Estados Unidos de 1973, solamente los abortos terapéuticos podían ser realizados en la mayoría de los Estados de la Unión, la definición legal más corriente de aborto terapéutico hasta entonces era la determinación del embarazo anterior al período de viabilidad fetal con el propósito de salvar la vida de la madre. (22).

En Guatemala está legislado el tema del aborto, únicamente se permite realizar el aborto terapéutico con el sólo fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los métodos científicos y técnicos. (4).

2. Definición

Se define como aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de la viabilidad fetal, que le permita vivir fuera del vientre materno, y se considera que el límite cronológico es antes de las 20 semanas de gestación o en la que el feto pesa menos de 500 gramos. (5, 7, 8, 22).

3. Clasificación:

- 3.1. Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana.
- 3.2. Embrionario: de la tercera a la séptima semana de gestación.
- 3.3. Fetal: de la octava semana a la vigésimo-séptima semana. (6).

4. Incidencia:

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

- a. Existen abortos muy precoces, que, ignorados por la propia paciente son interpretados como simples "retrasos menstruales."
- b. Casos en que tratándose de abortos espontáneos, la paciente no es hospitalizada por falta de complicaciones.
- c. Los abortos provocados que, en algunos casos, pueden pasar ignorados o ser contabilizados como abortos espontáneos. (7).

Algunos estudios indican que la incidencia de abortos espontáneos alcanza el 10% de las gestaciones, y de un 20-30% de los embarazos que se producen en todo el mundo terminan en abortos provocados. (6, 7, 21, 23, 26).

Se reporta en el informe anual de el INCAP de 1994 en un estudio descriptivo sobre morbimortalidad relacionada con el aborto entre mujeres ladinas e indígenas del área urbana y rural de Guatemala, que a nivel hospitalario, el 80 de los abortos atendidos son de origen espontáneo, y la incidencia de abortos provocados es menor del 3%, de las pacientes que consultaron, el 10% son solteras, el 55% no tienen un empleo fijo, el 80% han tenido uno o más hijos, 29% son indígenas, y el 16% han utilizado anticoncepción. (12).

5. Etiología

El aborto puede ser de origen espontáneo y provocado o inducido. (7, 21, 22, 23).

5.1. Aborto espontáneo:

Es el que ocurre de manera natural sin que exista acción para provocarlo, se acepta que el aborto espontáneo o involuntario se sitúa en torno al 10%. (1, 6, 7, 21, 22, 26).

Los factores que pueden conducir al aborto espontáneo son numerosos, comúnmente se distinguen causas ovulares y causas maternas, y en cada uno de éstos grupos es posible identificar distintos factores involucrados. (7).

5.1.1. Causas ovulares:

En conjunto, es posible detectar tales anomalías en 50 - 60% de abortos estudiados, puede decirse que cuanto mas precoz es el aborto, mayor es el porcentaje de anomalías detectadas. La mayoría de abortos precoces tienen su origen en el proceso de maduración del ovocito (errores de la meiosis) o en anomalías de la fertilización (dispermia y diginia).

- a. Las anomalías cromosómicas se detectan en 50 - 60% cuando tiene lugar en el primer trimestre.
- b. Las anomalías de la fertilización tanto la dispermia (penetración de un óvulo por dos espermatozoides) como la diginia (falta de eliminación del corpúsculo polar) conducen a las denominadas triploidías, y su frecuencia en el total de concepciones se estima alrededor de 1.5%.
- c. Las alteraciones genéticas no cromosómicas incluyen defectos enzimáticos que, sin duda, son capaces de interferir en el desarrollo embrionario.
- d. Las alteraciones del desarrollo del embrión y de la placenta, es sin duda uno de los resultados de las anomalías cromosómicas. (7, 22).

5.1.2. Causas maternas

a. Anomalías 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 Muller, que dan lugar a diversas anomalías del útero y el cérvix,
- ii. Las causas de insuficiencia cervical que pueden ser congénitas (desarrollo anormal) o adquiridas por traumatismos del cérvix (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 uterina 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 de zonas mas o menos extensas de ambas superficies. (7, 21, 22).

b. Enfermedades sistémicas:

- i. El lupus eritematoso sistémico en el que existe una alteración profunda del sistema inmunológico con producción de anticuerpos contra antígenos propios afecta a mujeres en edad reproductiva produciendo aborto en 30% generalmente en las semanas 8 a 14.
- ii. Entre las coagulopatías, la enfermedad de Von Willerbrand se ha notado con una notable frecuencia de aborto de hasta 50%.

c. Enfermedades infecciosas:

Cualquier infección aguda, con bacteremia o viremia, puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria.

Se tiene evidencia de que el *Treponema pallidum* causante de Sífilis puede afectar al feto en cualquier momento de la gestación. La *Listeria monocytogenes*, bacilo Gram positivo ha sido aislado en productos de aborto. La presencia de *Mycoplasma* ha sido aislada en el feto, la placenta, membranas

y endometrio en abortos espontáneos. El *Toxoplasma gondii* se considera una causa no sólo de malformaciones congénitas fetales, sino también de aborto, sin embargo está bien establecido que puede afectar al feto sólo en las infecciones primarias y no se considera causa de aborto habitual.

Entre las infecciones víricas se encuentran rubéola y citomegalovirus, como productores de malformaciones congénitas, también se ha documentado virus causantes de aborto, influenza, el herpes, sarampión, herpes zoster varicela, hepatitis A y B.

Las enfermedades infecciosas crónicas como tuberculosis, brucelosis y sífilis han causado abortos aislados. (7, 21, 22),

d. Endocrinopatías:

i. Las diabéticas insulino dependientes sin adecuado control de las glicemias, experimentan índices significativamente mas altos de abortos

ii. La pérdida de la función lútea durante las primeras 7 semanas conduce al aborto si no se administra progesterona, ya que el mantenimiento adecuado de la gestación depende de una buena producción de ésta hormona. (7, 22).

e. Agresiones extrínsecas:

i. Agentes tóxicos: se asocia con frecuencia el aborto en las mujeres que consumen alcohol y/o tabaco, independientemente de los efectos tóxicos que ejercen sobre los fetos que alcanzan la viabilidad, también podemos incluir sustancias abortivas que comprenden vegetales, minerales, y hormonales. Entre los minerales mas usados están el plomo, que tiene una acción electiva sobre las vellosidades coriales, también el fósforo blanco y las sales de quinina, el permanganato de potasio. Entre las sustancias hormonales mas usadas están los estrógenos, que según se sabe no tienen función abortiva si el embarazo está formado y en evolución, pero si actúa si el feto está muerto. (23).

ii. Traumatismos: el trauma externo es una causa frecuente de aborto, en la cual se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanzan al útero, produciendo lesión placentaria o lesión directa del embrión o del feto.

iii. Cirugía durante la gestación: en teoría la anestesia general puede producir efecto sobre la división celular normal, y los anestésicos halogenados interfieren en la síntesis de DNA, lo cual sugiere un efecto potencialmente nocivo para el feto o embrión. Se tienen datos para suponer que la apendicectomía y la cistectomía ovárica son las intervenciones en las que mayor frecuencia de aborto se observa.

iv. Amniocentesis del segundo trimestre: se ha descrito un riesgo de el 1% de aborto después de practicar la punción y aspiración amniótica, ésta cifra puede variar dependiendo de que se practique en condiciones óptimas. (7).

f. Factores nutricionales:

Una mal nutrición general intensa puede predisponer a una mayor frecuencia de aborto, sin embargo no existen pruebas concluyentes de que una dieta deficiente de un determinado elemento nutritivo o una carencia moderada de todos ellos sea una causa importante de aborto. (22).

g. Factores psicógenos:

Es difícil extraer conclusiones de los diversos estudios realizados en éste sentido, y aunque ésta posibilidad no puede negarse, su frecuencia en la etiología general se ha estimado de 1-9 por 1,000 abortos.(7).

h. factores inmunológicos:

Los mecanismos que intervienen en la tolerancia materna al feto, considerado como aloinjerto, son complejos y han sido esbozados en cuanto a su participación en el aborto.

La incompatibilidad de grupo sanguíneo también ha demostrado ser una causa de aborto. (7).

5.2. Aborto inducido o provocado:

Es aquel practicado por el médico, la mujer misma u otra persona. En 1990 se estimó un total anual de abortos inducidos de cuatro millones en América Latina. (20).

El aborto inducido puede clasificarse en varias categorías de acuerdo al motivo por el cual se realice el aborto.

5.2.1. Aborto legal:

Se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna.

5.2.2. Aborto terapéutico:

Se puede realizar por las indicaciones médicas siguientes:

- i. Cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente a su salud. Las razones de éste tipo de aborto son exclusivamente médicas.
- ii. Cuando la consecuencia del embarazo ha sido por violación o relación sexual involuntaria, o cuando el embarazo es producto de incesto en algunos países se permite el aborto.
- iii. Cuando la continuación del embarazo se crea que va a dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves, infecciones graves o con retraso mental.

6. Formas clínicas y sintomatología:

Aún con síntomas comunes, varía según la forma clínica: (6, 7, 9, 15, 22).

6.1. Aborto subclínico:

Aborto sin signos clínicos cuando entre el momento de la implantación ovular y la semana después de la presunta fecha de la próxima menstruación se produce el aborto. Sólo en casos excepcionales puede establecerse el diagnóstico seguro.

6.2. Amenaza de aborto:

Se presenta dolor hipogástrico tipo cólico que coincide con las contracciones uterinas, hemorragia vaginal escasa, orificio cervical interno cerrado.

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

6.3. Aborto inminente:

Exageración de los signos y síntomas de la amenaza de aborto. Empieza la dilatación del orificio interno.

6.4. Aborto inevitable:

Se puede notar presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal ya que hay ruptura de membranas ovulares. Los huevos pequeños antes de expulsarse pueden desprenderse y quedar retenidos en el cuello. (aborto cervical de Shoeder)

6.5. Aborto en curso:

Se agrega a lo anterior dilatación cervical y se tacta el producto de la gestación en el conducto endocervical.

6.6. Aborto incompleto:

El producto de la gestación ha sido expulsado parcialmente, los orificios cervicales están dilatados, el útero se mantiene blando y grande, presencia de hemorragia persistente acompañada de dolor espasmódico.

6.7. Aborto completo:

El producto de la gestación se ha expulsado en su totalidad, el útero disminuye de tamaño, se cierran los orificios endocervicales, se identifica poco sangrado vaginal, y desaparece el dolor hipogástrico.

6.8. Aborto recurrente:

Quando se han producido tres o mas abortos espontáneos de forma consecutiva. Se considera que 3 a 5% de las parejas en las que se presenta aborto recurrente, tienen alguna anomalía genética.

6.9. Aborto diferido:

Quando la expulsión no tiene lugar después de la muerte del producto del embarazo, el diagnóstico se establece ante la evidencia de muerte fetal sin signos clínicos de aborto.

Una de las complicaciones mas preocupantes del aborto diferido es la aparición de una coagulopatía de consumo por un proceso de coagulación intravascular, presumiblemente desencadenado por el paso de sustancias tromboplásticas de origen ovular a la circulación materna.

6.10. Aborto séptico:

Quando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado adecuadamente, éste tipo de aborto se asocia mas frecuentemente aunque no siempre es así, a aborto provocado.

La sépsis que aparece tras el aborto está provocada en la

mayor parte de los casos por los microorganismos patógenos procedentes de la flora intestinal o vaginal.

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

7. Con respecto a el aborto, el Código Penal contempla lo siguiente. (4).

Del aborto:

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

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

Art. 135. (Aborto con o sin consentimiento). Quien de propósito causare aborto será sancionado

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

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

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

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

rt. 139. (Tentativa y aborto culposo). La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes. El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años; siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.

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

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Retrospectivo, descriptivo

2. Objeto de estudio:

Se tomaron las Historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Regional de Chimaltenango, durante el mes de enero de 1992 a diciembre de 1996.

3. Universo de estudio:

Se estudió el 100% de historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de aborto, que equivale a 1600 papeletas aproximadamente en el periodo antes delimitado.

4. Criterios de inclusión:

- Toda historia clínica de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Chimaltenango, sin importar sus antecedentes obstétricos, médicos y personales en el periodo de enero de 1992 a diciembre de 1996.

5. Variables a estudiar:

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA |
|---------------------|---|--|--------------------|--|
| ABORTO | Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de la viabilidad fetal. | Toda Historia de paciente con diagnóstico clínico de aborto en el Hospital Regional de Chimaltenango en el período de enero de 1992 a diciembre de 1996. | Nominal | Si No |
| TIPO DE ABORTO | Categoría sistemática que agrupa a las clases de aborto, según su etiología. | Descripción por el personal médico del tipo de aborto según anamnesis, parámetros clínicos o metabólicos. | Nominal | - Espontáneo - Provocado - No determinado |
| DIAGNOSTICO CLINICO | Conjunto de signos y síntomas que fijan el carácter de una entidad determinada. | Descripción clínica por el personal médico del Hospital Regional de Chimaltenango según signos, síntomas y evaluación ginecológica. | Nominal | - Aborto inevitable en curso - Aborto incompleto - Aborto completo - Aborto recurrente - Aborto diferido - Aborto séptico |

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA |
|--|--|--|--------------------|---|
| INCIDENCIA | Número de casos nuevos que se han presentado durante un intervalo de tiempo dado, dividido entre la población de riesgo al principio de ese intervalo. | Ocurrencia de aborto diagnosticado en el Hospital Regional de Chimaltenango, en el período de enero de 1992 a diciembre de 1996. | Proporción | Tasa |
| ANTECEDENTES OBSTETRICOS | Resumen global del estado obstétrico de la paciente hasta la fecha, datos que se obtienen en la entrevista inicial. | Descripción por el personal médico del Hospital Regional de Chimaltenango de los datos obstétricos de la paciente en la Historia Clínica, luego de la anamnesis. | Nominal | - Número de gestas - Número de partos - Cesáreas anteriores - Abortos anteriores |
| EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ABORTO | Edad del producto de la concepción calculada desde el momento que tiene lugar la fertilización hasta el día del aborto. | Descripción por el personal médico del Hospital Regional de Chimaltenango de la edad del producto de la gestación, a partir del primer día de la última menstruación, hasta el día del aborto. | Nominal | - Ovular (0 a 2 semanas) - Embrionario (2 a 8 semanas) - Fetal (> de 8 semanas) |

6. Instrumento de medición:

Se elaboró la boleta de recolección de datos, en la que se incluyen las variables antes mencionadas.

7. Ejecución de la información:

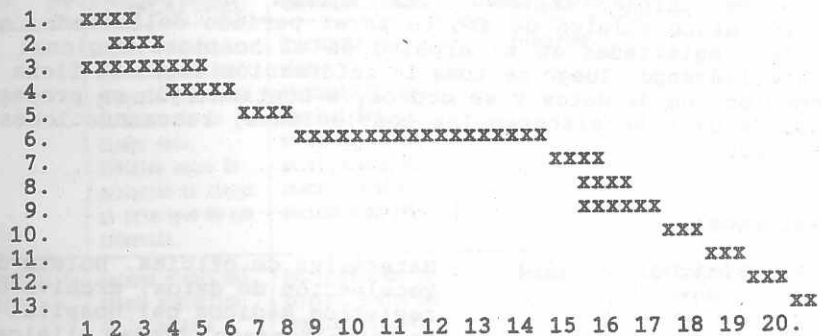
Se inicia captando las fichas de pacientes con diagnóstico clínico de aborto en el período delimitado, que estén registradas en el archivo de el hospital regional de Chimaltenango, luego se toma la información según la ficha de recolección de datos y se ordena, a continuación se procesan los datos y se elaboran las conclusiones, recomendaciones y resumen.

8. Recursos:

- | | |
|----------------|---|
| A. Físicos: | Materiales de oficina, boleta de recolección de datos, archivo de registros médicos del hospital de Chimaltenango, fichas clínicas. |
| B. Económicos: | Fotocopias Transporte |
| C. Humanos: | Personal de registro y archivo. |

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



SEMANAS

ACTIVIDADES

1. Selección del tema de investigación
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto
5. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
6. Ejecución del trabajo de campo
7. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas
8. Análisis y discusión de resultados
9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
10. Presentación del informe final
11. Aprobación del informe final
12. Impresión del informe final
13. Examen público de defensa de la tesis

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO CON RELACION AL TOTAL DE PACIENTES QUE CONSULTARON A LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| TOTAL DE PACIENTES | DIAGNOSTICO DE ABORTO | PORCENTAJE |
|--------------------|-----------------------|------------|
| 13472 | 1513 | 11.7 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 2

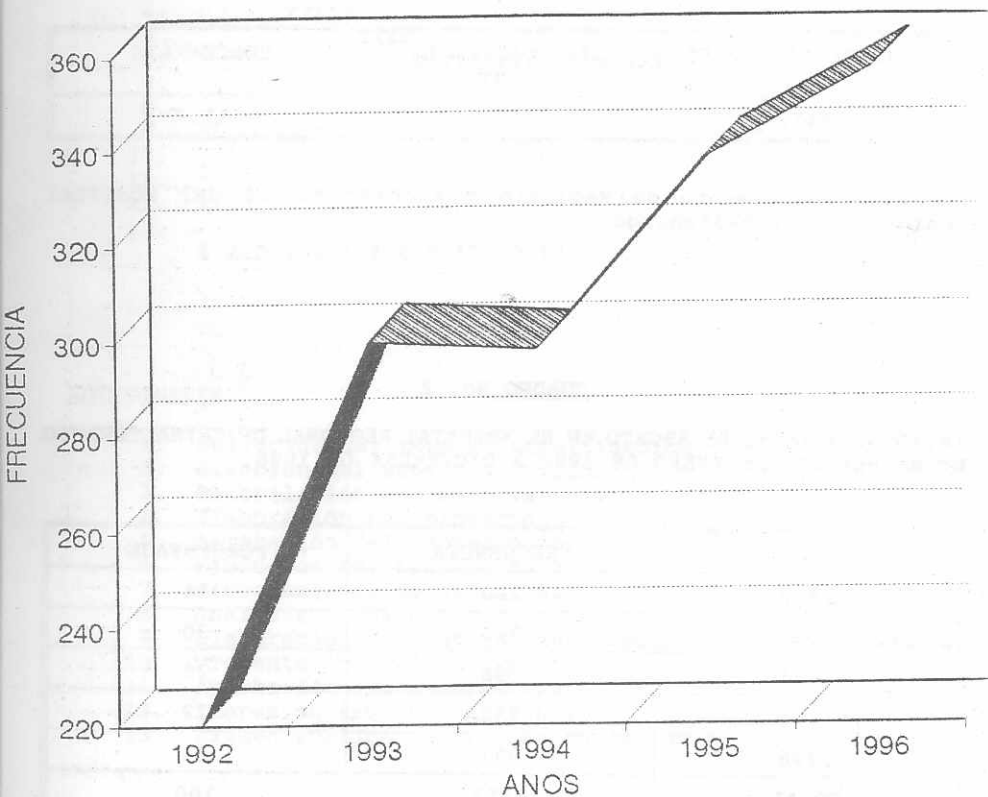
INCIDENCIA ANUAL DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| AÑO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| 1992 | 220 | 14 |
| 1993 | 300 | 20 |
| 1994 | 298 | 20 |
| 1995 | 338 | 22 |
| 1996 | 357 | 24 |
| TOTAL | 1513 | 100 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

GRAFICA No. 1.

INCIDENCIA ANUAL DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 3

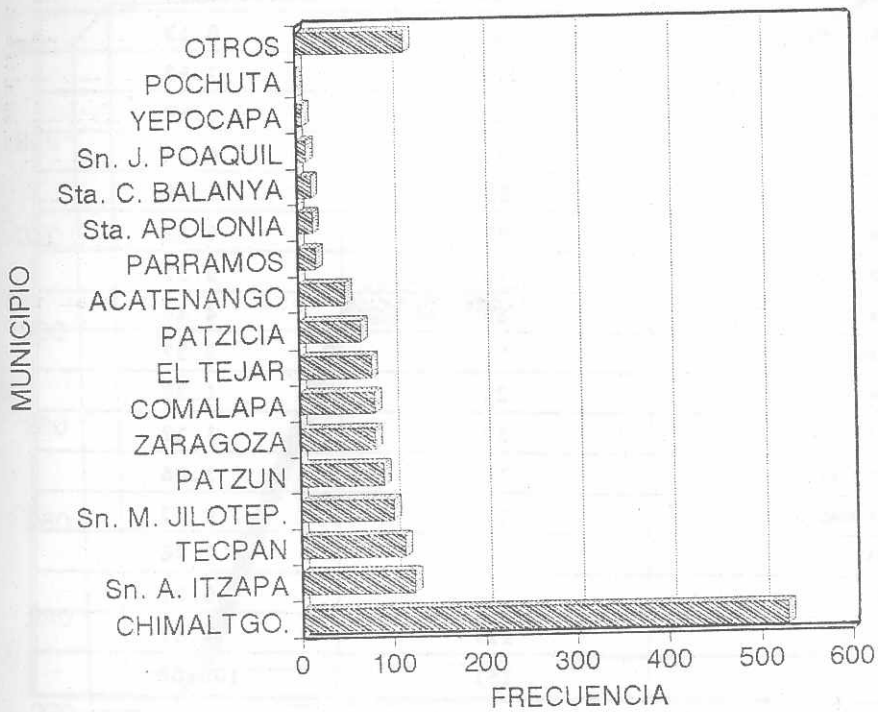
PROCEDENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| LUGAR DE PROCEDENCIA | PROCEDENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|-------------|------------|
| CHIMALTENANGO | 529 | 34.96 |
| SAN ANDRES ITZAPA | 123 | 8.13 |
| TECPAN | 114 | 7.53 |
| SAN MARTIN JILOTEPEQUE | 101 | 6.68 |
| PATZUN | 91 | 6.01 |
| ZARAGOZA | 83 | 5.49 |
| COMALAPA | 82 | 5.42 |
| EL TEJAR | 79 | 5.22 |
| PATZICIA | 68 | 4.49 |
| ACATENANGO | 51 | 3.37 |
| PARRAMOS | 21 | 1.39 |
| SANTA APOLONIA | 17 | 1.12 |
| SANTA CRUZ BALANYA | 16 | 1.06 |
| SAN JOSE POAQUIL | 11 | 0.73 |
| YEPOCAPA | 7 | 0.46 |
| POCHUTA | 1 | 0.07 |
| OTROS | 119 | 7.87 |
| TOTAL | 151 | 100.00 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

GRAFICA No. 2.

PROCEDENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 4

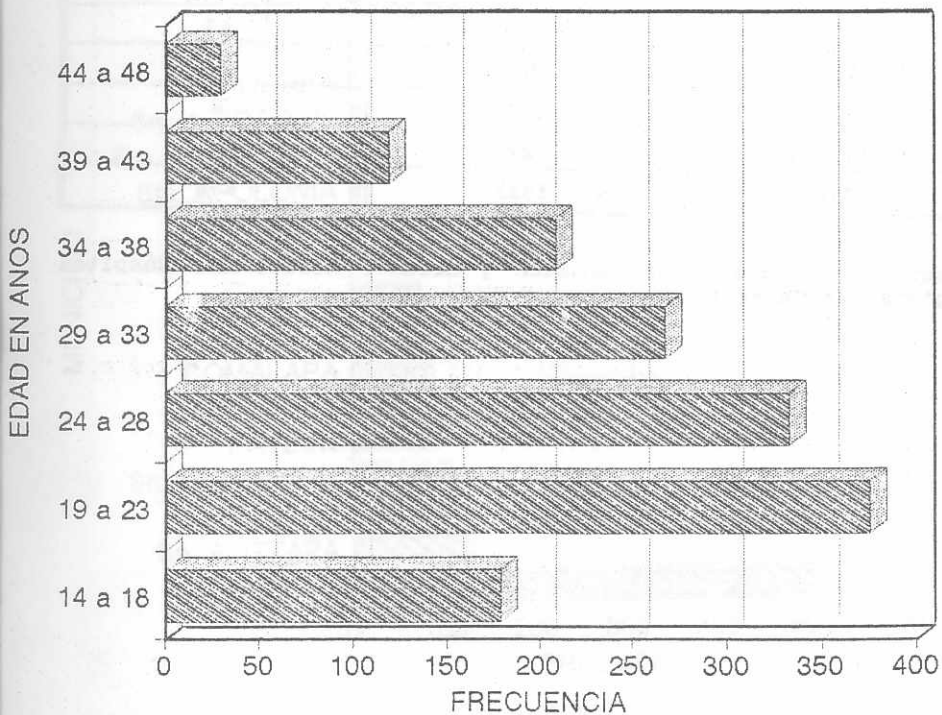
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| EDAD (EN AÑOS) | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| 14 - 18 | 179 | 12 |
| 19 - 23 | 376 | 25 |
| 24 - 28 | 333 | 22 |
| 29 - 33 | 268 | 17 |
| 34 - 38 | 209 | 14 |
| 39 - 43 | 119 | 8 |
| 44 - 48 | 29 | 2 |
| TOTAL | 1513 | 100 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

GRAFICA No. 3.

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD, EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

CUADRO No. 5

NUMERO DE GESTAS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

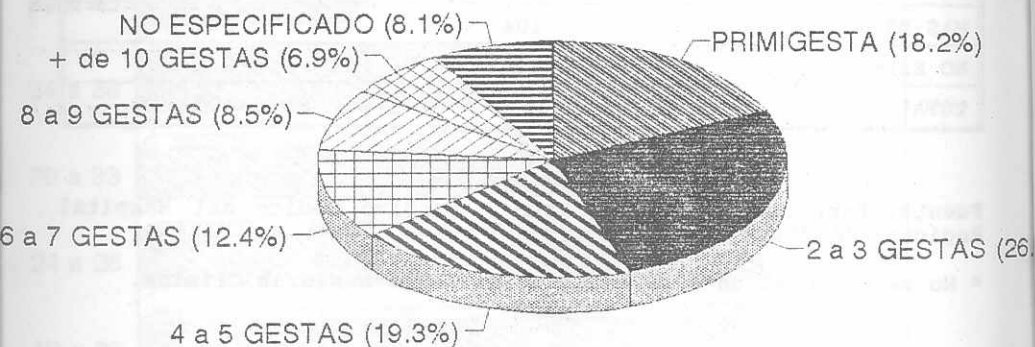
| GESTAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| PRIMIGESTA | 275 | 18.2 |
| 2 A 3 GESTAS | 403 | 26.6 |
| 4 A 5 GESTAS | 292 | 19.3 |
| 6 A 7 GESTAS | 188 | 12.4 |
| 8 A 9 GESTAS | 128 | 8.5 |
| MAS DE 10 GESTAS | 104 | 6.9 |
| NO ESPECIFICADO* | 123 | 8.1 |
| TOTAL | 1513 | 100 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

* No se anotó el dato de gestaciones en la Historia Clínica.

GRAFICA No, 4,

NUMERO DE GESTAS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 6

PARIDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| PARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| NULIPARA | 322 | 21.3 |
| PRIMIPARA | 239 | 15.8 |
| PEQUEÑA MULTIPARA* | 485 | 32.1 |
| GRAN MULTIPARA** | 344 | 22.7 |
| NO ESPECIFICADO*** | 123 | 8.1 |
| TOTAL | 1513 | 100 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

* 2 a 4 paras

** 5 o mas paras

*** No se anotó el dato de paridad en la Historia Clínica

CUADRO No. 7

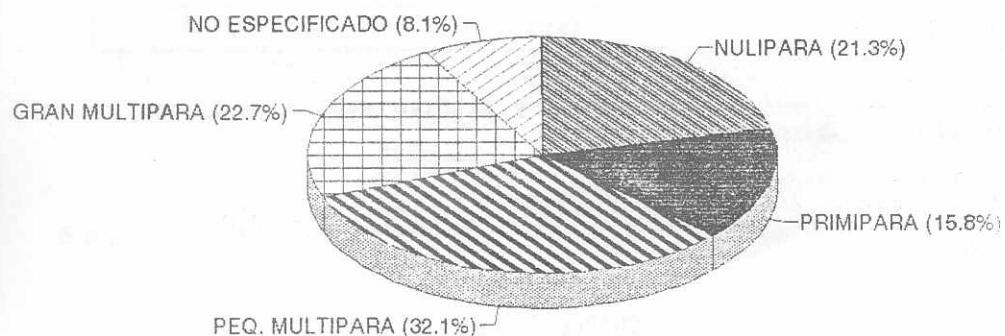
CESAREAS Y ABORTOS ANTERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| CESAREA ANTERIOR | 32 | 2 |
| ABORTO ANTERIOR | 358 | 24 |

Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

GRAFICA No. 5

PARIDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 8

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ABORTO, PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| EDAD GESTACIONAL* | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| OVULAR | 24 | 1.5 |
| EMBRIONARIO | 252 | 16.7 |
| FETAL | 1162 | 76.8 |
| NO ESPECIFICADO** | 75 | 5.0 |
| TOTAL | 1513 | 100 |

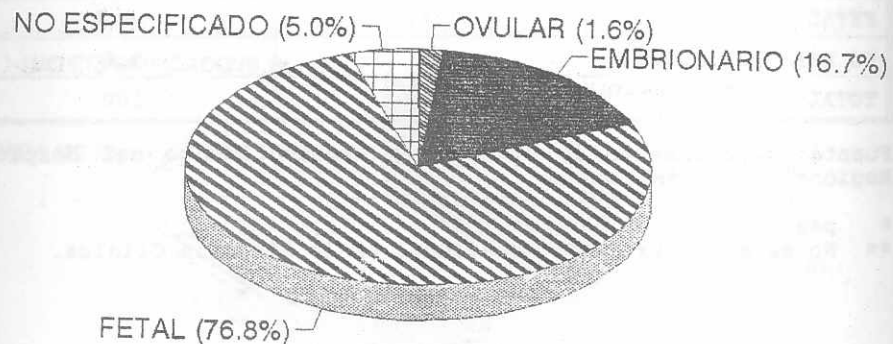
Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

* pág. 7

** No se anotó la edad gestacional en la Historia Clínica.

GRAFICA No. 6.

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ABORTO, PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 9

CLASIFICACION ETIOLOGICA DEL ABORTO PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| TIPO DE ABORTO* | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| ESPONTANEO | 1324 | 87.5 |
| PROVOCADO | 17 | 1.1 |
| NO DETERMINADO** | 172 | 11.4 |
| TOTAL | 1513 | 100 |

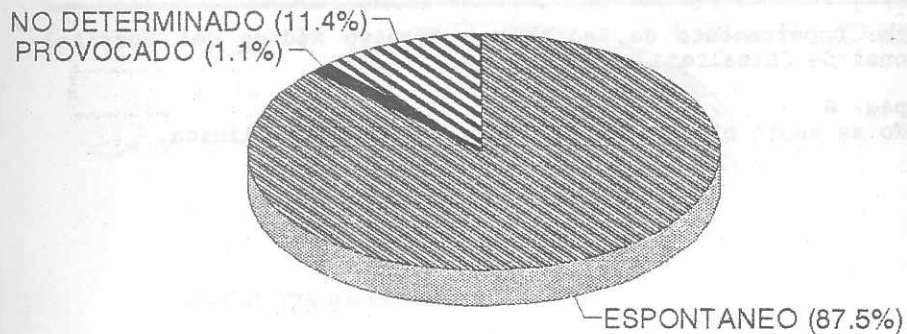
Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

* pág. 8

** No se anotó el tipo de aborto en la Historia Clínica.

GRAFICA No. 7

CLASIFICACION ETIOLOGICA DEL ABORTO PRESENTADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

CUADRO No. 10

DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN PACIENTES QUE CONSULTARON AL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.

| DIAGNOSTICO CLINICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| AB. INEVITABLE | 37 | 2.44 |
| AB. EN CURSO | 177 | 11.69 |
| AB. INCOMPLETO | 1112 | 73.49 |
| AB. COMPLETO** | 30 | 1.98 |
| AB. RECURRENTE | 5 | 0.33 |
| AB. DIFERIDO | 57 | 3.76 |
| AB. SEPTICO | 95 | 6.27 |
| TOTAL | 1513 | 99.96 |

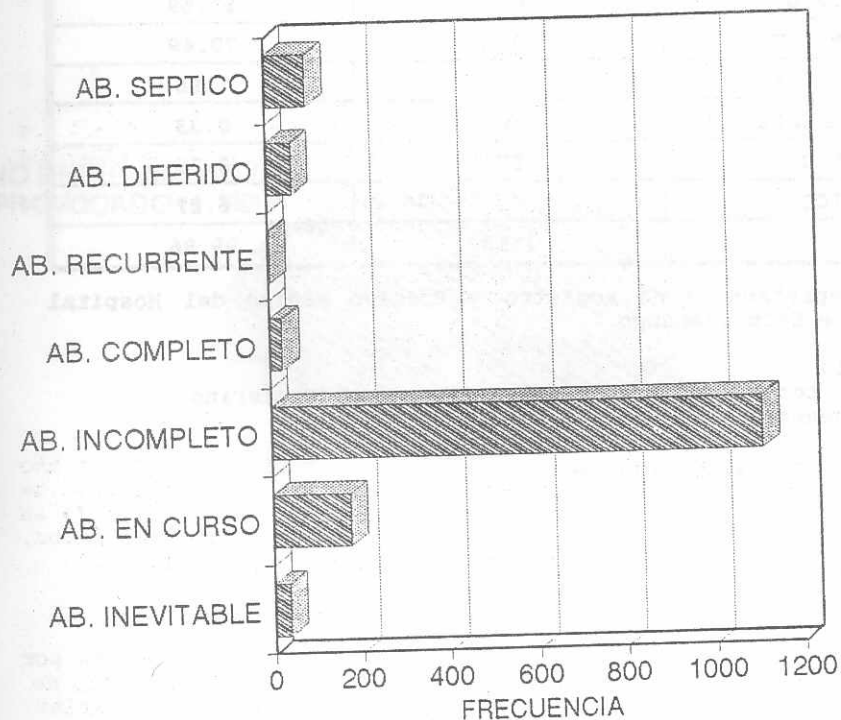
Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital regional de Chimaltenango.

* Pág. 13

** En el aborto completo no se realizó legrado uterino instrumental.

GRAFICA No. 8

DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN PACIENTES QUE CONSULTARON AL HOSPITAL REGIONAL DE CHIMALTENANGO EN EL PERIODO DE ENERO DE 1992 A DICIEMBRE DE 1996.



Fuente: Departamento de Registro y Archivo Médico del Hospital Regional de Chimaltenango.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1.

La interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, puede ser por múltiples causas, que impiden al feto llegar a un feliz término. El aborto es una causa importante de consulta en la emergencia del Hospital Regional de Chimaltenango, abarcando un 11.7% del total de la consulta al Departamento de Ginecoobstetricia, en el período de enero de 1992 a diciembre de 1996.

CUADRO No. 2 Y GRAFICA No. 1.

Se encontraron 1513 casos de aborto en el período delimitado, con un aumento del 2% al año proporcionalmente con el número de consulta a la unidad de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Chimaltenango.

La incidencia de aborto expresada por cada mil nacidos vivos en el Hospital Regional de Chimaltenango corresponde a:

$$\text{Tasa de aborto: } \frac{\text{Total de abortos}}{\text{total de nacidos vivos}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de aborto: } \frac{1513}{69570*} \times 1000 = 22$$

* Jefatura de Distrito, Departamento de Chimaltenango.

El Instituto Nacional de Estadística reporta que para el año de 1990 (último reporte), la tasa de aborto en el departamento de Chimaltenango fue de 25 abortos por mil nacidos vivos; tomando en cuenta: Hospital nacional y privados, Centros y Puestos de salud, ocupando el segundo lugar en incidencia a nivel nacional. (13)

CUADRO No. 3 Y GRAFICA No. 2.

El lugar de procedencia de las pacientes que consultaron por aborto en el período delimitado fue en su mayoría del municipio de Chimaltenango en un 34.96% siguiéndole las pacientes originarias del municipio de San Andrés Itzapa en un 8.13%.

Esto puede ser porque el municipio de Chimaltenango tiene el mayor número de población en comparación con los otros municipios, la distancia que existe entre algunos municipios y la cabecera departamental es mucha y los pacientes son atendidos en Centros y Puestos de salud o en Instituciones no gubernamentales.

En un 7.87% se presentaron pacientes procedentes de municipios que no son de el departamento de Chimaltenango.

CUADRO No. 4 Y GRAFICA NO. 3.

El aborto puede presentarse a cualquier edad en la madre gestante ya que las causas que condicionan a ello pueden ser diversas y en algún momento del embarazo presentarse, se observa que las edades comprendidas entre 19 a 23 años presentan el mayor número de casos de abortos, posiblemente porque son las pacientes con mayor vida sexual y reproductiva, el número de casos va en descenso conforme aumenta la edad de las pacientes.

Podríamos explicar también que las pacientes de menor edad no tienen experiencia en cuanto a un aborto y por ello consultan a la emergencia mientras que las pacientes de mayor edad ya han presentado abortos anteriores o han visto cuadros similares en otras personas y por tal motivo no consultan a la emergencia.

CUADRO No. 5 Y GRAFICA No. 4.

El 18.2% de casos en los que se presentó aborto, corresponde a madres primeras gestantes seguido por las pacientes que presentaban 2 a 3 gestaciones, el número desciende proporcionalmente con el número de gestaciones.

En un 8.1% de Historias Clínicas no estaba anotado el antecedente de gestaciones anteriores.

CUADRO No. 6 Y GRAFICA No. 5.

En el mayor número de casos de abortos las pacientes habían presentado partos con anterioridad, se reporta un 21.3% de pacientes sin antecedentes de paridad, estas pacientes pudieron haber presentado primera gestación al momento del aborto, o mas gestaciones que terminaran en abortos o en cesárea transperitoneal.

En un 8.15 de Historias Clínicas no estaba anotado el antecedente de partos anteriores.

CUADRO No. 7.

En el número total de pacientes con diagnóstico clínico de aborto el 2% de pacientes había presentado cesárea transperitoneal anteriormente a éste episodio y un 24% tenían antecedentes de 1 o mas abortos anteriores lo que equivale a 1 de cada 4 pacientes que consultaron, en éstos casos no se determinó la causa que llevó a tal acontecimiento ni presentaron seguimiento.

CUADRO No. 8 Y GRAFICA No. 6.

En un 76.8% de los casos de aborto se reporta que la edad del producto de la gestación fue mayor de 9 semanas, cuando el aborto se presenta en las primeras semanas de gestación muchas veces la paciente pasa inadvertida de ésta situación creyendo que se debió

a un atraso menstrual por lo que no consultan a la emergencia del hospital. pudiendo ser una causa de que exista un número pequeño de abortos menores de 9 semanas de gestación.

En un 5% de Historias Clínicas no se especifica la edad de producto de la gestación.

CUADRO No. 9 Y GRAFICA No. 7.

En un 87.5% de pacientes con aborto se reportó que el origen de éste fue espontaneo mientras que en un 11.4% no se determinó la causa ya que la historia de la enfermedad era muy escueta y en 1.1% de abortos se comprobó que existió una intención deliberada. (7).

Estudios de incidencia de aborto provocado a nivel mundial reflejan una incidencia mayor en países desarrollados debido a que se ha legislado el aborto terapéutico, y se practican a solicitud de la madre; los datos en países en donde el aborto provocado es penado con la ley son bajos ya que son practicados en clandestinidad. (19).

CUADRO No. 10 Y GRAFICA No. 8.

El diagnóstico clínico al momento de ingreso o al presentar el aborto fue, en un 73% aborto incompleto, en el cual los restos fetales y placentarios no fueron expulsados por completo de la cavidad uterina, seguido de aborto en curso en un 11% y aborto infectado en un 6%, algo que llama la atención es que de los abortos provocados un 90% terminaron en abortos sépticos.

En el 98% de los abortos ocurridos fue necesario realizar legrado uterino instrumental. No se realizó legrado uterino instrumental en los abortos completos.

IX CONCLUSIONES

El aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal por diversas razones, cada aborto debe de ser estudiado individualmente para conocer las causas que llevaron a éste fenómeno desde un punto de vista multifactorial, en el presente estudio realizado en el Hospital Regional de Chimaltenango se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El aborto ocupa un lugar importante en la consulta de el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Chimaltenango, lo que implica una serie elevada de recursos médicos y económicos indispensables para su tratamiento.
2. En su mayoría los abortos ocurridos fueron incompletos, seguidos por abortos infectados, lo cual crea riesgos a las pacientes ya que las complicaciones presentadas por éstas situaciones pueden ser de letales consecuencias.
3. La edad del producto de la gestación al momento del aborto fue mayor de 8 semanas, está bien documentado que a mayor edad del producto de la gestación, mayor es el riesgo de complicaciones y/o muerte de la madre.
4. la ocurrencia de aborto es mayor en pacientes con antecedentes de paridad anterior y/o abortos anteriores.

X RECOMENDACIONES

1. Crear programas de mayor cobertura sobre planificación familiar en el departamento de Chimaltenango.
2. Promover el control prenatal en el grupo de pacientes gestantes a modo de prevenir complicaciones en el embarazo, así como que tengan conocimiento sobre la importancia de acudir a atención médica al presentar amenaza de aborto.
3. Realizar una anamnesis adecuada y describirla en la historia clínica de la paciente al momento de ingreso al hospital.
4. Realizar seguimiento a la paciente que presentó cuadro de aborto, luego de su egreso del Hospital.

XI RESUMEN

El presente estudio de tipo retrospectivo descriptivo tiene como objetivo principal conocer la frecuencia con que se presenta el aborto en el Hospital Regional de Chimaltenango, a través de revisión de Historias Clínicas con diagnóstico de aborto en el periodo de enero de 1992 a diciembre de 1996.

La incidencia fue de 22 abortos por cada mil nacidos vivos registrados. Con un total de 1513 abortos, casi un aborto diariamente. Determinándose que ocupa el 12% de la consulta del departamento de Ginecoobstetricia del Hospital. Presentándose como aborto incompleto en un 73%, en la cual los restos placentarios y/o fetales no fueron expulsados por completo de la cavidad uterina.

El 34.95% de las pacientes que consultaron por aborto eran procedentes del municipio de Chimaltenango, siguiéndole en un 8.13% de el municipio de San Andrés Itzapa.

Se determinó que la mayor frecuencia de aborto se encontró en las pacientes con edades de 19 a 23 años con un 25%, y el número de abortos desciende conforme aumenta la edad de la paciente.

El 18.2% de las madres con diagnóstico clínico de aborto presentaban primer embarazo, seguido por las pacientes con 1 y 2 embarazos anteriores.

El 70.6% de las pacientes con diagnóstico clínico de aborto habían presentado partos con anterioridad mientras que el 21.3% eran pacientes nulíparas quienes pudieron ser pacientes con primer embarazo o pacientes con embarazos anteriores que terminaron en aborto o cesarea transperitoneal.

Una de cada cuatro pacientes de las que consultó en el período delimitado, había presentado aborto anteriormente a éste episodio y un 2% tenía antecedente de cesarea transperitoneal anterior.

La edad del producto de la gestación al momento del aborto fue mayor de 9 semanas en un 76.8% y un 87.5% del total de abortos se reportó como de origen espontáneo.

VII. BIBLIOGRAFIA

- 5, 4, 3
1. BARRON, V. Jesús. et al. "Algoritmo diagnóstico en el aborto recurrente: Conceptos actuales". Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, Guatemala. Vol. 6, No. 2. Mayo de 1996. Págs. 58-59.
 2. CHAMBERS, T. "Confidentiality and the abortion". Act. Lancet. 1984. Jan 21; (8369) Pág. 165.
 3. CHOC, S. Lucas. Conocimientos actitudes y prácticas de comadronas sobre aborto. Tesis. Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1995. 32 págs.
 4. CODIGO PENAL. Decreto 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. 1995. 83 págs.
 5. ESTRADA, L. Daniel Edgardo. Situación médico-legal del aborto en Guatemala. Tesis. Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1993. 48 págs.
 6. FUENTES, S. Eduardo y Mario Salazar. "Aborto Espontaneo". Protocolo vigente del departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt. (s.f.). Págs. 5-11.
 7. GONZALEZ Merlo, J. y J. R. del Sol. Obstetricia, "Aborto". 4a. ed.; Barcelona España: Edit. Alev S. A. 1995. 825 págs.
 8. GORMAZ, S. Gustavo, et al. "Precisiones sobre el aborto". Revista Chilena, Obstetricia y Ginecología. Chile. Vol. 60, No. 5. Octubre de 1995. Págs. 318-327.
 9. GREEN, Thomas H. Gynecology. "Abortion". 2a. ed.; USA. by J. & A. Churchil, London, 1971. 416 págs.
 10. HENSHAW, Stanley K. "Informe mundial sobre el aborto, 1990". Perspectivas Internacionales en Planificación familiar. Tr. del inglés al español por Sergio Viaggio. N.Y. USA. Número especial. 1990. Págs. 16-23.
 11. IMAP. Grupo Internacional para asesoramiento médico de IPPF. "Declaración del IMAP sobre aborto seguro". Boletín Médico de IPPF. Vol. 30, No. 5. Octubre de 1996.
 12. INCAP. "Estudio descriptivo sobre morbimortalidad relacionada con el aborto entre mujeres ladinas e indígenas del area urbana y rural de Guatemala". Guatemala. Informe anual de 1994. Pág. 22.
 13. INE. Estadísticas vitales, "Defunciones". Vol. III. Guatemala, 1993. Pág. 519.

14. MELLADO, S. Cecilia. et al. "Estudio citogenético en abortos espontáneos". Revista Chilena, Obstetricia y Ginecología. Chile. Vol. 61, No. 5 1996; Págs. 173-177. †
15. NOVAK, Edmund R. et al. Tratado de ginecología, "Aborto recurrente y espontáneo". 11a. ed.; México D. F.; Edit. Interamericana, S. A. 1991. 821 págs. >
16. OMRAN, Abdel R. "Aborto en América Latina". Fecundidad y salud, la experiencia latinoamericana. 1984. Págs. 55-59.
17. OMS. "Complicaciones del aborto". Directrices técnicas y gestorales de prevención y tratamiento. 1995. Págs. 11-19. †
18. OPS/OMS. La situación de salud enfermedad de las mujeres centroamericanas al inicio de la década de los 90, un enfoque de género. San José Costa Rica. Edit. Gulá Imprenta Litografía S.A. 1994. Págs. 67-95. †
19. OPS. Manual sobre enfoque de riesgo de la atención materno infantil. Serie PALTEX; No. 7 para ejecutores de programas de salud. Por OPS Washinton D.C. EUA. 1987. Pág. 4.
20. PAXMAN, Jhon M. et al. "La epidemia clandestina; La Práctica del aborto clandestino en América Latina". Perspectivas internacionales en planificación familiar. Tr. del inglés al español por Sergio Viaggio. N.Y. USA. Número especial 1993. Págs. 9-11
21. PORTILLO, Q. María. Aborto en el hospital regional de Cuilapa Tesis. Médico y cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990. 67 págs.
22. PRITCHARD, Jack y Helman Louis. Williams Obstetricia. "Aborto". 8a. ed.; México D.F. Edit. Salvat, 1987. 859 págs.
23. ROSSAL Oliva, Luis P. Conocimientos creencias y actitudes sobre el aborto. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1994. 32 págs.
24. RSMLAC. Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe. "Maternidad voluntaria como bandera de lucha". Revista Mujer salud. Julio de 1996. Págs. 10-12. †
25. RUDEL, Harry W. Birth Control. "Contraception y abortion". USA. by the Macmillan company. 1973. 371 págs.
26. WYNN, Ralph M. Obstetrics and Gynecology, The Clinical Core. "Obstetric complication". 3a. ed. USA. by Lea & Febiger, 1983. 415 págs.

VIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1. No de boleta: _____
2. Historia clínica No: _____
3. Lugar de procedencia: _____
4. Edad del paciente: _____
5. No. de gestas: _____
6. No. de partos: _____
7. Cesáreas anteriores: _____
8. Abortos anteriores: _____
9. Edad gestacional:

| | | |
|-----------|----------------|----------|
| a. Ovular | b. Embrionario | c. fetal |
|-----------|----------------|----------|
10. Tipo de aborto:

| | | |
|---------------|--------------|-------------------|
| a. Espontáneo | b. Provocado | c. No determinado |
|---------------|--------------|-------------------|
11. Diagnóstico clínico:

| | |
|----------------------|--------------------|
| a. Aborto inevitable | b. Aborto en curso |
| c. Aborto incompleto | d. Aborto completo |
| e. Aborto recurrente | f. Aborto diferido |
| g. Aborto séptico | |