

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**“CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA Y GINECO-OBSTETRICA
DE LAS PACIENTES CON ABORTO”**

**ISRAEL IQUIC CHELEY
EVELYN ROCIO SEQUEIRA MONTENEGRO**

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro/a en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Abril 2018**



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.074.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Evelyn Rocío Sequeira Montenegro

Registro Académico No.: 100016454

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA Y GINECO-OBSTETRICA DE LAS PACIENTES CON ABORTO**


Que fue asesorado: Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz MSc.

Y revisado por: Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **abril 2018**

Guatemala, 09 de abril de 2018




Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, Noviembre del 2011.

Doctor
Edgar Axel Oliva González
Coordinador Especifico de Especialidades
Hospital General San Juan de Dios
Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Doctor Oliva:

Por medio de la presente le informo que el estudio de investigación "Caracterización Socioeconómica y Ginecoobstétrica de las Pacientes con Aborto en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, Septiembre del 2,008 a Abril del 2010", perteneciente a la Dra. Evelyn Rocio Sequeira Montenegro, llenó los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Post-grado para informe final de tesis.

Sin otro en particular, me suscribo.


Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz

Asesor de Tesis

Programa Ginecología y Obstetricia



2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: postgrado.medicina@usac.edu.gt



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

10 de noviembre de 2011

Doctor
Héctor Fong Véliz
DOCENTE RESPONSABLE POST-GRADO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Escuela de Estudios de Post-grado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de
Guatemala

Doctor Fong:

Le informo que el Estudio de Investigación "Caracterización Socioeconómica y Gineco-Obstétrica de las Pacientes con Aborto, Hospital General San Juan de Dios, Septiembre 2,008 a Abril 2,010", perteneciente a los Doctores Israel Iquic Cheley y Evelyn Rocio Sequeira Montenegro, llena los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Post-grado para Informe Final de Tesis.

Sin otro particular, me suscribo.


Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou
**DOCENTE DE INVESTIGACIÓN
Y REVISOR**


Dr. Luis Carlos Barrios L.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3693

c.c. archivo

Julia

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: postgrado.medicina@usac.edu.gt

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirnos lograr una meta más en nuestra vida.

A nuestros Padres, por ser las personas que nos apoyaron, y siempre estuvieron con nosotros.

A nuestros hermanos, por ser comprensivos y siempre darnos su apoyo.

A mi hija Allyson Sequeira Montenegro, por su comprensión, su amor y sobre todo por su paciencia durante mi residencia.

A nuestros Profesores, por brindarnos su conocimiento y su ayuda durante la residencia.

A nuestros amigos, por ser nuestra segunda familia, por todo lo que compartimos juntos, por todo lo bueno y lo malo que pasamos, pero sobre todo por ser quienes son.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
I INTRODUCCION	2 – 3
II ANTECEDENTES	4 – 25
III OBJETIVOS	26
IV MATERIAL Y METODOS	27 – 28
V RESULTADOS	29 – 32
VI DISCUSION	33 – 34
VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35 – 36
VIII ANEXO	37 – 38

RESUMEN

El aborto es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el embrión o feto sea viable para sobrevivir fuera del vientre materno, antes de 20 semanas, o peso inferior a 500 gramos.

Objetivo: Describir las características socioeconómicas y gineco-obstétricas de pacientes que fueron atendidas por aborto en el Hospital General San Juan de Dios de septiembre 2008 a abril del 2010.

Método: Se encuestaron 398 pacientes seleccionadas de forma aleatoria sistemática. Se realizó entrevista personal, a través de cuestionario con preguntas cerradas. Sólo se pudieron analizar 164 encuestas, por extravío de la información.

Resultados: La edad promedio fue 26.4 (± 7.6) años. El 82.4% (n=135) refirieron una relación de pareja unidas y casadas y el 15.9 % (n=26) son solteras. El 18.3% (n=30) era analfabeta, y de las que recibieron educación formal, sólo el 85.8% (n=115) completó la primaria. La ocupación más frecuente fue ama de casa con el 78% (n=128). El 90.9% (n=149) tenían 1 ó más gestas previas, 53.75% (n=88) refirieron haber presentado aborto previo. El 28% (n=46) tenían antecedente de por lo menos una cesárea. El 93.4% (n=154) fueron diagnosticadas como Aborto Espontáneo y 6.1% (n=10) como sospecha de Aborto provocado, con base a los hallazgos clínicos. Respecto a la edad gestacional en la que se presentó el aborto actual, 66.47% (n=109) fue antes de 11 semanas, seguidos de 26.21% (n=43) de pacientes que se encontraban entre la decimo primera y decimo quinta semana de gestación. El 62.2% (n=102) tenían viviendas consideradas como modestas. Con relación a los ingresos económicos 74.4% (n=122) estaban en el rango mensual familiar entre Q.2000.00 – Q. 5499.00, correspondiendo a un nivel socioeconómico bajo.

I INTRODUCCIÓN

Guatemala es el país latinoamericano con mayor tasa de mortalidad materna (190 por cada 100,000 nacidos vivos) siendo el 40% por hemorragia y el 24% por complicaciones de aborto. Siendo éste la complicación más frecuente del embarazo (15 a 40% de las gestaciones). (1)

La amenaza de aborto es una de las complicaciones más comunes en mujeres gestantes, ocupando alrededor del 25% y a pesar de todos los esfuerzos realizados para evitarlo, un poco más de la mitad terminan en aborto. De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, aproximadamente entre 10% y 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. (2)

En el código penal de Guatemala está contemplado única y exclusivamente el aborto terapéutico, que se practica con el propósito de proteger la salud de la madre. (3)

Sabiendo que el aborto inducido es altamente restringido y sólo se permite para salvar la vida de la mujer. Sin embargo, se calcula que cerca de 65,000 abortos inducidos se realizan anualmente en Guatemala, y 21,600 mujeres son hospitalizadas para recibir tratamiento por complicaciones derivadas de ello. Los abortos ocurren a una tasa de 24 por 1,000 mujeres en edades entre 15 y 49 años, y ocurre un aborto por cada seis nacidos vivos. Más de una cuarta parte del total de nacimientos son no planeados; al combinar los nacimientos no planeados con los abortos se estima que un 32% de los embarazos en Guatemala son no planeados, y que la tasa por 1,000 mujeres es de 66.9 como es el caso de todos los países con legislaciones altamente restrictivas. (3)

El objetivo de esta investigación es describir las características socioeconómicas y gineco-obstétricas de las pacientes que fueron atendidas por aborto en el Hospital General San Juan de Dios de septiembre 2008 a abril del 2010.

Estudio descriptivo, se encuestaron a 398 pacientes seleccionadas de forma aleatoria sistemática, realizando entrevista personal, a través de cuestionarios con preguntas cerradas, también se revisó el expediente clínico de cada una para establecer el tipo de aborto que se diagnosticó.

En las características gineco-obstetricas 90.9% (n=149) tenía 1 ó mas gestas previas, 53.75% (n=88) refirieron el antecedente de haber presentado un aborto previo a la perdida gestacional actual, el 93.4 % (n=154) fueron diagnosticadas como aborto espontaneo y 6.1% (n=10) como sospecha de aborto provocado.

Con relación a la condición socioeconómica 62.2 % (n=102) viven en viviendas consideradas como modestas, y 74.4% (n=122) tenían un ingreso económico en el rango mensual familiar entre Q2000.00- Q 5499.00 correspondiendo a un nivel socioeconómico bajo.

De la población inicial del estudio, seleccionadas de forma aleatoria sistemática se analizaron únicamente 164 debido al extravío de la información.

El diagnóstico certero de aborto manipulado no se hizo debido a que las pacientes negaron dicha información por las implicaciones que esto conlleva, todo esto entorpece la disponibilidad de información confiable.

II ANTECEDENTES

2.1. ABORTO

Históricamente los abortos han ocurrido en el mundo hace 4500 años. Un documento chino sugería el uso del mercurio como abortivo. El Papiro Egipcio Eber daba instrucciones para un aborto. Una ley asiria de 1200-1400 castigaba a la mujer que abortaba condenándola a muerte y dejándola insepulta, la ley judía castigaba el aborto según la ley “darás vida por vida”. La única vez que Biblia menciona el aborto se encuentra en el libro Éxodo 21:22-23, donde dos hombres están luchando y golpean a una mujer causándole aborto el que la golpee pagará una multa.

La palabra aborto deriva del término latino “aboriri” que significa separar del sitio adecuado. Equivale a mal parto, parto anticipado o bien lo nacido antes de tiempo. En la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad, después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones. El trabajo médico más antiguo de la China, que data del año 2696 a.c. que se utilizaba el mercurio como sustancia abortiva. (4)

La iglesia Cristiana vario con los diferentes períodos de la historia; Tertuliano fue uno de los primeros en formular allá por el año 200, la idea de que el fruto del útero es un ser humano y por eso el aborto es un asesinato. San Agustín diferenciaba entre un feto formado y un feto no formado, y consideraba que el aborto de éste último no constituye un asesinato; Santo Tomás de Aquino introdujo el principio de que la vida tiene relación con el movimientos no empieza con la concepción sino hasta que el feto de la primera señal de vida. Con el tiempo se generalizó la actitud de que el aborto era un acto vergonzoso e intolerable y 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. Tales actitudes trajeron como consecuencia la práctica del aborto criminal, desconocido anteriormente.

En 1803 la ley británica, estableció un estatuto del aborto criminal, que hacía que el aborto después del primer signo de vida por parte del feto fuera ilegal. Esta ley se convirtió en el modelo para leyes similares en Estados Unidos, en donde la práctica del aborto se convirtió en ilegal excepto para salvaguardar la vida de la madre.

En 1920 la antigua URSS legalizó los abortos y estuvo vigente hasta 1936. En Italia se luchó contra el aborto aumentando las penas, en 1938 Suecia adoptó una ley que permitía los abortos terapéuticos por razones médicas, humanitarias y eugenésicas.

En 1939 Dinamarca adoptó una ley que suministraba una interpretación amplia del aborto terapéutico. En 1948 Japón legalizó los abortos como método capaz de reducir la expansión demográfica. (5)

A partir del año 1950 en Europa Central y Oriental y en Estados Unidos, se liberalizaron las leyes respecto al aborto y durante los años sesenta y setenta en la mayoría de países desarrollados, hasta la decisión del Tribunal Supremo de Estados Unidos en 1973, solamente los abortos terapéuticos podían ser realizados en la mayoría de los Estados de la Unión; en dicho año se legalizaron los abortos voluntarios o electivos. La definición legal más corriente de aborto terapéutico hasta entonces era la terminación del embarazo anterior al período de viabilidad fetal con el propósito de salvar la vida de la madre. Las disposiciones legales de ése entonces contemplaban que el aborto entre adolescentes debe ser autorizado por uno de los padres y en 1976 se amplió éste derecho a la mujer casada, la cual no requiere permiso del esposo para practicar el aborto. (6)

Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia posrevolucionaria de 1920; posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la II Guerra Mundial.

A finales de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países.

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 sobrepoblación mundial.
- 3) El auge del movimiento feminista.

Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos riesgos para la salud materna, situaciones de violación o incesto, con alteraciones congénitas o genéticas en el feto o situaciones sociales especiales (solteras o con bajos

ingresos). Otro 40% de la población mundial residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condicionantes de los plazos legales para su realización. El movimiento de despenalización para ciertos supuestos, ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer, especialmente en la de Pekín de 1995, aunque todavía hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto. (7)

En Guatemala está legislado el tema del aborto, únicamente se permite realizar el aborto terapéutico con el sólo fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotado todo intento científico y técnico. (8)

Las actitudes con respecto al aborto varían en distintas partes del mundo y seguirán siendo no sólo un problema de tipo médico sino también social, político, legal, moral, religioso y económico.

2.2. DEFINICIÓN

Se define el aborto como toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el embrión o feto sea lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno. Actualmente con los avances en cuidados intensivos neonatales con supervivencia de niños muy pequeños, se acepta como feto al menor de 20 semanas, o peso inferior a 500 gramos. (9)

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

2.3.1 INCIDENCIA:

Entre 15 y 25% de los embarazos confirmados terminan en aborto espontáneo. Si se emplearan mediciones seriadas de la gonadotropina coriónica humana para identificar las pérdidas sub clínicas tempranas del embarazo, el porcentaje se incrementaría a un 30%. Cerca del 80% de las pérdidas espontáneas del embarazo se producen durante el primer trimestre, la incidencia va disminuyendo con cada semana de gestación. (10)

Un 5% de las muertes maternas son atribuidas al aborto y sus complicaciones, En Latinoamérica el aborto constituye el 24% de las muertes maternas, siendo la segunda causa de muerte, después de la hemorragia. (11)

Se reporta en el informe anual del INCAP de 1994 en un estudio sobre morbi-mortalidad por aborto, que a nivel hospitalario, el 80% de los abortos son espontáneos y que la incidencia de provocados es menor del 3%. La clandestinidad en que se practican muchos abortos, entorpece la disponibilidad de información confiable. (12)

La frecuencia del aborto es difícil de establecer por diversas razones:

a. Existen abortos muy precoces, interpretados a veces como simples retrasos menstruales. (Sub clínicos)

b. Casos en que tratándose de aborto espontáneo, 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.

La tasa de aborto en Guatemala—24 por 1,000 mujeres en edad reproductiva—es similar a la tasa estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Centroamérica. Sin embargo, aunque la tasa global en Guatemala es sustancialmente menor que la de Latinoamérica correspondiente al año 2000 (34 por 1,000 mujeres). (13)

2.3.2 FACTORES DE RIESGO

Es ó son los elementos que contribuyen para que algún evento se cumpla. Los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de aborto, por lo cual se describen a continuación para cada clasificación los diversos factores asociados.

2.3.2.1 Aborto inducido:

En Guatemala, así como en otros países en desarrollo existen múltiples factores de riesgo asociados, considerando que la inducción del aborto, bajo consentimiento de la paciente en países donde el aborto no está legalizado, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de aborto séptico. Algunas de las razones por las que se inducen el aborto, son:

- a) Acceso restringido a servicios e insumos anticonceptivos
- b) El relativo alto costo de abortos realizados por personal calificado.
- c) Tratar de posponer o parar de concebir niños.
- d) Aspectos socioeconómicos (interrupción de la educación o de trabajo.)
- e) Falta de soporte del padre e inhabilidad de poder costear otros niños.
- f) Estado civil: soltera, viuda, divorciada, separada, casada o en unión estable
- g) Edad de la paciente. (14)

2.3.2.2 Aborto Espontáneo

- a) Las categorías de edades entre 10 a 14 años y 30 a 49 años están más predispuestas a sufrir abortos. Se ha visto que la frecuencia de aborto aumenta de un 12% en mujeres menores de 12 años a un 26% en mujeres mayores de 40 años.
- b) La talla corta y el sobrepeso o la obesidad aumentan significativamente la frecuencia de abortos.
- c) La incidencia de aborto aumenta si una mujer concibe en un plazo de 3 meses posteriores al nacimiento de un feto vivo.
- d) Paridad: el riesgo de aborto espontáneo parece aumentar con la paridad.
- e) Edad gestacional: entre el 60 al 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras 12 semanas de gestación, se reduce a partir de éste período. (15)

2.3.3 MORTALIDAD

La organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en todo el mundo cada año mueren aproximadamente 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, de éstas, aproximadamente el 98% pertenecen a países en vías de desarrollo. Se estima que un 15% de éstas defunciones se deban a complicaciones del aborto provocado ya que por falta de legalidad las mujeres tienen que arriesgarse en lugares clandestinos para que le provoquen un aborto, aunque el procedimiento y la técnica sea realizada en malas condiciones. En países desarrollados como Estados Unidos se observó que la tasa de mortalidad por aborto disminuyó en un 85% en los cinco años siguientes a la legalización en algunos estados. Los abortos ilegales y en condiciones de riesgo producen 80,000 muertes, que representan el 13% de todas las muertes maternas al año.

A nivel mundial, las complicaciones por aborto son la causa principal de muerte en mujeres en edad Reproductiva y representan aproximadamente entre la tercera y quinta parte de la mortalidad materna.

En Latinoamérica el aborto constituye el 24% de las muertes maternas, siendo la segunda causa de muerte, después de la hemorragia. Un 5% de las muertes maternas son atribuidas al aborto y sus complicaciones. (16)

Nuestro país tiene la tasa de mortalidad materna más alta de toda Latinoamérica, la cual equivale a 190 por 100,000 nacidos vivos, y según OPS, el aborto es la causa primordial de

mortalidad materna en Guatemala, y en otros países como Argentina, Chile, Panamá, Paraguay y Perú. (17)

2.4. CLASIFICACIÓN

2.4.1 SEGÚN CAUSA

- a) Espontáneo o Involuntario:
- b) Provocado, Producido, Inducido o intencional:

Los espontáneos, se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, o dicho con otras palabras es la terminación del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del útero. Los provocados, son aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. (18)

2.4.2 DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL:

- a) Precoz: si ocurre antes de la semana 12 de gestación.
- b) Tardío: si ocurre entre la semana 12 a 20 de gestación.

La OMS divide el aborto en precoz y tardío, ésta clasificación es importante por sus implicaciones, ya que la morbi-mortalidad es mayor en los tardíos que en los precoces también existe otra clasificación en relación a la edad gestacional:

- a) Aborto Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- b) Aborto Embrionario: de la tercera a la séptima semana de gestación.
- c) Aborto Fetal: de la octava a la vigésima séptima semana de gestación.

Siendo el aborto fetal la más importante por sus implicaciones, ya que la morbimortalidad es mayor en ésta categoría.

2.4.3 OTRAS CAUSAS

- a) Aborto terapéutico: se practica sin la intención de procurar directamente la muerte del producto y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotados los recursos científicos y técnicos. (18) (Ej. Cardiopatía descompensada, enfermedad vascular hipertensiva, carcinoma de cérvix).
- b) Aborto Legal: (electivo o voluntario) Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud de la madre o enfermedad fetal, se produce sólo en países donde su práctica está legalizada por lo que éste tipo de aborto no se realiza en Guatemala.

- c) Profiláctico: Cuando existe temor médicamente fundamentado de que el embarazo exacerbe o reactive un estado patológico preexistente en la madre.
- d) Aborto Eugénico: Es la interrupción del embarazo luego de haberse comprobado por medios científicos aceptados por la medicina, que el feto sufre de infecciones graves, deformaciones o enfermedades heredadas de sus padres o parientes.
- e) Aborto por razones sentimentales o éticas: Se refiere a la interrupción del embarazo a consecuencia de un acto no consentido por la mujer (violación), se incluyen los coitos realizados a adolescentes menores de 12 años, mujeres desprovistas de sentido o razón, o imposibilitada a defenderse por enfermedad o cualquier otra causa; para que el aborto sea posible requiere una denuncia previa del delito cometido.
- f) Aborto Ilegal: Es la interrupción del embarazo en cualquier período de éste, causado por la madre, un médico u otra persona, sin que exista alguna de las razones mencionadas anteriormente, y que es común en nuestra sociedad donde solo está legalizado el aborto terapéutico. (19)

2.5. ETIOLOGÍA

2.5.1 Varían según el origen del aborto (espontáneo y provocado), según la literatura y a diversos estudios realizados se han logrado determinar las principales causas del aborto espontáneo, que a continuación se describen.

Aunque es un hecho infortunado para la pareja, una alta proporción de los productos son anormales; al parecer éste fenómeno selectivo elimina casi el 95% de los errores morfológicos y citogenéticos.

a) Factores Ovulares:

Son también llamados abortos endócrinos y generalmente ocurren antes de las 12 semanas de edad gestacionales. La proporción estimada para éste tipo de aborto supera el 50%, se dice que cuanto más precoz, mayor es el porcentaje de anomalías detectadas. La mayoría de abortos precoces tienen su origen en el proceso de maduración del ovocito o en anomalías de la fertilización.

- i. Las anomalías cromosómicas se detectan en 50-60% en el 1er. Trimestre, disminuyendo hasta un 7% a finales de la semana 24.

- ii. Las trisomías, son las causas más frecuentes, el principal mecanismo que las genera es la falta de disyunción meiótica (no se separan los cromosomas homólogos). La trisomía autosómica es la más frecuente y se detecta en un 51.9%, la trisomía 16 origina casi un 33% de los abortos y no se ha encontrado en neonatos por lo que se presume que es muy letal. La trisomía 21 y 22 ocupan el segundo lugar en frecuencia de abortos.
- iii. La monosomía X (45, X) es el segundo tipo más frecuente causante de alrededor de 18.9% de los casos anormales.
- iv. Las triploidías: corresponden al tercer grupo más frecuente con una frecuencia de 15.5%, generalmente son producidas por anomalías de la fertilización; tanto la dispermia (penetración de un óvulo por dos espermatozoides) como la diginia (falta de eliminación del corpúsculo polar).
- v. Posteriormente tenemos según su frecuencia: la tetraploidia con un 5.6%; las traslocaciones, 3.8%, y el mosaicismo, con 1.5% respectivamente.
- vi. Las alteraciones genéticas no cromosómicas incluyen defectos enzimáticos que, sin duda, son capaces de interferir en el desarrollo embrionario. (18)

b) Factores maternos:

b.1) Anomalías anatómicas:

Es toda patología uterina relacionada con su conformación anatómica. Ya sea de origen congénito o adquirido, son causantes del 10 a 15% de todos los abortos con desarrollo fetal adecuado.

- i. Sinequias uterinas: Son bandas estructurales entre las paredes del útero que pueden llegar a obliterar casi por completo la cavidad uterina, éstas son adquiridas y la mayoría de los casos son resultado de infecciones intrauterinas, combinadas con traumatismos quirúrgicos secundario a la retención de productos de la concepción tras un aborto o un parto.
- ii. Anomalías Mullerianas: Anomalías del desarrollo o fusión incompleta del conducto mulleriano que dan lugar a anomalías como útero tabicado y el

bicorne. Estos se asocian con la pérdida precoz del embarazo debido a que la implantación ocurre en el tabique siendo el mismo a vascular. Otras como el útero doble y el unicornio se manifiestan con más frecuencia en el trabajo de parto pretérmino.

- iii. Cérnix Incompetente: Suele ser secundario a un traumatismo cervical y se debe por lo general a la dilatación mecánica al final del embarazo, también atribuible a laceraciones cervicales profundas y a conización ampliada como tratamiento de la displasia cervical.
- iv. Hipoplasia Uterina: Es la disminución del tamaño uterino, se ha observado en un 70% de mujeres expuestas a DES (dietilbestrol).
- v. Tumores benignos del útero: son también responsables en gran parte de pérdidas del embarazo, los más frecuentes son los miomas.
- vi. Posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroversión y retroflexión marcada.
- vii. La endometriosis es causa reconocida de esterilidad pero su papel en el aborto ha sido puesto en evidencia en los últimos años.(15)

c) Factores endócrinos y metabólicos:

Para un adecuado desarrollo del embarazo debe producirse una compleja interacción de hormonas, un fallo en cualquiera de las hormonas implicadas en éste proceso puede llegar a provocar un aborto espontáneo.

- i. Deficiencia de Progesterona: dado su conocido efecto de mantener la quiescencia uterina, su deficiencia conlleva a la pérdida de la función lútea durante las primeras siete semanas.
- ii. Deficiencia tiroidea: es raro que una deficiencia o un exceso de hormona tiroidea sea la causa de la pérdida precoz, aunque las pacientes con

disfunción tiroidea pueden presentar trabajo de parto pretérmino normalmente aparece después de la semana.

- iii. Diabetes: las diabéticas con niveles elevados de glucosa y de hemoglobina, tienen un riesgo elevado de aborto en el primer trimestre así como de anomalías congénitas fetales, estando más predispuestas las insulino dependientes.
- iv. Síndrome del ovario poliquístico: parece ser que la concentración sérica elevada de hormona luteinizante que caracteriza a éste síndrome posee un efecto nocivo sobre el cuerpo lúteo.
- v. Andrógenos aumentados: El exceso de andrógenos produce una disfunción del cuerpo lúteo, la pérdida del embarazo suele producirse por fallecimiento del feto alrededor de la semana 14. (15)

d) Enfermedad sistémica: como el Lupus Eritematoso y coagulopatías.

- 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 la 14 de la gestación.
- ii. Entre las coagulopatías, la enfermedad de Von Willebrand se ha notado con una notable frecuencia de aborto de hasta 50%.
- iii. Enfermedad Vascul ar Hipertensiva: los abortos presentados como consecuencia son de aparecimiento tardío.

e) Factores Infecciosos y Parasitarios:

La infección es una causa relativamente infrecuente de pérdida precoz del embarazo. Cualquier infección aguda, con bacteriemia o viremia, puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria. La toxoplasmosis parece ser uno de los más importantes debido a su extraordinaria frecuencia entre la población aparentemente sana, no

es sólo causa de malformaciones congénitas sino también se relaciona con abortos espontáneos. En algunos países Europeos a superado a la sífilis y su frecuencia es cada vez mayor. El Treponema Pallidum puede afectar al feto en cualquier momento de la gestación. También se han reportado casos de Chagas y Tuberculosis. La Lysteriamonocytogenes, ha sido aislado en productos de aborto. La presencia de Mycoplasmahominis y ureaplassmaurealyticum se ha aislado en feto, placenta y endometrio en abortos espontáneos. Entre las infecciones víricas se encuentran rubéola y citomegalovirus, como productores de malformaciones congénitas, también se ha documentado virus causantes de aborto como lo son: herpes, sarampión, hepatitis A y B, Varicela, Herpes zoster. (10)

f) Causas de origen tóxico:

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 a viabilidad, mujeres expuestas al plomo, mercurio, arsénio, y fósforo tienen más posibilidades de pérdida precoz del embarazo así como aquellas expuestas a sales de quinina, el permanganato de potasio y el dietilbestrol (DES).

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 cistectomía y apendicetomía son las intervenciones en las que mayor frecuencia de aborto se observa.

g) Factores traumáticos:

Traumatismos: los traumas físicos de toda orden, directos o indirectos son causa frecuente de aborto, en los que se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanzan al útero, produciendo lesión placentaria o lesión directa del embrión o del feto. Los excesos sexuales, etc.

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

h) Factores nutricionales:

Deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales) aumentan la frecuencia de aborto, sin embargo no hay pruebas que

una dieta deficiente de un determinado elemento nutritivo sea una causa importante de aborto.

i) Factores psicógenos:

En la actualidad no existen datos que demuestren claramente relación causa-efecto entre alteraciones psicológicas y aborto habitual. Los abortos repetidos y la frustración resultante provocan importante estrés psicológico, lo cual es posible que tenga participación en el desarrollo de futuros embarazos.

j) Factores inmunológicos:

La posibilidad de un rechazo inmunológico del embrión se utiliza con gran frecuencia para explicar los casos de abortos espontáneos de repetición, las pacientes mejor definidas con pérdidas inmunológicas son aquellas con síndrome antifosfolípido, un grupo menos definido que contempla títulos débilmente positivos de anticuerpos antinucleares y el grupo peor definido corresponde a las pérdidas de embarazos producidas por aloanticuerpos. (18)

2.5.2 Aborto inducido o provocado

Es aquel en el cuál se produce la interrupción del embarazo recurriendo a medios extraños al organismo materno. En 1990 se estimó un total anual de abortos inducidos de 4 millones en América latina. Se clasifica en:

2.5.2.1 Causa Médica Justificada.

2.5.2.2 Razones no Médicas.

Causa Médica Justificada:

Hoy en día se conocen 3 causas médicas plenamente justificadas y que se practican con anuencia de la pareja.

- i. Terapéutico: cuando el embarazo constituye un problema capaz de poner en peligro de muerte a la madre.

- ii. Profiláctico: Cuando existe temor médicamente fundamentado de que el embarazo exacerbe o reactive un estado patológico preexistente en la madre.
- iii. Eugénésico: Se provoca cuando hay firme sospecha o comprobación genética de una grave alteración o malformación fetal.

Razones no médicas

- i. Razones éticas o sentimentales: Cuando el embarazo involuntario proviene de una violación.
- ii. Razones sociales o voluntarias: son aquellos embarazos indeseados por multiparidad, soltería, situación familiar conflictiva, causas económicas, falta de vivienda, imposibilidad de ocuparse del hijo, falta de apoyo del padre o la familia, o falla del método anticonceptivo, etc.

2.5.2.3 Aborto Legal:

Se define como la interrupción del embarazo antes de que sea viable el feto a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna. Cada país tiene su propia legislación sobre el aborto inducido en donde para algunos solo se permite por razones médicas, en otros incluyen además el ético o sentimental y en otros está plenamente legalizado por cualquier causa y sólo se exige la decisión voluntaria de la madre. (20)

2.6. FORMAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLOGÍA DEL ABORTO

2.6.1 Aborto Subclínico: aborto sin signos clínicos, cuando entre el momento de la implantación y la semana después de la fecha esperada de la siguiente menstruación se produce el aborto. Sólo en casos excepcionales puede establecerse el diagnóstico seguro.

2.6.2 Amenaza de aborto: Es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. En 20 a 25% de las embarazadas hay goteo de sangre o hemorragia, se presenta con dolor hipogástrico tipo cólico que coincide con contracciones uterinas, hemorragia vaginal escasa y orificio cervical interno cerrado.

2.6.3 Aborto Inminente: amenaza de aborto exagerada, los dolores son más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos.

2.6.4 Aborto en Curso: se agrega al anterior; la dilatación cervical y al tacto se percibe el producto en el endocervix.

2.6.5 Aborto Inevitable: se puede notar presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal con rotura de membranas ovulares o hemorragia, se acompaña de dolor y dilatación del orificio cervical interno.

2.6.6 Aborto incompleto: Cuando ocurre la expulsión parcial de los productos de la concepción de la cavidad uterina; ya sea que sobresalen por el orificio cervical externo o están en la vagina. Persiste la hemorragia y el cólico, ambos orificios están dilatados, el útero blando y grande.

2.6.7 Aborto Completo: Se identifica por el cese del dolor y hemorragia, después de que se expulsan todos los tejidos del embarazo. El producto de la gestación ha sido expulsado en su totalidad, el útero disminuye de tamaño, los orificios están cerrados, puede haber poco sangrado y no hay dolor.

2.6.8 Aborto Recurrente o habitual: tres o más pérdidas gestacionales espontáneas, consecutivas en el primer trimestre. Se subdivide en primario: en mujeres que nunca han tenido un embarazo a término y secundario: cuyo aborto repetitivo sigue a un parto con producto vivo, afecta a una de cada 200 parejas, en el 3 al 5% de las parejas que experimentan un aborto recurrente, se ha encontrado alguna anomalía genética.

2.6.9 Aborto Diferido: Cuando fallece el producto de la concepción sin que ocurra su expulsión. Una de las complicaciones más preocupantes del aborto diferido es la aparición de coagulopatía de consumo por un proceso de Coagulación Intravascular Diseminada, desencadenado por el uso de sustancias tromboplásticas de origen ovular a la circulación materna.

2.6.10 Aborto séptico: La sepsis tras aborto está provocada muchas veces por patógenos de la flora intestinal o vaginal, aunque casi siempre se asocia a aborto provocado. Hay dolor

pélvico, hipersensibilidad, fiebre, secreción fétida y complicaciones endometritis, parametritis o peritonitis; pero puede progresar a convertirse en septicemia y shock séptico. Fue causa importante de mortalidad materna, se ha vuelto cada vez menos frecuente con la liberación de las leyes de aborto en algunos países. (20)

ESTADIOS DEL ABORTO SEPTICO:

Estado I:	Infección localizada en el útero.
Estado Ia:	Endometritis aguda.
Estado Ib:	Miometritis séptica.
Estado II:	Infección localizada en anexos.
Estado IIa:	Endosalpingitis aguda.
Estado IIb:	Empastamiento o masas anexiles.
Estado IIc:	Celulitis pélvica aguda.
Estado III:	Peritonitis.
Estado IIIa:	Pelviperitonitis.
Estado IIIb:	Peritonitis generalizada.
Estado IV:	Sepsis.
Estado IVa:	Septicemia.
Estado IVb:	Shock séptico.

FUENTE: Katz, Spontaneous and Recurrent Abortion Complications, Gynecology, 5th ed.2008

2.7. TRATAMIENTO:

El aborto es el resultado de muchos trastornos diferentes y es necesario poner de manifiesto la causa subyacente en la pérdida de cada embarazo, las situaciones más frecuentes en caso de pérdidas precoces del embarazo son las hemorragias vaginales del primer trimestre, la muerte fetal o el aborto en el segundo trimestre y los antecedentes de múltiples pérdidas precoces.

El síntoma más frecuente de una paciente con aborto inminente es la hemorragia vaginal, sin embargo hay afecciones benignas que también causan hemorragia vaginal en el primer trimestre del embarazo, aunque los síntomas del aborto progresan rápidamente(dolor, contracciones y hemorragia), un aspecto muy importante es determinar si el embarazo es intrauterino, además se debe hacer valoración de la hormona progesterona, ya que se puede prescribir un suplemento si el valor sérico es menor de 15ng/ml. El reposo en cama (absoluto) está indicado mientras persista la hemorragia. Cuando se presenta una muerte fetal prematura, también puede existir una diversidad de factores desencadenantes, encontrándose entre los más frecuentes las anomalías cromosómicas, el síndrome de

anticuerpo antifosfolípido, las infecciones ascendentes, la incompetencia cervical, las malformaciones anatómicas del útero, los hematomas subcoriónicos y las anomalías placentarias. El manejo que se le debe dar a todas las pacientes en éstos casos es intentar la inducción, iniciando la dilatación cervical con supositorios de prostaglandinas y dosis elevadas de oxitocina (50 a 100 mU por minuto en BIC), si la hemorragia es profusa y pelagra la vida de la madre se deberá proceder a la evacuación de la cavidad uterina ya sea a través de la aspiración o del legrado, con éstas últimas los productos de la concepción suelen fragmentarse y no es posible conocer las malformaciones anatómicas. Las pacientes con pérdidas de embarazos precoces recurrentes deben recibir un tratamiento específico dependiendo la causa etiológica, algunas pacientes con malformaciones anatómicas del útero pueden beneficiarse de la histeroscopia quirúrgica, las pacientes con insuficiencia cervical pueden solucionarlo con un cerclaje, las pacientes con infecciones ascendentes recurrentes debe realizársele un cerclaje y dar tratamiento antibiótico, las pacientes con cuerpo lúteo insuficiente necesitarán un suplemento de progesterona durante el embarazo, las que presentan un síndrome de ovario poliquístico, pueden beneficiarse de la supresión hipofisaria con análogos del factor liberador de gonadotropinas (GnRF) y la inducción de la ovulación con hCG. Las que tengan hiperandrogenismo de origen adrenal serán tratadas con prednisona y las que presentan anomalías placentarias recurrentes podrían beneficiarse de dosis bajas de aspirina y dipiramidol. Actualmente el tratamiento más utilizado para las pacientes con anticuerpos antifosfolípidos consiste en dosis bajas de aspirina y prednisona. 80mg de ASA y de 40 a 60mg de prednisona al día, también existe otro protocolo terapéutico en el que se utiliza ASA y heparina subcutánea a dosis de 5,000U a 10,000U subcutáneas cada 12 horas. En el aborto infectado es fundamental un diagnóstico temprano que permita la pronta acción de antibiótico terapia y la evacuación uterina, se comenzará el tratamiento empíricamente con ampicilina 6-12 gr. mas 3-5 gr. de Gentamicina por kilo de peso al día. (21)

2.8. COMPLICACIONES:

Deben tomarse las medidas y preparativos necesarios para posibles efectos adversos entre los que caben mencionar: Perforación uterina, atonía uterina, retención de restos placentarios, hemorragia, sepsis, shock séptico

Regímenes de antibióticos contra el aborto séptico:

Cobertura contra aerobios, anaerobios y gram positivos	
1	Penicilina G acuosa, 20-30 millones i.v. cada
2	24 horas.
3	Ampicilina, 2gr. i.v. cada 4 a 6 horas. Cefalotina (u otra cefalosporina) 2gr. i.v. cada 4 a 6 horas.
Cobertura contra aerobios gram negativos resistentes	
1	Tobramicina, 2mg/kg i.v. cada 8 horas.
2	Gentamicina 2mg/kg i.v. cada horas por no más de 10 días
Cobertura contra anaerobios gram negativos	
1	Clindamicina 600mg i.v. cada 6 horas.
2	Cloranfenicol 1gr. i.v. cada 6 horas.
3	Metronidazol 1gr i.v. cada 8 horas.

FUENTE: Katz, Spontaneous and Recurrent Abortion Complications, Comprehensive Gynecology, 5th ed.2008.

Tratamiento del choque séptico:

Tratar la infección causante	
1	Evacuación quirúrgica del útero.
2	Administración de tres antibióticos.
Corregir la disfunción hemodinámica	
1	Vigilancia fisiológica.
2	Restauración de la volemia
3	Alivio de la vasoconstricción y mejoramiento de la contractilidad miocárdica.
4	Preservar la integridad celular.
Sostén Respiratorio	
1	Oxigenación.
2	Evitar la administración excesiva de líquidos.
3	Uso de ventilación mecánica en la fase inicial del tratamiento

FUENTE: Katz, Spontaneous and Recurrent Abortion Complications, Comprehensive Gynecology, 5th ed.2008.

2.9. MÉTODOS ABORTIVOS:

En la actualidad existen muchos métodos para realizar un aborto, Sin embargo éstos deben ser practicados por personal médico o personal capacitado y deben realizarse en aquellos países donde las normas lo permitan, en nuestra sociedad es permitido única y exclusivamente el aborto terapéutico por lo que para éste puede ser empleado alguno de los

que a continuación se exponen. Tomando en cuenta que en otros países potencias mundiales son permitidos a voluntad, además cabe mencionar que pueden existir otras alternativas (la utilización de algunas hierbas, entre otros). Por lo que a continuación mencionamos los métodos médicos más comúnmente utilizados, éstos varían según la edad gestacional de la paciente y su condición clínica a la hora de consultar.

2.9.1 PASTILLA RU-486

Se trata de una píldora abortiva empleada conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se la emplea entre la primera y la tercera semana después de faltarle la primera menstruación a la madre, algunos dicen que su eficacia dura hasta los primeros 50 días de gestación. Por este motivo es conocida como "la píldora del día siguiente". Actúa inhibiendo a la hormona progesterona. La cuál es vital para que se lleve a cabo el embarazo a término, éste método es usado en donde la ley contempla al aborto, éste se produce luego de varios días de dolorosas contracciones.

2.9.2 MEDIANTE PROSTAGLANDINAS

Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Provocando dilatación cervical así como contracciones uterinas, actualmente las prostaglandinas se han usado con la RU-486 para aumentar la "efectividad" de éstas.

2.9.3 POR SUCCIÓN

La succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la 12ª semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

2.9.4 DILATACIÓN Y CURETAJE:

Se usa a finales del primer trimestre o a principios del segundo, cuando el bebé es demasiado grande y no puede ser extraído por succión, es similar al método anterior, pero en vez de despedazar al bebé por aspiración se utiliza una cureta o cuchillo, provisto de una cucharilla, con una punta afilada con la cual se va cortando en pedazos con el fin de facilitar

su extracción por el cuello de la matriz. Luego se sacan éstos pedazos con ayuda del fórceps. Este procedimiento tiene más riesgos para la mujer que el método de succión.

2.9.5 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN:

Este método se utiliza comúnmente en casos de segundo trimestre del embarazo o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro del cérvix para dilatarla, al día siguiente se inserta un par de fórceps con dientes de metal afilados, con los cuales se arrancan y retiran, pedazo a pedazo, las partes del cuerpo del bebé. Como normalmente la cabeza del bebé es demasiado grande para ser extraída entera, la aplastan por compresión antes de sacarla, al terminar el procedimiento se debe completar el cuerpo del bebé para determinar que no ha quedado nada adentro y de ésta manera no ocurra una infección.

2.9.6 POR INFUSION SALINA

A partir de la semana 15 de gestación el método más empleado es el de infusiones salinas. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del útero a través de la pared abdominal. Este líquido es sustituido lentamente por una solución salina concentrada al 20%. Entre 24 y 48 horas empiezan a producirse contracciones uterinas, que producen la expulsión del feto y la paciente puede abandonar el hospital uno o dos días después.

2.9.7 POR HISTEROSTOMÍA

Los abortos tardíos se realizan mediante histerotomía: se trata de una intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen. (22)

2.10. IMPACTO DEL ABORTO

2.10.1 IMPACTO SOBRE LA MUJER:

Debido a las sanciones penales que la práctica del aborto conlleva en la mayoría de países Latinoamericanos, actualmente nuestro país ocupa la mayor tasa de mortalidad materna. La mujer guatemalteca no escapa del problema, siendo las complicaciones por aborto una de las principales causas de muerte materna, la falta de legalización hace que la mujer acuda a donde clandestinamente le provoquen un aborto en malas condiciones de seguridad y/o por personal no calificado, muchas mujeres no acuden a los hospitales en busca de tratamiento,

lo que conduce a innumerables muertes no registradas fuera de las instituciones de salud. Entre el 10 y el 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo precisa atención médica para el tratamiento de complicaciones, las complicaciones inmediatas más frecuentes incluyen abortos incompletos, sepsis, hemorragia que conlleva a anemia moderada a severa, las lesiones intrabdominales y uterinas. Entre las mediatas destacan la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor pélvico crónico, y la infecundidad secundaria por patología tubárica o uterina. Otras posibles consecuencias son el aborto recurrente, el parto prematuro y el embarazo extrauterino. Estos problemas de salud van a limitar la productividad femenina dentro y fuera del hogar, reducir su capacidad en el cuidado de sus hijos y afectar adversamente las relaciones sexuales. (23)

2.10.2 IMPACTO SOBRE LA SALUD PÚBLICA

El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública en todas las edades, pero particularmente en mujeres jóvenes debido a que carecen de recursos y contactos para asistirse en un medio idóneo desde el punto de vista de la calidad de atención profesional, además el acceso a servicios de planificación familiar es escaso. Suelen además demorar más tiempo en buscar ayuda para la interrupción y ésta se da con gestaciones más avanzadas.

Además hay que agregar que la legislación y las políticas que si bien es cierta faculta que ante el riesgo de la vida de una mujer, es penalizadora y se deshumaniza al no contemplar el aspecto social del problema.

Muchas veces el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto requiere la utilización de grandes recursos hospitalarios: tiempo de hospitalización prolongada, insumos médicos, tiempo del personal, antibióticos, transfusiones, etc. Que agotan las usualmente escuálidas economías de las instituciones hospitalarias de la región, en algunos países en desarrollo hasta el 50% del presupuesto hospitalario se utiliza para el tratamiento de las complicaciones de los abortos que se dan con mayor frecuencia en aquellos practicados en condiciones de riesgo.

Con la finalidad de disminuir la incidencia del aborto y con ello la mortalidad materna, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, instó a los gobiernos y a otras organizaciones relevantes a enfrentar el impacto que tiene el aborto inseguro en la salud como un problema fundamental de salud pública, y a reducir el uso del aborto, al incrementar y mejorar los servicios de planificación familiar. Dentro del marco del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, el Ministerio de Salud

Pública dispuso en el año 2000, que todos los hospitales nacionales, puestos y centros de salud, garanticen la información, promoción, provisión y oferta de servicios de Planificación Familiar con criterios de calidad, lo cual es una estrategia que implica un gasto considerable para el estado. Y que a la larga se justifica a la luz del costo/beneficio tanto para la institución de salud como para la mujer. (24)

2.11. CONTEMPLACIONES LEGISLATIVAS GUATEMALTECAS

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

Art. 136. Aborto Calificado. Si a consecuencia del aborto consentido resultare la muerte de la mujer, se sancionará al responsable con tres a ocho años de prisión. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuadas sin el consentimiento de la mujer pero sucede la muerte de ella, 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 y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotados los recursos científicos y técnicos.

Art. 138. Aborto Preterintencional. Quien por actos de violencia ocasiona aborto sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de preñez de la ofendida, será sancionado con uno a tres años de prisión. Si los actos consisten en lesiones de mayor sanción se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

Art. 139. Tentativa y Aborto Culposo. La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio son impunes. El aborto culposo verificado por otra persona se sanciona con prisión de uno a tres años, siempre que ella tenga conocimiento previo del embarazo.

Art. 140. Agravación Específica. El médico que abusando de su profesión causare aborto o cooperare con él, se sancionará con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales y con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. (25)

III OBJETIVOS

Describir las características socioeconómicas y gineco-obstétricas de las pacientes que fueron atendidas por aborto en el Hospital General San Juan de Dios de septiembre 2008 a abril del 2010.

IV MATERIAL Y METODO

Estudio de tipo Descriptivo, longitudinal, se encuestaron 398 pacientes seleccionadas de forma aleatoria sistemática. Se realizó entrevista personal, a través de cuestionario con preguntas cerradas, después de ser atendidas por presentar aborto. Sólo se pudieron analizar 164 encuestas, debido al extravío de 234.

A las pacientes se les entrevistó acerca de diferentes aspectos socioeconómicos y ginecoobstétricos; también se revisó el expediente clínico de cada una para establecer como se clasificó el tipo de aborto.

Los aspectos socioeconómicos evaluados fueron: edad, ingreso económico familiar mensual, profesión o actividad, escolaridad y quienes residen en vivienda propia o alquilada; consideradas como modestas las viviendas ubicadas en zonas menos urbanizadas, en la ciudad constituyen los “barrios” por ejemplo el gallito en la zona 3, los multifamiliares cercanos al trébol en la zona 3, San Pedrito y los Cipresales zona 6, Colonia Landivar zona 7, etc., poseen vehículos, con los servicios básicos y amplia gama de artefactos eléctricos, con ingresos económicos entre Q 2,000 y 5,499 y quienes viven en viviendas con condiciones precarias son viviendas ubicadas en zonas marginales tipo asentamiento, en el área metropolitana se pueden apreciar a las orillas de los barrancos y las vías férreas. La ruedita zona 3 (barranco que se visualiza desde el puente del incienso) asentamiento 4 de febrero (ubicado al final de la colonia Bethania zona 7, colonia la limonada zona 5; no poseen artículos de confort como televisor o radio, no tienen trabajo fijo, sino trabajos del hogar y con ingreso económico menor a Q. 2000

Los aspectos gineco-obstétricos fueron: número total de embarazos, incluido el actual, antecedente de haber presentado un aborto previo a la pérdida gestacional actual; tipo de aborto actual, edad gestacional en la que se presentó el aborto actual y antecedente de cesáreas previas.

El aborto espontáneo se diagnosticó basado en la definición del mismo, que dice, que es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o la expulsión de un feto con un peso menor a 500 gramos.

A las pacientes que se les diagnosticó sospecha de aborto manipulado, se tomó como base la definición del mismo que dice, que es el aborto en el cual se interrumpe el embarazo antes de que el feto sea viable, recurriendo a métodos abortivos externos no legalizados

Aspectos Éticos: No se realizó ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico como producto de la investigación. Los resultados de la misma no modificaron la conducta que se tomó con las pacientes. Se aseguró la confidencialidad de la información.

V RESULTADOS

La edad promedio fue 26.4 (± 7.6) años, la menor de 13 y la mayor de 45, más del 50 por ciento eran menores de 25 años. La distribución por edad se presenta en la Tabla 1.

El 82.4% (n=135) refirieron una relación de pareja, unidas y casadas y el resto eran solteras, viudas o divorciadas. El 18.3% (n=30) era analfabeta, y de las que recibieron educación formal, sólo el 85.8% (n=115) completó la primaria. La ocupación más frecuente fue ama de casa con el 78% (n=128) y 8.5% (n=14) refirieron estar estudiando. Las características generales se presentan en la Tabla 2.

Tabla 1

Distribución por Edad
Características Socio-económicas y Gineco-Obstétricas
En Pacientes con Aborto
Hospital General San Juan de Dios, 2009

Edad	No.	%
<15	1	0.61
15-20	42	25.61
21-25	40	24.39
26-30	36	21.96
31-35	18	10.97
36-40	18	10.97
41-45	9	5.49
	164	100.0

Con respecto a las características gineco-obstétricas, el 90.9% (n=149) tenían 1 ó más gestas previas, 53.75% (n=88) refirieron el antecedente de haber presentado un aborto previo a la pérdida gestacional actual. El 28% (n=46) tenían antecedente de por lo menos una cesárea. Las características se presentan en la Tabla 3.

El 93.4% (n=154) fueron diagnosticadas como Aborto Espontáneo y 6.1% (n=10) como sospecha de Aborto provocado, con base a los hallazgos clínicos. Respecto a la edad gestacional en la que se presentó el aborto actual, 66.47% (n=109) se presentó antes de 11

semanas, correspondiendo a pérdidas tempranas, seguidos de 26.21% (n=43) de pacientes que se encontraban en la onceava y decimo quinta semana de gestación.

Tabla 2

Características Generales y Socioeconómicas
 Características Socio-económicas y Gineco-Obstétricas
 En Pacientes con Aborto
 Hospital General San Juan de Dios, 2009

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Unida	77	47.0%
Casada	58	35.4%
Soltera	26	15.9%
Viuda	2	1.2%
Divorciada	1	0.6%
Alfabetismo		
No	30	18.3%
Si	134	81.7%
Completo primaria	115	
Completo básicos	19	
Estudios universitarios	0	
Ocupación		
Ama de casa	128	78.0%
Comerciante	21	12.8%
Estudiante	14	8.5%
Otras	1	0.6%
Tipo de Vivienda		
Modesta	102	62.2%
Precaria	62	37.8%
Vivienda		

Propia	93	56.7%
Alquilada	71	43.3%
Ingresos Económicos		
< 1999 Q	33	20.1%
2000-5499 Q	122	74.4%
5500-21999	9	5.5%

Tabla 3

Características Gineco-Obstétricas
Características Socio-económicas y Gineco-Obstétricas
En Pacientes con Aborto
Hospital General San Juan de Dios, 2009

	Característica	Frecuencia	Porcentaje
Gestas	0	15	9.1%
	1-3	107	65.3%
	4-7	38	23.2%
	>7	4	2.4%
	Cesáreas	0	118
	1	39	23.8%
	2	6	3.7%
	3	1	0.6%
Abortos previos	0	76	46.3%
	1	76	46.3%
	2	6	3.7%
	3	6	3.7%
	Aborto actual	Esponáneo	154
Provocado		10	6.1%

Edad Gestacional del Aborto actual		
<5 semanas	14	8.54%
6-10	95	57.93%
11-15	43	26.21%
16-20	12	7.32%

Con relación a las condiciones socioeconómicas, 62.2% (n=102) de pacientes residían en viviendas consideradas como modestas, con los servicios básicos y el 37.8% (n=62) en viviendas con condiciones precarias.

Con relación a los ingresos económicos 74.4% (n=122) estaban en el rango mensual familiar entre Q.2000.00 – Q. 5499.00, correspondiendo a un nivel socioeconómico bajo. Y el otro subgrupo, 20.1% (n=33) pertenecen al nivel más bajo, con ingreso mensual familiar menor de Q.2000.

VI DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Teniendo clara la definición de aborto así como de aborto espontáneo, este último se produce sin intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. Y los provocados en el que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

Los factores de riesgo varían de acuerdo al tipo de aborto y las características socioeconómicas y gineco-obstétricas de las pacientes, con el propósito de describir estas características se realizó este estudio a las pacientes que fueron atendidas por aborto en el Hospital General San Juan de Dios de septiembre 2008 a abril del 2010. Aunque no fue parte de este estudio investigar las causas de negación, y el motivo por el que se lo realizaron.

En general la frecuencia del aborto es difícil de establecer por diversas razones a) existen abortos muy precoces, interpretados a veces 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, en algunos casos, como en este pasan ignorados o ser contabilizados como espontáneos.

Entre los resultados del estudio se encontró en base al perfil general y condición socioeconómica, que más del 50% de las pacientes, corresponde a menores de 25 años, y el resto con una prevalencia constante hasta los 40 años. Esto hace suponer la prevalencia de maternidad temprana. Sin embargo según la literatura las categorías de edades entre 10 a 14 años y 30 a 49 años, es decir, las pacientes que se encuentran en los extremos de la edad, tienen mayor riesgo de aborto, lo que se contrasta con este estudio ya que la mayoría de pacientes están comprendidas entre las edades de 25 a 30 años.

Además un 82.4% presentan o tienen una relación de pareja. Contrario a la literatura que describe que las pacientes casadas o en unión estable son las que presentan menor incidencia de aborto, aunque este dato puede ser variable, secundario a las características de cada paciente y la integración familiar de las mismas; y a que según los objetivos de la investigación, no se interrogó sobre la estabilidad familiar de las pacientes casadas o unidas.

Con relación a las condiciones socioeconómicas 62.2% (n=102) de pacientes vivían en viviendas consideradas como modestas, con los servicios básicos; mientras que el resto vivían en condiciones precarias. Las tres cuartas partes de la población tenían un ingreso económico en el rango mensual familiar entre Q.2000.00 – Q. 5499.00, correspondiendo a un nivel socioeconómico bajo, según el Instituto Nacional de Estadística y el resto pertenecen al nivel más bajo, con ingreso mensual familiar menos de Q.2000. (26)

En las características gineco-obstetricas el 90.9% (n=149) de las pacientes, tenían 1 ó más gestas previas. También se observó que más de la mitad de pacientes tienen como mínimo el antecedente de haber presentado un aborto previo a esta pérdida gestacional, reafirmando que el antecedente de un aborto es un factor de riesgo importante.

Respecto a la edad gestacional en la que se presentó el aborto actual el 66.47 % (n=109) de pacientes se dió antes de 11 semanas de gestación; correspondiendo a pérdidas tempranas. En general la prevalencia de abortos espontáneos se produce durante las primeras 12 semanas de gestación. Según la literatura y diversos estudios realizados se han logrado determinar las principales causas del aborto espontáneo, aunque es un hecho infortunado para la pareja, una alta proporción de los productos son anormales, y este fenómeno selectivo elimina casi el 95% de los errores morfológicos y citogenéticas.

Importante recalcar que esta clasificación por sus implicaciones, ya que la morbi-mortalidad es mayor en los tardíos que en los precoces. El círculo vicioso de maternidad precoz, número de hijos, falta de educación y menor capacitación laboral conforma una “estructura de desventaja” que refuerza la pobreza y la desigualdad. (27)

No se hizo diagnóstico certero de aborto manipulado debido a que las pacientes niegan dicha información esto probablemente ocasionado por el miedo al rechazo familiar o por las implicaciones legales, morales, éticas, familiares y sociales que sobrevienen; las pacientes orientaban según su historia, hallazgos clínicos acerca de la posibilidad de manipulación de dicho embarazo, sin embargo su respuesta a dicha interrogante era negativa. Todo esto entorpece la disponibilidad de información confiable. Además para el personal médico tiene implicaciones legales, ya que según la constitución de la República de Guatemala, es obligación del médico denunciar este hecho, y en estos casos no se tienen pruebas que respalden dicha denuncia. Por lo que se manejara el concepto de sospecha de aborto provocado.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cascante, José Francisco, Kestler, Edgar. "Morbilidad materna en Centroamérica", Revista Centroamericana de Ginecología y obstetricia, 2005; Vol. 5 No. 1 enero-abril. Pág. 8-12
2. Figueroa A, Rolando. "Salud reproductiva, reflexiones de la conferencia Internacional sobre población y Desarrollo y la cuarta conferencia mundial de la mujer". Revista centroamericana de ginecología y obstetricia, 2007; Vol. 7, No. 3 Pág. 68-73
3. Figueroa A, Rolando. "Embarazo en adolescentes". Revista Centroamericana de Ginecología y obstetricia, 2008; Vol. 8 No. 1, Enero-abril. Pág. 1-28.
4. Gormaz, Gustavo. "Precisiones Sobre el aborto". Revista Chilena de obstetricia y ginecología, 2005; Vol. LX, No. 5; pág. 318-327
5. Grajales L, Biverly. De león H, Amarilis. "El costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Remón". Revista Centroamericana de Ginecología y obstetricia, 2006; Vol. 7, No. 1 Pág. 33-36.
6. B.R. Johnson, et. al., "Costs of Alternative Treatments for incomplete Abortion" Working Paper Series, No. 1072, BM, Washington, DC, 2005.
7. Cunningham, G., McDonald, P. Williams, Obstetricia. 4ª. Ed., Barcelona. Masson, 2006. Pp. 649-672.
8. López Villagrán, Haroldo. "Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos y la infertilidad". Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia, 2005; Vol. 10 No. 2, mayo-agosto, Pág. 39-46
9. Scott R, James. Danforth. "Tratado de Obstetricia y Ginecología", 6ª. Ed. Interamericana McGraw Hill, México 2005, Pág. 219-231
10. Schwarcz, Ricardo, L. Duverges, Carlos. Obstetricia, 5ª. Ed. El Ateneo, Buenos Aires 2007, Pág. 175-181.
11. OMS/OPS. "Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad Materna". Washington, 2005.
12. INCAP. "Estudio descriptivo sobre morbimortalidad relacionada con aborto en mujeres ladinas e indígenas del área rural y urbana de Guatemala". Guatemala, Informe anual de 2004. Pág. 22
13. Sing S., Prada E., Kestler E. "Induced abortion and 2. Unintended Pregnancy in Guatemala". IntFamPlannPersp 2006; 32: Pág. 136-145.

14. MSPAS. "Salud reproductiva y sexual". Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. SIAS, Guatemala, 2005.
15. Novak, Edmund. Et. al. Tratado de ginecología. 11ª. Ed. México, D.F. Ed. Interamericana, S.A. 2007. Pág. 487-490 y 963-973.
16. OPS. "Situación de Salud de las Américas". Indicadores Básicos, 2, 2007.
17. MSPAS. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala, 2005-2006.
18. Mellado, C. Et. al. "Estudio citogenética en abortos espontáneos". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2006; Vol. 61, No. 5, Pág. 173-177.
19. OMS. "Manejo para las complicaciones y el parto, guía para obstetras y médicos", 2006.
20. Ruiz Ruiz, Jesús A. Madero Cervera, José Ignacio. "El consentimiento informado" Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 2008; Vol. 9, No. 1 Guatemala enero-abril, Pág. 11-13.
21. Malagón-Londoño y cols. "Manejo Integral de urgencias". 2ª Ed. Bogotá. Panamericana 2006. Pág. 460-470
22. Gabbe, "Embarazos normales y sus complicaciones", 5ª ed., capítulo 51 -Temas legales y éticos en la práctica obstétrica, 2007; Pág. 512-515.
23. Katz, "Spontaneous and Recurrent Abortion", Comprehensive Gynecology, 5th ed.; Chapter 16 – 2008; 811-814.
24. Organización Mundial de la Salud. "El aborto inseguro: global y estimaciones regionales de la incidencia del aborto inseguro", 2006.
25. CODIGO PENAL, Decreto 17-93 del Congreso de la República de Guatemala, 2005. Págs. 83.
26. INE. "Población y vivienda a nivel de lugar poblado". Publicaciones electrónicas, Vol. II, X censo poblacional, Guatemala 2006.
27. Planificación familiar Pos-aborto. Informe taller latinoamericano, AVSC. México, D.F. 2006.

VIII ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
 OBSTETRICIA
 FASE IV PROGRAMA DE ESPECIALIDADES
 MÉDICAS

Boleta de recolección de información
 No. De Registro hospitalario: _____

Fecha de atención: _____

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad _____ años

Estado civil:

- Casada
 Soltera
 Unida
 Divorciada
 Viuda

Escolaridad

- ANALFABETA
 ALFABETA
 Ultimo año aprobado en primaria
 Número de años aprobados en secundaria
 Número de años en universidad Profesional

Ocupación:

- Ama de casa
 Estudiante
 Comerciante
 Agricultora

Otros _____

Municipio o zona de procedencia _____

Tiene automóvil SI NO

Aparatos eléctricos que tiene en su casa:

- Televisor
 Refrigerador
 Estufa
 Licuadora
 Microondas
 Lavadora
 Servicio de cable
 Muebles
 Radio

Vivienda

- Propia
 Alquilada
 Financiando
 Casa lujosa
 Casa modesta
 Vivienda precaria

Rango de ingreso mensual familiar

- 0 - 1999
 2000 - 5499
 5500 - 21999
 22000 - 39999
 > 40000

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

- No. de Gestas
 No. de partos
 No. de abortos
 No. de cesáreas
 No. de hijos nacidos vivos
 No. de hijos nacidos muertos

ABORTO

Edad gestacional semanas

Tipo de aborto:

- Provocado
 Espontáneo

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Caracterización socioeconómica y gineco-obstétrica de las pacientes con aborto" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confieren la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.