

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"PREVALENCIA DE ABORTO SEGUN GRUPO DE EDAD EN  
EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA"**

ESTUDIO RETROSPECTIVO REALIZADO EN 1670 CASOS DE  
ABORTO ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

**T E S I S**

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

**P O R**

**LUIS ARTURO ESQUIVEL QUIJALVA**

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, JULIO DE 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 6 de julio

de 1994

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS LUIS ARTURO  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
ESQUIVEL GRIJALVA Carnet No. 49501  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"PREVALENCIA DE ABORTO SEGUN GRUPO DE EDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE JUTIAPA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos  
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de  
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-  
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor  
Firma y sello personal

Dr. Oscar A. Barahona S.  
Médico y Cirujano  
Col. 4765

Firma del estudiante

Revisor  
Firma y sello

Registro Personal 9912



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El (La) Bachiller: LUIS ARTURO ESQUIVEL GRIJALVA

Carnet Universitario No. 49501

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al  
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:  
"PREVALENCIA DE ABORTO SEGUN GRUPO DE EDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE JUTIAPA"

Trabajo asesorado por: DR. OSCAR A. BARAHONA S.

y revisado por: DR. EDGAR DE LEON BARILLAS

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 6 de julio de 1994

DR. EDGAR R. DE LEON BARILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS  
DIRECTOR

CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:



Dr. Edgar Abel Oliva González  
D E C A N O

# I N D I C E

	Páginas
I. INTRODUCCION	1
II. ANALISIS Y DEFINICION DEL PROBLEMA	22
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
A. Definición de Aborto	6
B. El aborto a través de la historia	6
C. El aborto como problema social	8
D. Clasificación etiológica del aborto	10
E. Etiopatogenia del aborto espontáneo	10
1. Factor genético	12
2. Endocrinopatías	13
3. Factores Anatómicos	14
4. Enfermedades crónicas	14
5. Enfermedades agudas	15
6. Enfermedades virales	15
7. Enfermedad vascular hipertensiva	15
8. Factor inmunológico	15
9. Causas Psíquicas o emocionales	15
10. Factores masculinos	16
11. Factores nutricionales	16
12. Intoxicaciones	16
13. Factor Yatrogeno	16
F. Sintomatología y formas clínicas	16
G. Aborto inducido e provocado	19
H. Laboratorios	19
I. Diagnóstico Diferencial	20
J. Complicaciones	21
K. Tratamiento	21
L. Pronóstico	22



	Páginas
VI. METODOLOGIA	23
a) Variables a estudiar	24
b) Recursos	25
c) Instrumento y medición de variables	26
d) Ejecución de la Investigación	26
e) Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico	26
f) Aspectos éticos de la investigación	26
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	27
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	42
IX. CONCLUSIONES	47
X. RECOMENDACIONES	49
XI. RESUMEN	50
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
XIII. ANEXOS	53

## I. INTRODUCCION

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

En países sub-desarrollados como el nuestro el problema es grave ya que no sólo se provocan gran cantidad de abortos, sino que estos son realizados por personas sin conocimiento médico y en pésimas condiciones higiénicas.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo sobre aborto, siendo esta patología un problema frecuente en el que se desconoce la causa y factores asociados.

El estudio está basado en la revisión y análisis de 1670 - historias clínicas correspondientes a pacientes obstétricas atendidas en el Hospital Nacional de Jutiapa durante el período de - Enero 1989 a Diciembre 1993, el objetivo principal fue conocer - la frecuencia de aborto diagnosticado clínicamente y determinar factores condicionantes del mismo además complicaciones y pronóstico de la paciente.

Las estadísticas obtenidas en la investigación señalan que el aborto se encuentra con mayor frecuencia en pacientes de la - segunda y tercera década de la vida, y estas en su mayoría han - tenido cuatro o más gestas, siendo grandes múltiparas.

Aunque la letalidad a causa de este problema es pequeña se ha observado el aumento de consultas por esta causa en el Hospital de Jutiapa.

## II. ANALISIS Y DEFINICION DEL PROBLEMA

La medicina suele definir el aborto como la expulsión o pérdida del producto de la concepción antes de 20 semana de embarazo o finalmente la pérdida de un feto de peso inferior a 500 gramos (9,14).

Los motivos que influyen para que suceda un aborto son diversas y las complicaciones variadas y los factores predisponentes se dividen en tres grandes grupos ovulares, maternos, traumáticos. (3,18,19)

En el Hospital Nacional de Jutiapa, pudo constatarse que un motivo de consulta frecuente es el de hemorragias vaginales en mujeres embarazadas, siendo en algunas ocasiones pacientes muy jóvenes sin ninguna paridad y en otras mujeres adultas con paridad muy alta, por ende aumenta la incidencia de abortos y si tomamos en cuenta que éstos están siendo controladas por comadronas en sus comunidades, no teniendo recursos económicos y no le prestan importancia a la sintomatología de un aborto.

El grado de crecimiento poblacional por familia, el nivel económico diferente, mala orientación en salubridad, alto índice de prostitución, manipulaciones ilegales pro-aborto, enfermedades sistémicas y estado nutricional deficiente hace que las pacientes corran el riesgo hasta de fallecer y principalmente si estas son jóvenes, pues desconocen las consecuencias de este problema.

En nuestro medio no existe hasta el momento una idea específica de cuales son las edades mayormente afectas por aborto, habiendo informaciones que nos ofrecen ideas parciales sobre este problema.

Por ello fue necesario realizar el presente estudio para poder contar con datos fidedignos de la situación actual que se encuentra este grupo de personas.

Utilizamos para esto una boleta en donde se anotaron datos generales y específicos del estudio, tales como número de gestas fecha de última regla, número de partos, cesáreas, legrados anteriores, condición de paciente post legrado, días de estancia y complicaciones, basándonos en la historia clínica de pacientes a las cuales se le efectuó Legrado Instrumental Uterino.

Sin embargo no debemos olvidar que con una orientación de salud adecuada, podemos disminuir cualquier complicación sobre este problema.



### III. JUSTIFICACION

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes que le puede ocurrir en la vida a toda mujer y a lo que to das tienen derecho.

En el 20 ó 30% de las mujeres hay hemorragia o cólico en alguna época durante las primeras 20 semanas de embarazo y el 10 al 15% abortan espontáneamente por lo que se considera un problema complejo y desalentador, cuyas causas y consecuencias son difíciles de determinar con exactitud sabiendo que en nues tro medio es la expresión de un fenómeno social cuyas raíces son profundas y que se presenta con frecuencia, aunque es impo sible precisar el verdadero incremento y se conocen datos solo de las personas que solicitan ayuda hospitalaria.

Al Hospital Nacional de Jutiapa acuden con frecuencia gran cantidad de pacientes a quienes se les realizó legrado instrumental uterino por presentar cuadro compatibles al aborto, de estos datos se han realizado estudios tomando en cuenta un solo tipo de variable y no dan importancia adecuada a la edad en que las pacientes están mayormente expuestas a sufrir este pro blema.

Es necesario que todo médico especialmente del área rural tenga conocimiento de la problemática que pueda dar el aborto y es una obligación para todos quienes pretendan mantener el bien estar de la población Materno-Infantil.

Las complicaciones del aborto en cualquiera de los tipos son innumerables y en ciertos casos fatales, razón por la cual en el presente trabajo se trató de delimitar la magnitud ac- tual del aborto ya que el número de pacientes atendidos nos in dica que las más afectadas son las que se embarazan temprana- mente y las grandes multíparas.

#### IV. OBJETIVOS

##### A. GENERALES

1. Determinar la frecuencia de aborto según grupos etarios en el Hospital Nacional de Jutiapa.

##### B. ESPECIFICOS

1. Identificar las edades mayormente afectadas.
2. Señalar el tipo de aborto más frecuentemente atendido.
3. Identificar la frecuencia con la que se presenta el aborto en mujeres multíparas.
4. Determinar la edad gestacional del aborto.
5. Identificar las complicaciones y el pronóstico de las pacientes después de realizado el Legrado Instrumental Uterino.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A. DEFINICION:

El aborto se define como toda interrupción espontánea o - provocada del embarazo antes de que el feto esté suficientemen te desarrollado o viable para poder sobrevivir fuera del vientre materno, con expulsión del huevo y sus membranas. (4,6,11, 13,16,18)

### B. EL ABORTO A TRAVES DE LA HISTORIA:

Hay quienes afirman que "el problema del aborto es tan an tigo como puede serlo la vida del hombre". En unas épocas ha sido objeto de severas sanciones, y en otras fue consentido". (18)

La palabra aborto deriva del término latino "aboriri" - que significa "separar del sitio adecuado". Las referencias - en la biblia (Antiguo Testamento) son generalmente condenas - contra el aborto. Esta norma prevaleció hasta que los judíos emigraron a Egipto y estuvieron bajo la influencia de la cultu ra griega y romana. (6,17,19)

Ha sido practicado desde tiempos muy remotos debido al de seo de limitar el número de nacimientos. Por ejemplo, en un - manuscrito chino que data del año 2,737 a 2696 A. de C, el - - cual es considerado como el trabajo médico más antiguo de la - china, ya se encuentra mencionado el mercurio como substancia abortiva. (17)

En la antigua Grecia hubo mucha atención sobre el tema, - Aristóteles y Platón aconsejaban el aborto para la mujer emba razada que ya tenía el número de hijos deseados, también para la mujer que concebía después de los 40 años. Por otro lado - Solón y Licurgo decretaban leyes prohibiendo el aborto. Li - sias señalaba que el principal problema era en saber si el fe to era un ser animado o no. El aborto inducido parece, fue - bastante frecuente. La obstetricia la desempeñaban los grupos:  
A) Las comadronas tradicionales que asistían los partos y -

B) El grupo mayor llamado "Iatpouaiai" que tenía la potestad de provocar el aborto. (7,17)

En Grecia los modos de Platón y Aristóteles acerca de esto, era inexplicablemente crueles si no 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. En cuanto a Platón, si bien hablaba del aborto, su falta de respeto hacia la vida de los hijos de personas fuera de la edad que entendía como augénica hace pensar que no lo rechaza. Estos dos personajes aconsejaban el aborto, cuando era excesivo el aumento de la población. (17)

Los abortos fueron practicados libremente en la Roma Imperial por comadronas y en menor grado por médicos griegos, principalmente debido a que los médicos romanos libres se veían atados por el juramento hipocrático...Ni ayudaré a una mujer a provocar el aborto. (7,17)

Muchos de éstos abortos eran efectuados mediante legrado y entonces como ahora, las complicaciones (perforación y sepsis) eran responsables de la mayoría de muertes. Además se emplearon agentes orales (purgantes fuertes) como por ejemplo la ingestión de tres gramos de extracto de perejil produce la hepatonefritis apiolica que se manifiesta por dolores abdominales, lumbares, seguido de náuseas y vómitos con diarrea, las duchas vaginales con agua caliente, era otro medio, las comadronas probaban una y otra vez hasta que se producía el aborto o se ocasionaba la muerte. Muchos escritores clásicos hacen alusión al tema, Cellius deploró la práctica del aborto por mujeres que únicamente pretendían cuidar su silueta. En los siglos I y II A.J.C. Sranus el más importante gineco-obstetra de la época en un trabajo suyo comentaba que el aborto era más fácil de provocar en el tercer mes, pero podía complicarse con metritis incluso con concersiones (tétanos). Con el cristianismo se generalizó la actitud de que el aborto es un acto vergonzoso y no se debía tolerar. Prevaleció que la mujer que -



una vez estaba embarazada (voluntad de Dios) no debía hacerse nada sin importar aspectos económicos o de peligro para la madre. La consecuencia fué el desarrollo de la práctica del aborto criminal desconocido anteriormente. Los teólogos cristianos definen que el feto posee un alma desde el momento en que el ovulo es fecundado, por lo tanto era un asesinato el aborto inducido, como decía Worms en 1521. (7,17,19)

En épocas más modernas Taussig al revisar la práctica abortiva entre los pueblos primitivos encontró que cada tribu tenía métodos para provocar el aborto, variando desde agentes orales, traumáticos abdominales, hasta la introducción de cuerpos extraños. Así mismo las actitudes hacia el aborto varían en las distintas partes del mundo, las razones oscilan desde la vanidad y el miedo hasta las consideraciones económicas más corrientes. (7,17)

De hecho se trata de un problema tan viejo como la civilización. Sus secuelas han sido y seguirán siendo no solo problema de tipo médico sino también sociales, políticos, morales y económicos. (7,17,19)

Los mayas provocaban el aborto haciendo que las gestantes acostadas, soportaran el peso de mujeres corpulentas que les daban luego puntapiés hasta que la hemorragia apareciera. El padre Fray Bartolomé de las Casas, refirió muchas muertes por éstas maniobras. (17)

En Guatemala no se encuentran referencias sobre éste problema, pero si es conocido que durante la Colonia ello constituía un gran escándalo por parte de la iglesia católica, siendo esta la que, a través de sus conceptos del hombre, ha resultado más conflictiva con relación al aborto. (17)

#### C. EL ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL:

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

mismo en tres aspectos:

- a) Causas Socioeconómicas: la precaria situación económica que existe actualmente, desempleo y bajos ingresos.
- b) Causas Sociales: Irresponsabilidad paterna, alcoholismo, la desintegración familiar, madres solteras.
- c) Causas Educativas: Ignorancia, analfabetismo, - desconocimiento o falta de educación sexual. (17,19)

Como puede verse, este es un problema complejo cuyas causas y consecuencias son difíciles de determinar con exactitud, sabiendo que en nuestro medio el aborto provocado es la expresión de un fenómeno social cuyas raíces son muy profundas y - que además se presentan con frecuencia, aunque es imposible - precisar el verdadero incremento del aborto, debido especialmente el interés que tiene en callarlo quien lo ha cometido. - (17,19)

Por esta razón sólo llegan a los tribunales de justicia, aquellos abortos mal realizados que ponen en peligro la vida - de las mujeres y que atacan gravemente su salud. (19)

En mayor o menor número, en todos los países se realizan abortos clandestinos, y en nuestro país, a pesar de la existencia de algunas estadísticas oficiales judiciales sobre el aborto clandestino, presenta el problema de que tales estadísticas sólo dan una pálida idea sobre la realidad. (17)

Es bien conocido que la clandestinidad del aborto es causa de enfermedades que incluso pueden llevar a la muerte, ya - que los abortos se practican sin las garantías de asepsia mínima, aumentándose con ello el riesgo de complicaciones. (19)

Presenta pues, el aborto, el método cruento de control de la natalidad que se elige como solución en muchas ocasiones, - la mayor parte de las veces, frente a una realidad socioeconómica deficiente y precaria. (17)

No podemos pasar por alto el número de abortos que no son controlados clínicamente hay una sólida cortina que esconde to do lo que se refiere al problema social del aborto y quizás re

sulte difícil conocer el fenómeno en su real magnitud. (5,16,-17)

#### D. CLASIFICACION ETIOLOGICA DEL ABORTO

El aborto puede ser espontáneo o provocado. (4,11,12,14,-18,20)

- a) Aborto espontáneo o involuntario.
  - i. Aborto accidental u ocasional
  - ii. Aborto habitual o iterativo.
  - iii. Aborto retenido (retención del huevo muerto)
- b) Aborto provocado, inducido o intencional:
  - i. Aborto indicado por médico (indicación médica)
    - Aborto terapéutico
    - Aborto profiláctico
    - Aborto eugenésico
  - ii. Aborto por indicación medicosocial.
  - iii. Aborto por razones éticas o sentimentales (violación)
  - iv. Aborto por razones sociales o voluntario strictu sensu. (12,17,19)

#### E. ETIOPATOGENIA DEL ABORTO ESPONTANEO

La muerte y expulsión del huevo significa el fracaso final de la función generativa, es decir la imposibilidad de llevar el fruto hasta su madurez. Importa aclarar de entrada las condiciones imprescindibles para que ese complejo proceso pueda fructificar, y estudiar luego los factores responsables del fr caso. (5,17)

Las condiciones que se exigen para lograr plenamente un fruto de término serían las siguientes:

- a) Ovulo y espermatozoide normales: tanto en su substrato genético como en otros elementos menor conocidos - del resto del gameto que pueden tener participación - en dicho proceso.
- b) Adecuada conjunción de los gametos y ulterior división celular sin errores.

- c) Factores ambientales favorables para el transporte y vitalidad del huevo en sus primeros estadios de desarrollo. Desde ya esto implica elementos anatómicos normales a nivel de trompa y útero.
- d) Nido endometrial correctamente preparado, que implica un balance hormonal adecuado y la ausencia de factores anatómicos inflamatorios, etc. que lo alteren.
- e) Utero en su arquitectura y desarrollo normales, como para permitir las modificaciones que el crecimiento del huevo imponen al órgano.
- f) Ausencia de factores patógenos exógenos (infecciosos, actínicos, tóxicos, etc.,) capaces de perturbar, por uno u otro mecanismo, el proceso de desarrollo y maduración ovular.

Como se comprende, tan complejo proceso admite la posibilidad de falla en cualquiera de sus instancias o de superposición de factores y de una idea de las dificultades en la investigación de las causas del aborto espontáneo. (5,11,12,17)

#### REVISION Y COMENTARIO DE LOS FACTORES ETIOPATOGENOS

- 1) Factores genéticos:
  - i. Translocaciones
  - ii. Intercambio de cromatina
  - iii. Trisomías
  - iv. Monosomías
- 2) Endocrinopatías:
  - i. Hipo e hipertiroidismo
  - ii. Diabetes mellitus
  - iii. Insuficiencia hipofisiaria
  - iv. Insuficiencia suprarrenal
  - v. Otras alteraciones hormonales
- 3) Factores anatómicos:
  - i. Anomalías congénitas del útero (útero doble, arquato, uni o bicornio, septado o hipoplasia).



- 4) Enfermedades crónicas:
  - i. Infecciosas:
    - Tuberculosis
    - Brucelosis
    - Sífilis
  - ii. Parasitarias:
    - Enfermedad de chagas
    - Toxoplasmosis
    - Hidatidosis
    - Paludismo
- 5) Enfermedades agudas:
  - i. Infecciones del tracto urinario
- 6) Enfermedades virales:
  - i. Citomegalovirus
  - ii. Rubeola
  - iii. Espstein-Barr
  - iv. Herpes virus
- 7) Enfermedad vascular hipertensiva:
  - i. Enfermedades renales crónicas
- 8) Factores inmunológicos
  - i. Anticoagulante lúpico
  - ii. Incompatibilidad del grupo sanguíneo
- 9) Enfermedades Psiquiátricas
- 10) Factores masculinos:
- 11) Factores nutricionales
  - i. Deficiencias nutritivas totales o parciales
- 12) Intoxicaciones
- 13) Factores Yatrógenético. (3,4,11,12,15,18,20)

#### 1. FACTOR GENETICO

Los abortos espontáneos en el primer trimestre se deben a una aberración cromosómica en un 50 a 60% y en ellos la trisomía corresponde a un 50 ó 60%, la monosomía X a l 15% a 25% y - la poliploidia al 20 a 25% de estos abortos aislados. (5,11,12, 20)

Aunque la frecuencia de abortos espontáneos cromosómicamente anormales es relativamente alta, son diferentes los hallazgos en los progenitores. En las parejas que han producido dos o más abortos espontáneos, la frecuencia de translocaciones recíprocas equilibradas será casi del 3%. Debido al costo de los análisis cariotípicos probablemente no se justifica un análisis genético de ambos progenitores hasta que no hayan ocurrido cuando menos tres abortos espontáneos tempranos. (4,5,11,17,20,21)

## 2. ENDOCRINOPATIAS:

Disfunción tiroidea. Litzaberg fue uno de los primeros clínicos que conocieron la importancia del Tiroides en la reproducción. Varios investigadores han señalado una elevación del yodo unido a las proteínas (PBI) y del yodo extraído con butamol (BEI) durante el embarazo. Se dan variaciones bastantes grandes, en especial al principio del embarazo, aunque la significación exacta de los niveles bajo es desconocida. Si bien el hipertitoidismo en pacientes no tratadas puede ser causa de aborto, su presencia rara vez es causa de aborto, de repetición. (4,18,17,20)

Estudios recientes en pacientes diabéticos dependientes de insulina, reportan que son ellas las que más sufren de abortos espontáneos a diferencia de la población en general. (4,11,18,20)

Otras alteraciones hormonales las constituye, la función adecuada del cuerpo amarillo, específicamente la producción de progesterona, es esencial tanto para la implantación como para la conservación del embarazo temprano. La frecuencia de las fases lúteas inadecuadas, en solo un 3% en la población general; si embargo, en pacientes con abortos recurrentes se aproxima al 35 a 50%. (4,11,18,20)

Se ha sugerido que los niveles anormales de una o más hormona sirve a veces, para prever un aborto y que incluso pueden emplearse como guía terapéutica. (4,11,18,20,21)

### 3. FACTORES ANATOMICOS:

El diagnóstico de la existencia de un útero doble en una mujer con abortos de repetición no es suficiente para probar que éste sea el factor etiológico. Sólo ha de considerarse - así, si es posible excluir todos los demás factores etiológicos. El hecho de que el 75% de las mujeres con útero doble - no experimente dificultades graves, refuerza la necesidad de asegurarse de que la anomalía es necesariamente causal. (4,5, 12,17,21)

- i. Anomalías congénitas que alteran o reducen el tamaño de la cavidad uterina.
- ii. Tumores uterinos, en particular miomas submucosos o intramusculares.
- iii. Posición uterina anormal, especialmente incarceración por retroflexión.
- iv. Cicatrización previa de la pared uterina secundaria a miomectomía procedimientos de unificación o cesárea.
- v. Síndrome de Asherman de formación de sinequias uterinas.
- vi. Incompetencia anatómica o funcional del cuello uterino como resultado de embarazos y laceraciones previas, lo que produce aborto en el segundo trimestre. Las anomalías uterinas también pueden ser causa de aborto en el primero o segundo trimestre. (12,17)

### 4. ENFERMEDADES CRONICAS:

#### i. Infecciones:

Diversos tipos de infecciones, uterinas y diseminadas, que se relacionan etiológicamente con el a borto, pero la mayoría de ellas ha causado abortos aislados, y no recurrentes. Entre ellas se encuentra la tuberculosis, brucelosis y sífilis. - (11,18,20)

ii. Parasitarias:

Se encuentran toxoplasmosis, enfermedad de chagas, hidatidosis y paludismo, se observa que la enfermedad que más se asocia con el aborto espontáneo es la toxoplasmosis. (4,11,17,20)

5. ENFERMEDADES AGUDAS:

Se observa durante el embarazo un incremento de las infecciones del tracto urinario, se debe a la presión que el útero - grávido ejerce sobre la vejiga, lo que produce reflujo urinario y micción continúa la complicación más grande es la infección - causada por E. coli en un 85% ya que puede provocar aborto espontáneo. (4,17)

6. ENFERMEDADES VIRALES:

Entre ellas se encuentran citomegalovirus, rubeola, Epstein barr, toxoplasmosis y herpes tipo II. (4,11,16,18)

7. ENFERMEDAD VASCULAR HIPERTENSIVA:

En esta enfermedad los abortos son tardías, puede ocurrir muerte fetal y parto prematuro, se puede presentar desprendimiento de placenta especialmente si existe glomerulonefritis o nefrosclerosis. (18)

8. FACTORES INMUNOLOGICOS:

Incompatibilidad del grupo sanguíneo debida a ABO, RH, Kell u otros sistemas de factores menos frecuentes. Diversos métodos de análisis indican una respuesta inmunológica disminuida en las madres que experimentan abortos habituales. (4,14)

9. CAUSAS PSIQUICAS O EMOCIONALES:

Son especulativas, éstas causas de aborto. No se cuenta con pruebas válidas en favor del concepto de que el aborto puede ser inducido por estímulos psíquicos como sustos, pesar, ira, o ansiedad. (13)



10. FACTORES MASCULINOS:

La Hiperespermia, mayor de 250 millones/ml y la ologoespermia se ha relacionado con el aborto frecuente. Esto puede ser secundario a una disminución de DNA en el espermatozoide, - este hecho no se ha comprobado. (12)

11. FACTORES NUTRICIONALES:

Se ha señalado que en las mujeres se da una relación definida entre la dieta materna y el desarrollo fetal. (3,11,12,18, 20)

12. INTOXICACIONES:

Antagonistas del ácido fólico, taldomida, anticuagulantes, constante exposición al plomo, mercurio, arsénico y fósforo. - (3,20)

13. FACTOR YATROGENO:

Administración de algunos citotóxicos quimioterapéuticos.- El tratamiento de la gota y la talasemia incluye la colobicina, que paraliza la formación del uso durante la mitosis. (11)

F. SINTOMATOLOGIA Y FORMAS CLINICAS:

a) Amenaza de Aborto:

Es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar del 10 al 20% de los abortos espontáneos. Se caracteriza porque, en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y de tamaño acorde con los correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con la contracción del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino con hemorragia genital ligera. (4,11,18,20)

b) Aborto inevitable:

Dolor y hemorragia con cuello uterino abierto indican aborto inminente y la expulsión del contenido uterino es i

inevitable cuando se observa dos o más de los signos siguientes:

- i. Borramiento moderado del cuello uterino.
- ii. Dilatación cervical mayor de 3 cm.
- iii. Rotura de membranas
- iv. Hemorragia por más de siete días.
- v. Persistencia de cólicos a pesar de la administración - de analgésicos narcóticos.
- vi. Signos de terminación del embarazo. (4,11,18)

c) Aborto Diferido:

Quando en el que, muerto el huevo in útero por diversas razones no es expulsado al exterior. Se le designa también con el nombre de aborto retenido, o huevo muerto y retenido, significa con esto que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al verdadero cuerpo extraño que es el huevo muerto en su interior (missed Abortion) (18,20)

d) Aborto en Curso:

El cuadro anterior se agrega la pérdida de líquido amniótico no siempre visible con facilidad, en forma de hidrorea clara mezclada o alternando con emisión sanguínea genital, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, que muchas veces no lo es en forma directa puesto que suele quedar retenido en la vagina, o parte de él en la misma y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. - (18)

e) Aborto Incompleto:

Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada el útero se mantiene bladzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es profusa y persistente. (4,11,18,20)

f) Aborto Completo:

En este caso el huevo es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Luego de una acme dolorosa y hemorragia todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal. (4,12,18,19)

g) Aborto Infectado:

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital. También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas - destinadas a completar la evacuación del huevo. Manifiestándose por secreción fétida de la vagina y cuello uterino, dolor pélvico y abdominal, hipersensibilidad al movimiento del útero o cuello uterino, fiebre de 37.8 a 40.6 grados celsius. (12,19,21)

h) Aborto Fallido:

El aborto fallido implica que el embarazo ha sido retenido durante dos meses o más después de la muerte del feto. Cualquiera de las causas de aborto puede ser el origen; pero el aborto fallido suele ocurrir hasta el segundo trimestre del embarazo. (12,19,22)

i) Aborto Habitual:

Se caracteriza por tres o más abortos espontáneos sucesivos. La posibilidad de llevar a término un embarazo después de dos abortos 70% y luego del tercer aborto, 25%. (20,21)

El riesgo manifiesto de tener un aborto espontáneo es de 15% a 40% el de dos pérdidas consecutivas es de 2 a 3% -



y de tres es menor de 1%, aunque la frecuencia verdadera - podría ser más elevada. (4,11)

j) Aborto Inducido:

Es el que se lleva a cabo por determinación terapéutica o electiva del embarazo. (19)

G. ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO

Terminación deliberada del embarazo de manera que el embrión o feto no sobrevivirá. Las opiniones de la sociedad respecto al aborto electivo han sufrido cambios en los últimos años. En algunas ocasiones la necesidad de un aborto es aceptado; pero ha tenido que quedar atrás actitudes políticas y médicas. Algunos conceptos religiosos permanecen incólumes dando lugar a conflictos personales, médicos y políticos. (4,17)

Se aproxima que la tercera parte de la población mundial vive en países con leyes no restrictivas al aborto. Otra tercera parte con leyes moderadamente restrictivas del aborto; donde los embarazos no deseados no pueden ser interrumpidos por decisión personal sino en base a indicación ampliamente interpretadas de índole médico, psicológica. El resto de países donde el aborto es ilegal sin limitación o se permite sólo cuando la vida o salud de la madre pudiera peligrar en forma grave en caso de permitir que el embarazo continúe. (17)

Se calcula que uno de cada cuatro embarazos en el mundo termina mediante aborto inducido, convirtiéndose el método tal vez en el más común de los de limitación de la producción. (14)

H. LABORATORIOS

a) Pruebas de Embarazo:

Las concentraciones plasmáticas de crecientes o anormales bajas de B-hCG son un índice de predicción de aborto espontáneo a partir de la sexta semana. Se encuentra también HCG en la orina en cantidades disminuídas cuando el embarazo está dañándose y no se encuentra después de interrumpirse. (14)



b) **Sangre:**

Si ha ocurrido hemorragia importante, la biometría hemática revelará anemia. Si hay infección el recuento leucocitario estará elevado (12,000 a 20,000 ml). La velocidad de sedimentación ya elevada por el embarazo, aumenta con la infección y la anemia. (14)

c) **Hormonas:**

El título sanguíneo o urinario de creciente estrógenos puede ser advertencia de aborto inminente. Un pequeño número de abortos parecen ser causados por defecto lúteo crónico y producción insuficientes de progesterona. (4)

d) **Frotis Vaginales:**

La frecuencia de aborto espontáneo está relacionado de manera directa con el porcentaje de células cariopícnóticas en el frotis vaginal obtenido de la pared lateral superior de la vagina. (12)

e) **Ultrasonografía:**

Es muy precisa para diagnosticar aborto espontáneo y se usa regularmente. (12)

f) **Datos Radiológicos:**

Los rayos X no son de utilidad en el diagnóstico de aborto temprano. En aborto fallido avanzado, las radiografías pueden revelar un esqueleto fetal distorcionado y gas intravascular en el feto. (12)

I. **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

a) **Embarazo Ectópico:**

Es la causa probable de anomalía menstrual, dolor pélvico unilateral, hemorragia uterina y una masa hipersensible de los anexos.

b) Dismenorrea Membranosa:

Se caracteriza por la presencia de cólicos, hemorragia y la expulsión de cilindros endometriales. La decidua las vellosidades están ausentes, no ocurre amenorrea. El hiperestrogenismo en la mujer no embarazada ocasiona - hemorragia uterina anormal.

c) Mola Hidatidiforme:

Generalmente termina en aborto antes del quinto mes. Cuando están presentes los quistes luteínicos de la teca, producen crecimiento ovárico bilateral; el útero puede estar excesivamente grande. El exudado sanguinolento puede contener vellosidades hidropicas.

Deben descartarse, además, afecciones de carácter hemorrágico de otro orden (várices, cervicitis, pólipos, - neoplasia de cuello, etc.). (4,12,21)

J. COMPLICACIONES

Retención de los anexos o ováricos o de alguna parte de ellos, la hemorragia intensa o persistente durante o después del aborto puede poner en peligro la vida de la paciente. Es obvio que cuando más avanzada sea la gestación, tanto mayor será la posibilidad de hemorragia excesiva. Se desarrolla sepsis más a menudo después del aborto criminal o autoinducido; - pero también puede ocurrir en mujeres que tienen actividad sexual inmediatamente después del aborto. Puede ocurrir perforación de la pared uterina durante la maniobra de raspado y dilatación debido a pared uterina blanda y vagamente delimitada, - puede acompañarse de lesión del intestino y la vagina, hemorragia, infección y formación de fístulas. (4,17,21)

K. TRATAMIENTO

Para un tratamiento efectivo del aborto depende de un diagnóstico temprano. Toda paciente debe ser sometida a exa--

men físico general y debe obtenerse una relación completa de sus antecedentes. En laboratorios deben de incluirse cultivos con pruebas de sensibilidad del moco cervical para determinar patógenos en caso de infección, tipificación y pruebas de compatibilidad cruzada de sangre, y una cuenta de células sanguíneas. (17)

Después del primer trimestre si ha habido aborto debe hospitalizarse a la paciente. Se administrarán oxitócicos, para contraer el útero y limitar la hemorragia, así como ayudar a la expulsión de coágulos y fragmentos de la concepción. Los preparados del cornezuelo de centeno, que producen contracción del cuello uterino y útero, deben administrarse sólo si hay certeza en el diagnóstico de aborto completo. Se tratará el choque incluyendo reposición de sangre para impedir el colapso después de la hemorragia.

Reposo en cama y se debe administrar sedantes para quitar la irritabilidad uterina y limitar la hemorragia. Están contraindicados el coito y duchas.

Se llevará a cabo dilatación raspado debido a la probable retención de restos del producto de la concepción. Con soluciones intravenosas antes del procedimiento para evitar perforación uterina. (4)

#### L. PRONOSTICO

El pronóstico para la madre es bueno. Son raras las complicaciones graves. (17)

Se calcula que el 10% de los embarazos terminan en aborto. En el 50% de estos hay imperfecciones del huevo (huevo abortivo) en el 35% la causa de la interrupción del embarazo es hormonal, mientras el 15% restante puede imputarse a las otras etiologías. (14,17,21)

## VI. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio de prevalencia es de carácter observacional - descriptivo que nos ayudará a cuantificar las edades mayormente afectadas por este tipo de problema, (aborto).

### B. POBLACION Y UNIVERSO:

Todas las pacientes con diagnóstico clínico de aborto a - quienes se le realizó legrado instrumental uterino en el Hospital Nacional de Jutiapa durante el período de Enero de 1989 a - Diciembre de 1993.

### C. PROCEDIMIENTO:

- 1) Se revisaron las fichas clínicas de pacientes con - - diagnósticos de aborto en los archivos de estadísticas del Hospital para la recolección de las variables a - estudiar.
- 2) Se agruparon datos de los resultados obtenidos de la boleta de estudio.
- 3) Análisis descriptivo de los datos obtenidos de las fichas clínicas.

### D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DEL SUJETO DE ESTUDIO

#### Inclusión:

- 1) Pacientes de sexo femenino
- 2) Comprendidas en edad fértil
- 3) Pacientes a quienes se les realizó legrado instrumental uterino.

#### Exclusión:

Se excluirán a pacientes quienes se les realizó legrado instrumental uterino pero la causa no es un aborto.



VARIABLE A ESTUDIAR

Mujeres en edad reproductiva con hemorragia vaginal a las -  
cuales se les diagnosticó aborto a su ingreso y se le realizó le  
grado instrumental uterino.

EDAD: Comprendidas desde la fecha de nacimiento hasta la épo  
ca actual.

GESTAS: Número total de embarazos tenidos por la paciente.

PRIMIGESTAS: 1 embarazo

SECUNDIGESTAS: 2 embarazos

TRIGESTAS: 3 embarazos

MULTIPARAS: 4 ó más de cuatro gestas.

PARTOS:

NULIPARA: Se tomará a paciente sin ningún parto ante-  
rior.

PEQUEÑA MULTIPARA: Se tomarán pacientes con dos o cu  
tro partos.

GRAN MULTIPARA: Se tomarán pacientes con cinco o más -  
partos.

CESAREA: Parto por incisión quirúrgica del cuerpo del  
útero dentro del abdomen.

ABORTO ANTERIOR: Se tomará toda paciente que ha tenido interrup-  
ción del embarazo antes de la 27 semana.

LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO: Paciente quien se le realizó le-  
grado antes del embarazo actual y actual abor-  
to.

EDAD GESTACIONAL: Se tomará el primer día de la última menst<sup>rua</sup>-  
ción hasta el momento de la pérdida del produc-  
to.

0 - 9 semanas	+ = Ovular
10 - 18 semanas	= Embrionario
19 - 27 semanas	= Fetal

CONDICION DE LA PACIENTE POST-LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO

Buena: Paciente con hemorragia vaginal leve, p/a y signos vitales normales.

Mala: Paciente con fiebre, hemorragia vaginal abundante hipotensa, signos vitales anormales.

Fallecimiento: Paciente quien murió posteriormente de realizado el legrado instrumental uterino por complicaciones secundarias.

DIAS DE HOSPITALIZACION: Tiempo transcurrido desde el ingreso - hasta el egreso de la paciente.

24 horas:

24 horas a 48 horas

más de 48 horas

DIAGNOSTICO:

- a. Aborto incompleto
- b. Aborto séptico
- c. Aborto completo
- d. Aborto diferido
- e. Aborto habitual
- f. Aborto fallido
- g. Aborto en curso
- h. Aborto inevitable

TIPO DE ABORTO:

Provocado: Se realiza por otras razones no médicas.

Espontáneo: Se pierde producto por problemas fetales o maternos.

C. RECURSOS:

Humanos:

Personal que labora en el Departamento de estadística y Archivo del Hospital Nacional de Jutiapa.

Físicos:

- Biblioteca de la Facultad de Medicina
- Registro Estadístico del Hospital Nacional de Jutiapa

- Libro de Legrado
- Historias clínicas, regla, lapiceros, máquina de escribir, lápiz, papel, borrador.
- Boletas de recolección de datos.

#### INSTRUMENTO DE MEDICION DE LA VARIABLE

Los datos fueron obtenidos de los expedientes de las pacientes a quienes se les realizó legrado instrumental uterino durante un período de 5 años, los cuales serán anotados en la boleta de recolección de datos en los cuales se incluyen las variables destinadas a cumplir los objetivos del estudio. (ver anexo).

#### EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Se revisaron los libros de legrado y fichas clínicas de las pacientes que consultaron al Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Jutiapa de los cuales se obtuvo información durante el período de Enero 1989 a Diciembre de 1993.

#### PRESENTACION DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO

Obteniéndose los datos se procedió a la tabulación de estos utilizando cuadros estadísticos simples, los cuales representan las variables estudiadas, para poder analizarlos y además poder dar conclusiones y también presentar datos importantes del estudio.

#### ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Por tratarse de una investigación basada en la toma de los datos de fichas clínicas no afecta directamente a las personas - por lo que no se verán comprometidas en ninguna forma, además el investigador garantiza la fidelidad de los datos sin sesgar voluntariamente la información.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS



CUADRO No. 1

NUMERO TOTAL DE CASOS REGISTRADOS COMO ABORTO A LOS  
CUALES SE LES REALIZO LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO EN  
EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL PERIODO  
DE ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1989	320	19%
1990	290	17%
1991	334	20%
1992	350	21%
1993	376	23%
TOTAL	1670	100%

FUENTE: Datos obtenidos de los registros estadísticos de las fichas clínicas de pacientes estudiadas.

CUADRO No. 2  
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD, DE PACIENTES QUE  
INGRESARON CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO Y A LAS  
CUALES SE LES REALIZO LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL PERIODO  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

E D A D	F R E C U E N C I A	P O R C E N T A J E
14 - 18	201	12 %
19 - 23	334	20 %
24 - 28	318	19 %
29 - 33	274	16 %
34 - 38	262	15 %
39 - 43	176	11 %
44 ó mas	105	7 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de Archivo y Fichas clínicas  
del Hospital Nacional de Jutiapa.

CUADRO No. 3

RELIGION DE 1,670 PACIENTES A LAS CUALES SE LES REALIZO  
LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO POR DIAGNOSTICO DE ABORTO,  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	1010	61 %
EVANGELICA	500	29 %
OTRAS	160	10 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de pregunta 3 de la  
boleta de encuesta.

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA DE 1,670 PACIENTES QUE CONSULTARON POR ABORTO  
AL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA A LAS CUALES SE LES  
REALIZO LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO DURANTE EL PERIODO  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE 1993

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
JUTIAPA	557	33 %
ASUNCION MITA	235	14 %
PROGRESO	170	11 %
YUPILTEPEQUE	110	7 %
JALPATAGUA	100	6 %
STA. CATARINA MITA	100	6 %
SAN JOSE ACATEMPA	90	5 %
QUESADA	89	5 %
ATESCATEMPA	87	5 %
OTROS	132	8 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las Historias Clínicas del  
Departamento de Estadística.



CUADRO No. 5

CLASIFICACION CLINICA DE ABORTO EN PACIENTES QUE  
INGRESARON AL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL  
PERIODO DE ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCOMPLETO	1060	63 %
SEPTICO	210	13 %
EN CURSO	160	10 %
DIFERIDO	200	12 %
INEVITABLE	75	5 %
INMINENTE	15	0.8 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las Historias clínicas del  
Departamento de Estadística.

CUADRO No. 6  
CLASIFICACION ETIOLOGICA DE ABORTO EN PACIENTES QUE  
INGRESARON A LAS CUALES SE LES REALIZO LEGRADO  
INSTRUMENTAL UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE  
JUTIAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPONTANEO	345	21 %
PROVOCADO	130	8 %
IGNORADO	1195	71 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de Registro y Archivo médico  
del Hospital Nacional de Jutiapa.

CUADRO No. 7

NUMERO DE GESTAS EN PACIENTES QUE INGRESARON CON  
DIAGNOSTICO DE ABORTO, AL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA,  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1989 A DICIEMBRE 1993

No. DE GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	226	13 %
SECUNDIGESTA	246	15 %
TRIGESTA	185	11 %
CUATRO O MAS	1013	61 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de las Historias Clínicas y del  
Archivo de Estadística Hospital Nacional de -  
Jutiapa.

CUADRO No. 8

PARIDAD EN PACIENTES QUE INGRESARON CON DIAGNOSTICO  
DE ABORTO A LAS CUALES SE LES REALIZO LEGRADO  
INSTRUMENTAL UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1989 A DICIEMBRE 1993

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARA	334	20 %
PRIMIPARA	246	15 %
PEQUEÑA MULTIPARA	319	19 %
GRAN MULTIPARA	771	46 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Departamento de Registro y Archivo Médico,  
Hospital Nacional de Jutiapa.



CUADRO No. 9

ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN 1670 PACIENTES QUE INGRESARON  
CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

ANTECEDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEGRADO ANTERIOR	340	20 %
ABORTO ANTERIOR	424	25 %
CESAREA ANTERIOR	100	6 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos del Departamento de Registro y  
Archivo Médico Hospital Nacional de Jutiapa.

CUADRO No. 10

EDAD GESTACIONAL EN 1670 PACIENTES QUE INGRESARON  
CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE 1993

SEMANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 9	1324	79 %
10 - 18	246	15 %
19 - 27	100	6 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos del Departamento de Registro  
Médico y Archivos del Hospital Nacional de  
Jutiapa.

CUADRO No. 11  
EVOLUCION DE PACIENTES QUE INGRESARON CON DIAGNOSTICO  
CLINICO DE ABORTO, DESPUES DE EFECTUARSE LEGRADO  
INSTRUMENTAL UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO 1989 A DICIEMBRE 1993

CONDICION ++ POST-LIU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	1599	95.75 %
MALA	70	4.20 %
FALLECIDA	1	0.05 %
TOTAL	1670	100.00 %

FUENTE: Departamento de Registro y Archivo Médico,  
Hospital Nacional de Jutiapa.

++ BUENA: Paciente con hemorragia vaginal leve, p/a y  
signos vitales normales.

++ MALA: Fiebre, hemorragia vaginal hipotermia.

++ FETALIDAD: Es un promedio bajo muerte por complicacio-  
nes post legrado, (Sepsis)

**CUADRO No. 12**

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES QUE  
INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE ABORTO, A LAS CUALES  
SE LES REALIZO LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO EN EL  
HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 24	1300	78 %
24 - 48	210	13 %
MAS DE 48	160	10 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Departamento de Registro y Archivo Médico,  
Hospital Nacional de Jutiapa.



CUADRO No. 13  
OCUPACION DE 1670 PACIENTES LAS CUALES SE LES REALIZO  
LEGRADO INSTRUMENTAL UTERINO EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE JUTIAPA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Of. Domésticos	1463	88 %
Maestras	60	4 %
Enfermeras	12	0.4 %
Estudiantes	35	2 %
Oficinistas	75	4 %
Otros	25	1 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos del Departamento de Registro  
Clínico del Hospital Nacional de Jutiapa.

CUADRO No. 14

PRINCIPALES CAUSAS DE ABORTO EN 1670 PACIENTES  
INGRESADOS AL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA DURANTE EL  
PERIODO DE ENERO DE 1989 A DICIEMBRE DE 1993

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGNORADO	1245	75 %
TRAUMATISMO	325	19 %
SICODINAMICO +++	100	6 %
TOTAL	1670	100 %

FUENTE: Datos obtenidos de los Registros y Archivos  
Médicos del Hospital Nacional de Jutiapa.

+++ SICODINAMICO: La causa sicodinámica se refiere a  
enojos que recibió la paciente.

### VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio comprende la recopilación de datos de - 1670 historias clínicas de pacientes a las cuales se les efectuó Legrado Instrumental Uterino con diagnóstico de aborto en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Jutiapa durante un período de enero de 1989 a diciembre de 1993.

#### CUADRO No. 1

La muerte y expulsión del huevo significa el fracaso final de la función generativa, o sea la imposibilidad de llevar el fruto hasta la madurez.

Se observa en cuadro que el mayor número de casos de aborto y legrados corresponden al año de 1993 con un 23 % y el menor número de consultas tubo fue el año de 1990 con un 17% y no así con los años anteriores, no pudiéndose determinar la causa específica de este fenómeno.

#### CUADRO No. 2

Existen diversos factores que pueden contribuir a que se produzca el aborto sin tener en cuenta edad específica para ello.

Se observa en el estudio las edades mayormente afectadas son las de rango de 19-23 años, esto con el 20% esto puede ser debido a la mayor actividad sexual que tienen, siguiéndole las comprendidas de 24-28 años con el 19%, 29-33 con un 16%.

En la edad comprendida de 14-18 años se observa un 12% de abortos, esto ha ido aumentando porque las pacientes inician su vida sexual precozmente.

#### CUADRO No. 3

El 61 % de las pacientes refieren ser católicas y el 24 % son evangélicas, un 10 % no refieren tener o practicas alguna religión.

CUADRO No. 4

En el presente cuadro se observa que el municipio de mayor consulta por aborto son las residentes de la cabecera departamental con 33%, siguiéndole Asunción Mita con un 14%, Progreso con 11 % y elrango de otros con 8%, de donde se encuentran pacientes que residen en otros departamentos tales como Santa Rosa, Jalapa, Capital, el Salvador, se observa también que los municipios más alejados no consultan al Hospital pues tiene mejor acceso a otros centros hospitalarios.

CUADRO No. 5

Cuando los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina se le llama aborto incompleto esto fue observado en un 63% de pacientes que consultaron al hospital.

Se observa que el 13% de los abortos diagnosticados clínicamente al momento de su ingreso y posteriormente al realizar el legrado instrumental uterino presentaron alguna infección, debido a que no había sido expulsado correctamente el producto esto se manifiesta con secreción gétida, dolor pélvico y abdominal, hipersensibilidad supra púbica y fiebre esto ocurre mayormente por miedo a consultar en el momento de iniciar con hemorragia vaginal o al no expulsar completamente.

El 12% del total de casos estudiados, por alguna razón muer to el huevo in útero no es expulsado al exterior.

CUADRO No. 6

El 71% de los datos obtenidos en el estudio correspondido a el tipo de aborto ignorado pues no se pudo diagnosticar la causa que lo provocó.

El aborto espontáneo se presentó en un 21% de todos los casos estudiados.

El 88% restante es el aborto provocado esto posiblemente es a causa de algún problema socio-económico o educacional esto las lleva a terminar indebidamente el embarazo.



CUADRO No. 7

El mayor porcentaje de abortos se observan en pacientes con más de 4 gestas con un 61% esto es debido a que la mujer entre - mayor número de embarazos, mayor el riesgo de perder un producto.

Le siguen las pacientes secundigestas con un 15% y las primigestas con un 13%, esto está relacionado con la edad de las pacientes la mayoría son muy jóvenes.

CUADRO No. 8

De las 1,670 pacientes estudiadas el 81% han tenido paridad anterior, siendo 20% de pacientes restantes son nulíparas, estas pudieron haber tenido cesárea o abortos previos.

El 46% de pacientes que consultaron son grandes multíparas siguiéndole las pequeñas multíparas con un 19%.

CUADRO No. 9

De 1,670 casos estudiados el 51% presentan algún antecedente obstétrico, siendo los más frecuentes aborto anterior con un 25%, legrado anterior con un 20% y cesárea con un 6%, esto está condicionado a que algunas habían expulsado el producto espontáneamente y no se les realizó legrado por no haber consultado al hospital sino que únicamente lo refieren como antecedente al momento de su ingreso.

CUADRO No. 10

El mayor porcentaje de los abortos 70% se encuentran en la edad gestacional de 0-9 semanas en el periodo ovular esto es debido a anomalías del huevo por causas genéticas.

El 15% en el período embrionario o sea en la edad gestacional de 10-18 semanas.

En la edad gestacional de 19-27 semanas un 6% la mayoría de pacientes refiere que es a causa desconocida y en un porcentaje bajo a traumatismos.

CUADRO No. 11

El 95.75% de todas las pacientes atendidas pro aborto las cuales se le practicó legrado instrumental uterino tuvieron una buena evolución.

El 4.2% con mala evolución, esto es debido a que las pacientes no consultaron a tiempo para realizar legrado y a su ingreso la mayoría presentaba un aborto séptico pero pudieron recuperarse completamente.

En el presente estudio el 0.05% de pacientes falleció posteriormente al tratamiento, esto fue debido a que pacientes habían sido manipuladas y el útero había sido lesionado, y al llegar a este centro hospitalario se encontraban en malas condiciones generales, entrando en un shock séptico siendo esto la causa de su muerte.

CUADRO No. 12

En el Hospital Nacional de Jutiapa el protocolo de manejo de este tipo de pacientes es de observación durante un período de 24 horas post legrado, por si existiera alguna complicación esto sucede en el 78% de las pacientes.

Las pacientes que han permanecido por más de 24 horas ha sido por diferentes causas como amenaza de aborto, aborto séptico, que necesitan antibiótico terapia o estabilización de signos vitales antes de realizar Legrado instrumental uterino.

CUADRO No. 13

El anterior cuadro se observa que el mayor número de incidencia de legrados está dado por pacientes que se dedican a sus oficios domésticos con un 88%.

Siguiéndole aunque con un bajo porcentaje las que desempeñan el trabajo de oficinistas y maestras con un 4% cada una.

CUADRO No. 14

El 75% de pacientes a las cuales se les realizó Legrado Instrumental Uterino por aborto ignoran cual es la causa de la pérdida del producto.

El 19% refiere que la causa fue traumática y/o proque sufrieron alguna caída, o atacadas por otras personas, por relaciones sexuales o por realizarse lavados vaginales, o esfuerzos tales como barrer, trapear o lavar ropa.

El 6% restante refiere que sufrieron enojos y esta fue la causa de que se provocó el aborto.

## IX. CONCLUSIONES

El presente trabajo es el final de un análisis y discusión de resultados, luego de haber revisado y recopilado datos de 1,670 historias clínicas de pacientes a las cuales se les realizó Legrado Instrumental Uterino por diagnóstico de aborto en cualquiera de sus definiciones de lo cual se puede concluir que:

1. El mayor número de consultas por abortos y Legrados Instrumentales Uterinos realizados fue durante el año de 1993 con un 23%.
2. Entre las edades que se encuentran mayormente afectadas son de 19-38 años con un 70% o sean mujeres comprendidas entre la segunda y tercera década de la vida, aunque aumentado la frecuencia en pacientes menores de 15 años de edad.
3. El 61% refieren profesar la religión católica, siendo esta la mayor práctica en el departamento.
4. El municipio de mayor afluencia fue la cabecera departamental con un 33%, siguiéndole el municipio de Asunción Mita con un 14%.
5. El aborto incompleto ocupa el primer lugar de consultas y legrados con un 63% siguiéndole el séptico con 13%, el diferido o frustrado con un 12%.
6. El mayor porcentaje de abortos fue tipo ignorado con un 71%, siguiéndole el espontáneo con un 21%.
7. Se observó mayor frecuencia de abortos en mujeres grávidas con 777 casos correspondiéndole el 46% del total del estudio.
8. El 25% de las pacientes habían tenido un aborto anterior.
9. Según la edad gestacional en el estudio el aborto más frecuente es el ovular con un 79%.
10. Se presentó el 0.05% de muertes o sea 1 paciente la cual falleció a causa de shock séptico.
11. En el 78% de las pacientes con diagnóstico de aborto y tratamiento de Legrado Instrumental Uterino estuvieron hospi-



talizados durante 24 horas.

12. El 88% de pacientes que consultaron a este centro hospitalario son amas de casas.
13. En el 75% de pacientes la causa de aborto es ignorada.

## X. RECOMENDACIONES

1. Proporcionar un plan educacional a las comadronas informádoles que las "Hemorragias durante el embarazo" pueden culminar en aborto, por lo que deben ser referidas al Hospital con el fin de evitar manipulación y posteriores complicaciones.
2. Hacer conciencia entre las pacientes embarazadas mediante programas educativos populares, exponiendo claramente las principales consecuencias y complicaciones mediatas e inmediatas de las hemorragias vaginales las cuales pueden causarle la muerte.
3. Establecer un programa a médicos que se encuentran realizando su ejercicio profesional supervisado para dar una - buena orientación a nuestras mujeres, principalmente las - que por primera vez se encuentran embarazadas sobre las - complicaciones de la hemorragia vaginal.
4. Que durante la entrevista a su ingreso de la paciente se - investigue el mayor número de antecedentes Gineco-Obstétricos, para que puedan ser utilizados en mejor forma en investigaciones posteriores y no constituyan un factor limitante.
5. Llevar un mayor control del libro de pequeña cirugía que - existe en el departamento de Labor y Partos, pues muchos - de los legrados realizados no aparecen anotados en dicho - libro.

## XI. RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional de Jutiapa, teniendo como objetivo determinar la incidencia de aborto según el grupo etario más afectado, así como también la etiología en la población que lo presenta.

Para la obtención de los datos de tipo retrospectivo se revisaron 1,670 Historias Clínicas comprendidas durante los años de 1989 a 1993.

Se determinó que la mayor frecuencia de abortos se encuentran entre las edades de 19-23 años con el 20%, siendo el aborto incompleto la forma clínica más frecuentemente observada con un 63% del total de los casos.

El 61% de las pacientes profesan la religión católica y las amas de casa son las que consultan con este problema más frecuentemente correspondiéndoles el 88% de la población.

La causa de aborto más frecuentemente es la ignorancia con un 75%, y el tipo de aborto con mayor incidencia es el ignorado con un 71% siguiéndole el espontáneo con un 21%.

Entre los antecedentes obstétricos el 25% de los pacientes tienen un aborto anterior, el 20% legrados anteriores y el 6% cesárea previa.

El 79% de pacientes con problemas de aborto están en la edad gestacional de 0-9 semanas.

El pronóstico de la paciente post-legrado por aborto es bueno, ya que únicamente el 0.05% presentó complicaciones graves.

El 13% de las pacientes con aborto, eran primigestas, el 61% tenían una paridad de cuatro o más gestas.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alberman, e. y Demis, J. Late abortion in England. Dancet 1986 Jan: (8369) 176.
2. Aprofam. El aborto en Hospitales de Guatemala. Estudio retrospectivo 1977. Guatemala 1981. 32p.
3. Arias de Blois, J. Infecundidad y la mortalidad en Guatemala. Guatemala, APROFAM 1987. pp 6-42.
4. Benson, R.C. Obsteric & Ginecologic Diagnóstico y Tratamiento 5ta. ed. californie Lange Medical Publications, 1984 1103 (pp 97,99, 228, 230, 597, 710-771, 1024, - 1026.
5. Calandra, D. Aborto. Buenos Aires, Panamericana, 1973, - 354p (pp 11-183)
6. Chambers, J. Confidentiality an the Abortion. Act. Lancet 1984 Jan 21; Vol. I (pp 369).
7. Cifuentes B. Edher W. Incidencia de aborto en el Hospital Nacional de Jalapa durante 1978. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1980 pp 43.
8. Cowxhk, S. et al. Antibiotics to Phospholipidis and Nuclear antigen in patiens whit regeated abortion. AM J Obstetric-Ginecol 1986. Nov. 115 (3) pp 1002-1010
9. Delfs E. P. Kalagama. Tratamiento Quirúrgico de la incapacidad reproductiva y del aborto. En Ginecologia Operatoria. Quinta ed. Barcelona Ateneo 1980 pp (367,374 385)
10. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11a. ed. - México: Salvat mexicana de ediciones 1983 (pp 1039)
11. Jones Artur Aborto en novack tratado de ginecología. 10a. ed. México. Inter Americana, 1985. 878 pp.
12. Jones H. y Jones, G. Aborto en su tratado de Gineco-Obstetricia 11ava. ed. Buenos Aires Ateneo 1986. pp 220.
13. Kaller H. Diabetes and Spontaneous Abortion AM J. Obstet - Gynecol 1982. 143 (2): 451-5
14. Manual Merck. Anormalidades y complicaciones del embarazo. 7ma. ed. México. Nueva editorial Interamericana 1987. (pp 1576-1588)



15. Phidps, J. et al. Pre-operative geneprost pessaries compared to delapan hisgroscopic dilators in premigravid first trimester legal abortiön. AM J. Ostet-Gynecol. 1989 sep (1) 316-317 pp.
16. Population Reports. Interrupción del Embarazo complicaciones del aborto en países en desarrollo. Serie F. No. 7 Mayo 1981. pp F3-5.
17. Portillo Q. M. Eugenia. Aborto en el Hospital Regional de Cuilapa. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de - San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala - Octubre 1990. pp 64.
18. Prilchard, J.A. y Macdonald. P.E. Aborto en Eilliams Obstetricia 3a. ed. México Salvat 1980. 967 (474-505)
19. Rivera M. Ulisis F. El aborto encuesta de opiniones de 60 médicos guatemaltecos sobre el conocimiento de aspectos médicos legales acerca del aborto en Guatemala, Agosto 1987. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San - Carlos de Guatemala, Octubre 1987.
20. Sxhwarcs, RL Obstetricia 3ra. ed. Buenos Aires, El Ateneo 1987. 1224 pp.
21. Strobins, B. et al. Characteristic of Women with recurrent spontaneous abortion and women whit favorable reproductive histories AM J Public Health, 1986, 76: 986-991  
1 pp.
22. Tomas, M. et al. HLA Sharing Spontaneous abortion en human. AM. J Obstet Gynecol. 1985, Jul 15, 151 (1053-1058 pp.)

XIII. A N E X O S

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

BOLETA DE RECOPIACION DE DATOS

Historia Clínica No.

1. EDAD \_\_\_\_\_ 2. RELIGION \_\_\_\_\_ 3. PROCEDENCIA \_\_\_\_\_
4. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ 5. OCUPACION \_\_\_\_\_
6. GESTAS \_\_\_\_\_ 7. PARTOS \_\_\_\_\_ 8. ABORTOS \_\_\_\_\_ 8. CESAREAS \_\_\_\_\_
9. EDAD GESTACIONAL:
  - a) Ovular de 0-9 semanas \_\_\_\_\_ Embrionario de 10-18 Sem. \_\_\_\_\_
  - c) Fetal 19-27 semanas \_\_\_\_\_ d) No sabe \_\_\_\_\_
10. L IU ANTERIOR SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
11. TIPO DE ABORTO
  - A. Provocado \_\_\_\_\_ Espontáneo \_\_\_\_\_ Ignorado \_\_\_\_\_
12. CONDICION DE PACIENTE POST LIU
  - a. Buena \_\_\_\_\_ b. Mala \_\_\_\_\_ c. Fallecida \_\_\_\_\_
13. DIAS DE HOSPITALIZACION:
  - a. 24 horas \_\_\_\_\_
  - b. 24-48 horas \_\_\_\_\_
  - c. Más de 48 horas \_\_\_\_\_
14. DIAGNOSTICO:
  - ABORTO INCOMPLETO \_\_\_\_\_ ABORTO SEPTICO \_\_\_\_\_
  - ABORTO COMPLETO \_\_\_\_\_ ABORTO DIFERIDO \_\_\_\_\_
  - ABORTO HABITUAL \_\_\_\_\_ ABORTO FALLIDO \_\_\_\_\_
  - ABORTO EN CURSO \_\_\_\_\_ ABORTO INEVITABLE \_\_\_\_\_