

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y  
CLINICAS DEL ABORTO**

Estudio retrospectivo de los casos de aborto ingresados al departamento de  
ineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, durante el período del 1 de enero  
de 1994 al 31 de diciembre de 1995

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

**CHRISTIAN GIOVANNI PEREZ SAENZ**

*En el acto de investidura de:*

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, octubre de 1996

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

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:

(La) BACHILLER : CHRISTIAN GIOVANNI PEREZ SAENZ  
net Universitario No. 90-14091

presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CCARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL ABORTO

bajo asesorado por:

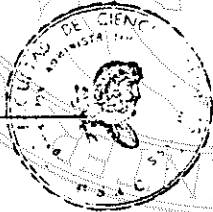
tor ALLAN JACOBO RUANO FERNANDEZ  
evisado por:

tor FRANCISCO SIGUI

enes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman ellan la presente **ORDEN DE IMPRESION.**

Guatemala, 16 de octubre de 1996.

UNIDAD DE TESIS



DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



IMPRIMASE:



Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez  
DECANO

H  
05  
T(7553)  
C-3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 16 de octubre de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor  
Carlos Humberto Escobar Juárez  
COORDINADOR  
Unidad de Tesis  
Presente

Se le informa que el BACHILLER  
CHRISTIAN GIOVANNI PEREZ SAENZ

Nombres y Apellidos Completos

Carnet No.: 90-14091 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL ABORTO

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del Estudiante

Asesor  
Nombre Completo y Sello Profesional

apme

Revisor  
Nombre Completo y Sello Profesional  
Reg. de Personal: 14758

Francisco J. Sigal L.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colección No. 3398

RECEBIDO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-171-96

Guatemala, 16 de octubre de 1996

MAESTRO:  
CHRISTIAN GIOVANNI PEREZ SAENZ  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
SAC  
presente.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,  
titulado CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL ABORTO

ha sido RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con  
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por  
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su  
graduación.

En otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez  
COORDINADOR



NOTA: La información y conceptos contenidos en el  
presente trabajo es responsabilidad única del  
autor.

me

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
BIBLIOTECA

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>No. PAGINA</b>
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGIA	16
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	24
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	31
IX. CONCLUSIONES	34
X. RECOMENDACIONES	35
XI. RESUMEN	36
XII. BIBLIOGRAFIA	37
XIII. ANEXOS	40

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE GUATEMALA  
Escuela de Ciencias Exactas e Ingeniería

## I. INTRODUCCION

El aborto ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de la salud materna, atribuyéndosele un alto porcentaje de la mortalidad en el campo obstétrico y reconociéndose una alta morbilidad por esta causa, dejando secuelas que a menudo afectan el futuro obstétrico y psicológico de las mujeres y de sus familias.

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

El presente estudio es de tipo retrospectivo, basado en los datos recolectados y analizados de 679 historiales clínicos correspondientes a pacientes ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995, con el objetivo de identificar las características clínicas y epidemiológicas del aborto así como factores condicionantes del mismo.

Los resultados obtenidos señalan que el aborto se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre los 16-25 años, éstas en su mayoría multiparas, con 4 o más gestas y aproximadamente un tercio de los casos con antecedente de aborto o cesárea previa.

Segun edad gestacional, el aborto embrionario fué el más frecuentemente encontrado, el aborto incompleto la forma clínica más frecuente, desconociéndose su etiología en la mayoría de los casos.

## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista médico, se define el aborto como toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir fuera del vientre materno. (3,4,6,13,17,20)

El aborto es un problema social y de salud pública que constituye la causa más frecuente de mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva, en países subdesarrollados es responsable de una de cada tres o cuatro muertes maternas. Según estimación realizada en el año de 1991, en todo el mundo se producen aproximadamente 44 millones de abortos por año, en América del Norte, Europa y Asia la mayoría son realizados legalmente; pero en el resto del mundo se practican clandestinamente aproximadamente 15 millones de abortos, alrededor de 4 millones en América Latina. (28)

Guatemala está clasificada entre los países con un rango de 201-500 abortos por 1000 nacidos vivos, a pesar de que no existen registros médicos adecuados y que su práctica es ilegal y es practicado clandestinamente. En el resto de países centroamericanos (El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica), se encuentran entre 50-200 abortos por 1000 nacidos vivos. (19)

En un estudio realizado por APROFAM, presentado en 1981 se reportaron 2908 casos de abortos atendidos en 7 hospitales de la República, de los cuales el 92.7% correspondían a abortos espontáneos y el 6.8% a abortos ilegales, así como el 15% correspondían a mujeres menores de 20 años. (24)

Los motivos que influyen para que ocurra un aborto son variados y diversos, así como las implicaciones y los factores que lo predisponen. Estos se dividen en tres grandes grupos: ovulares, maternos y traumáticos. (2,25)

El enfoque científico que se le da al aborto, se ocupa del proceso mediante el cual el mismo puede desencadenarse, así como los diversos tipos de abortos existentes.

En nuestro medio no existe una idea específica y actual de las características del aborto, encontrándose informaciones que nos ofrecen ideas parciales sobre este problema, por lo que el presente estudio tiene como objetivo principal establecer la frecuencia, tipos de aborto y edades mayormente afectadas, con la finalidad de proponer medidas pertinentes y fortalecer programas existentes. El estudio se

hizo revisando los historiales clínicos de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán en un período de 2 años.



### III. JUSTIFICACION

Se estima que uno de cada cuatro o cinco embarazos reconocidos clínicamente, presenta en alguna etapa del embarazo dentro de las primeras veinte semanas, hemorragia vaginal, de los cuales aproximadamente el 15% abortan espontáneamente, por lo que se considera un problema complejo y desalentador, que se presenta con frecuencia, cuyas causas y consecuencias son difíciles de determinar con exactitud.

En países donde el aborto se ha legalizado se conocen datos exactos, actuales y representativos de la práctica del mismo, pero en países como Guatemala que se admite como legal únicamente el aborto espontáneo y terapéutico y las prohibiciones de índole legal y religioso, predisponen al subregistro, se conocen datos únicamente de quienes solicitan ayuda hospitalaria.

Al Hospital Nacional de Amatitlán acuden con frecuencia pacientes con cuadro clínico compatible con aborto, en donde no se ha llevado a cabo un estudio de tipo científico para determinar los factores condicionantes del mismo.

Un estudio realizado por APROFAM, presentado en 1981, reporta el índice de mortalidad materna en Guatemala de 15.9 por diez mil nacidos vivos, de los cuales 7.5 correspondían al aborto y sus complicaciones, las cuales son innumerables, en algunos casos dejando secuelas que a menudo afectan el futuro obstétrico y psicológico de las pacientes y sus familias, y en ciertos casos fatales, razón por la cual el presente trabajo trata de delimitar la magnitud actual del problema, en el municipio de Amatitlán, del departamento de Guatemala.

#### IV. OBJETIVOS

##### A. GENERAL:

1. Identificar las características epidemiológicas y clínicas del aborto en el Hospital Nacional de Amatlán, en el periodo comprendido del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1995.

##### B. ESPECIFICOS:

1. Identificar las edades mayormente afectadas.
2. Determinar la edad gestacional en la que se presenta con mayor frecuencia el aborto.
3. Identificar el tipo de aborto más frecuente, según su causa.
4. Identificar el tipo de aborto más frecuente, según sus características clínicas.
5. Determinar según la paridad, el grupo materno mayormente afectado.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

## V REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### A. DEFINICIÓN:

Se define el aborto como toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el feto este lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno. ( 1,3,4,13,20 ). 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. ( 23 ).

### B. HISTORIA:

El aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y la aceptación o repudio del aborto provocado, dependen de las ideas generales, sociales, éticas y legales de la sociedad que se trate. ( 8,9 ).

La palabra aborto se deriva del término latino "aboriri", que significa; separar del sitio adecuado. Equivale a mal parto, parto anticipado o bien lo nacido antes de tiempo. La ley asiria castigaba hacia el año 1500 con la muerte a la mujer que abortaba voluntariamente; la ley judia castigaba el aborto según la ley "darás vida por vida"; las referencias de la biblia (antiguo testamento) son generalmente condenas contra el aborto, en el libro Éxodo capítulo 21 y versos del 22 al 25: "Si algunos riñieren e hirieren a mujer embarazada, y ésta abortase, pero sin haber muerte, serán penados conforme a lo que el marido impusiese y juzgaren los jueces. Más si hubiese muerte entonces pagarán vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe". Esta norma prevaleció hasta que los judíos inmigraron a Egipto y estuvieron bajo la influencia de culturas griegas y romanas.

La opinión griega estaba dividida: Platón recomendaba el aborto y el feticidio como instituciones reguladoras del estado ideal. Aristóteles aconsejaba el aborto para la mujer embarazada 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. Lisias señalaba que el principal problema era saber si el feto era un ser animado o no. El aborto inducido al parecer fue bastante frecuente en Grecia (aproximadamente entre 400-300 años a. de J. C.) y lo practicaban las comadronas. 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. ( 8,9 )

Hipócrates, el padre de la medicina y autor del juramento que todo médico pronuncia, decía "yo no daré a una mujer remedio abortivo" y así expresaba la opinión minoritaria de los pitagóricos. ( 8 )

La Iglesia Cristiana varió con los diferentes periodos 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 uno no formado y consideraba que el aborto de éste no constituye un asesinato. Santo Tomás de Aquino introdujo el principio de que la vida tiene relación con el movimiento y que por eso no empieza la concepción, sino que en el momento de dar el feto la primera señal de vida.

Durante la edad media en Inglaterra el culpable de un delito de aborto era arrastrado o colgado. Así mismo en Alemania se introdujo como castigo para los culpables de delito de aborto la muerte por medio de cuchilla o por sumersión.

En Italia se luchó contra el aborto aumentando las penas, aunque en la actualidad hay legislaciones que permiten el aborto; en 1938 Suecia adoptó una ley que permitía los abortos terapéuticos por razones médicas, humanitarias y eugenésicas y en 1946 la ley se amplió para incluir la indicación de la debilidad presunta. En 1939 Dinamarca adoptó una ley que suministraba una interpretación amplia del aborto terapéutico; en 1920 la antigua URSS legalizó los abortos y la ley estuvo en vigor hasta 1936. En el Japón en 1948 se legalizaron los abortos como el método más capaz de reducir la población.

En 1973 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, legalizó los abortos ya sean estos voluntarios o electivos, ya que anteriormente solo podían ser legalmente realizados para salvar la vida de la madre. Entre estas disposiciones se contempla que el aborto entre adolescentes debe ser autorizados por uno de los padres y en 1976 la Corte Suprema amplió este derecho a la mujer casada, la cual no requiere el permiso del esposo para practicarse un aborto dentro de los tres primeros meses del embarazo. ( 8,9,24 )

En Guatemala, el Artículo 137, capítulo 3 del Código Penal dice: "No es punible el aborto provocado por médicos con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realiza sin intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios". ( 12 ). Es de conocimiento que durante la colonia ello constituía un escándalo por parte de la iglesia católica siendo esta la que, a través de los conceptos del hombre ha resultado más conflictiva con relación al aborto.

Como puede verse, las actitudes con respecto al aborto varían en las distintas partes del mundo y épocas del tiempo, las razones oscilan desde la variedad y el miedo hasta las consideraciones económicas. Sus secuelas han sido y seguirán siendo no solo problema de tipo médico sino también sociales, políticos, morales y económicos.

### C. ETIOLOGIA:

Las causas que pueden provocar un aborto pueden resumirse en:

1. Causas fetales y ovulares
2. Causas maternas
3. Otras causas

#### 1. Causas fetales y ovulares:

Las anomalías citogenéticas son la causa más frecuente de aborto espontáneo. La gran mayoría de estas pérdidas son ocasionadas por problemas de no disyunción cromosómica manifestadas como trisomías o monosomías de cromosomas en su mayoría autosómicas (cromosomas 1 al 22), a pesar de la alta frecuencia de la monosomía X (45,X) dentro de este grupo. Estas alteraciones son causantes del 50-60% de las pérdidas. (13,7,29)

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

Es importante anotar que las alteraciones cromosómicas comúnmente encontradas en recién nacidos a término, se pueden encontrar también en abortos espontáneos. La gran diferencia entre las alteraciones será su frecuencia. Mientras en el material de aborto la alteración más frecuente es la trisomía 16, en recién nacidos será la trisomía 21, seguida de las trisomías 18 y 13. (15)

#### 2. Causas maternas:

Estas pueden clasificarse en:

##### a. Endocrinas:

El segundo grupo etiológico por frecuencia, en la pérdida espontánea, son las alteraciones endocrinas (hormonales) dentro de las cuales la inadecuada producción de progesterona por el cuerpo lúteo es de capital importancia. Otras alteraciones endocrinas como el hipotiroidismo, diabetes e hipertiroidismo pueden también estar relacionadas con la ocurrencia de abortos. Las alteraciones endocrinas probablemente sean la causa del 30% de las pérdidas conceptuales espontáneas. (3,13,22)

La determinación de valores hormonales de B-HCG (Gonadotropina Coriónica Humana Sub-unidad beta) y progesterona, en la paciente con amenaza de aborto (especialmente si hay feto/embrión vivos), es de capital importancia pues no sólo puede ayudar a manejar clínicamente una pérdida potencialmente evitable (complementos hormonales) sino que la información sobre su normalidad orientará al clínico en la consejería de la paciente hacia otras categorías etiológicas.

b. Infecciosas:

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

-Virales: Citomegalovirus, Rubéola, Epstein Barr, Herpes virus.

-Parasitarias: Enfermedad de chagas, paludismo, hidatidosis.

-Crónicas: Tuberculosis, brucelosis, sífilis.

-Agudas: Infecciones del tracto urinario. ( 3,13,22 )

c. Causas inmunológicas:

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. ( 3 )

d. Tóxicas:

Esta comprenden intoxicaciones endógenas y exógenas, como antagonistas del ácido fólico, talidomida, anticoagulantes, constante exposición al plomo, mercurio, arsénico y fósforo.

e. Factores anatómicos:

El diagnóstico de la existencia de un útero doble en una mujer con abortos a repetición no es suficiente para probar que este sea el factor etiológico. Solo 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 experimenten dificultades graves, refuerza la necesidad de asegurarse que la anomalía es necesariamente causal. ( 3,13 )

Entre otras anomalías podemos mencionar: anomalías congénitas que alteran o reducen el tamaño de la cavidad uterina, tumores uterinos en particular miomas submucosos o intramurales, posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroflexión, cicatrización previa de la pared uterina secundaria a miomectomía o cesárea, síndrome de Asherman, incompetencia anatómica o funcional del cuello uterino como resultado de embarazos y laceraciones previas.

f. Enfermedad vascular hipertensiva:

En esta enfermedad los abortos son tardíos, pueden ocurrir muerte fetal y parto prematuro, se pueden presentar desprendimiento de placenta especialmente si existe glomerulonefritis o nefrosclerosis. ( 22 )

g. Psíquicas:

No se cuenta con pruebas válidas en favor de este concepto.

h. Factores masculinos:

La hiperespermia, mayor de 250 millones/ml y la oligoespermia se han relacionado con el aborto frecuente. Esto puede ser secundario a una disminución de DNA en el espermatozoide, este hecho no se ha comprobado. (22)

i. Factor yatrogénico:

Administración de algunos citotóxicos quimioterapéuticos. El tratamiento de la gota y la talasemia incluye la colchicina, que paraliza la formación del huso durante la mitosis. (3)

J. Causas traumáticas:

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

Maniobras directas: Son aquellas cuya finalidad es producir la muerte del huevo, lo cual es precedido de la expulsión del mismo.

Maniobras indirectas: Son las que buscan la expulsión del producto por estimulación externa del aparato utero-anexial.

Las maniobras directas son de eficiencia dudosa, pues son practicadas por las comadronas empíricas, en la realización de abortos ilegales, pero se cree que debe haber cierta predisposición para que se produzca el aborto y consiste en masajes abdominales, fuertes traumatismos, marchas forzadas o bien duchas vaginales enérgicas, baños calientes y el vapor e infusiones intrauterinas que se emplean con resultados rápidos pero catastróficos. ( 24 )

Las maniobras indirectas son las siguientes:

- i. La evacuación quirúrgica del útero grávido constituye el procedimiento más rápido y expeditivo, ya que en breve lapso de la intervención se eliminan de la cavidad uterina la totalidad del huevo y sus membranas. El hecho de que simultáneamente ocurran la muerte y la eliminación del feto excluye la posibilidad de complicaciones derivadas de la permanencia en el útero de tejidos desvitalizados y acelera la recuperación.
- ii. Previa dilatación cervical puede llevarse a cabo mediante el raspado o la succión. ( 27 )  
Raspado uterino: Es el procedimiento médico clásico y el más utilizado en nuestro medio. Exige una buena dilatación cervical, adecuada anestesia y suficiente experiencia para lograr la total evacuación sin traumatizar las paredes del órgano. El método más utilizado en Estados Unidos ( 95% ), es el de succión del huevo y sus membranas, mediante la aplicación de una bomba al vacío, se procede seguidamente a mover la cánula hacia adelante y atrás, hasta que se han extraído todos los tejidos formados por el embarazo, a menudo una vez realizada esta absorción se realiza un legrado para asegurar que todo el contenido formado por el embarazo ha sido extraído. ( 25 )
- iii. Desprendimiento hidráulico de membranas y huevo: Se realiza con cánulas adaptadas a una perilla con el fin de introducir líquidos entre la pared y el huevo. Entre los líquidos más usados tenemos agua de jabón, vinagre y antisépticos, su uso más frecuente es en abortos provocados o criminales. ( 6 )
- iv. Traumatismo mecánico al huevo: La agresión traumática al huevo mediante el uso de instrumento médico (histerómetro, sonda rígida etc.), o de utensilios caseros (agujas de tejer, plumas, huesos, varillas de paraguas y similares), son

UNIVERSIDAD DE CALABANGOS DE CALABANGA  
Biblioteca Central



capaces de producir la rotura del saco amniótico, hemorragia, desprendimiento placentario etc; y subsiguiente estímulo de las contracciones uterinas y aborto.

Resumiendo el análisis etiológico de la pérdida gestacional espontánea, existen 3 grupos bien definidos: las pérdidas por causas citogenéticas (ocupando aproximadamente el 60%), las pérdidas por causas endocrinas (ocasionando el 30%) y el último grupo, donde encontramos el resto de causas de pérdidas embrionarias incluyendo teratógenos, infecciones, problemas anatómicos mullerianos, tumores, etc. (causando el 10% restante de las pérdidas).

D. Clasificación del aborto:

1. Según edad gestacional:

- i. Ovular                      0 - 8 semanas
- ii Embrionario              9 - 17 semanas
- iii Fetal                      18 - 20 semanas

2. Según causa, se dividen en 2 grandes grupos:

a. Aborto espontáneo: Es el que ocurre de manera natural, es decir sin que la mujer u otra persona realice deliberadamente ninguna acción acción para provocarlo. Su frecuencia es del 15% de los embarazos. Las causas que provocan estos abortos son variables y se dividen en 2 grandes grupos, ovulares y maternos, los cuales se describieron con anterioridad.

b. Aborto inducido o provocado: Se refiere a la interrupción intencional y conciente de un embarazo que se supone capaz de seguir progresando hasta el término.

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

( 26 )

i. Aborto terapéutico: Se práctica con el propósito de proteger la salud de la madre, y se define como el término del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal, algunas indicaciones por ejemplo son; cardiopatía descompensada, enfermedad vascular hipertensiva, carcinoma de cérvix.

- ii. **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. Sólo en los países donde su práctica está legalizada.
- iii. **Aborto eugenésico:** 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.
- iv. **Aborto por razones sentimentales o éticas:** Se refiere a la interrupción del embarazo consecuencia de un acto no consentido por la mujer, es decir violación, se incluyen los coitos realizados con adolescentes menores de 12 años, con mujer desprovista de sentido o de la razón, o imposibilitada a defenderse por enfermedad o cualquier otra causa; para que el aborto sea posible requiere una denuncia previa del delito cometido.
- v. **Aborto ilegal:** Es la interrupción del embarazo en cualquier período de este, que muere causado por la madre, un médico u otra persona, sin que exista alguna de las razones mencionadas con anterioridad y que sucede en un país como el nuestro, donde solo está legalizado el aborto terapéutico.

3. **Clasificación clínica:**

Desde el punto de vista clínico, existen diferentes clasificaciones de la pérdida temprana, de acuerdo al estado de progresión de la misma, y dependen de las características del cuello uterino, membranas y vitalidad embrionaria/fetal al momento del examen.

Son estos los estadios descritos:

a. **Amenaza de aborto:**

Es el más precoz de los distintos cuadros que pueden presentar el 20% de las embarazadas en algún período de la primera mitad del embarazo, de los cuales aproximadamente la mitad terminan en aborto espontáneo. Se caracteriza porque, en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con historia de amenorrea, un útero de características gestacionales y de tamaño acorde al tiempo de amenorrea, aparecen dolores localizados en el hipogastrio, tipo cólico o espasmódico similares a los que se producen durante la menstruación o dolor en región dorsolumbar, los cuales coinciden con la contracción del útero, sin modificaciones

de la forma y dilatación del cuello uterino, acompañado de flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad o franca hemorragia vaginal, aunque por lo general es ligera, puede persistir por muchos días o semanas, por desgracia se mantiene el riesgo de que el desenlace del embarazo no sea óptimo, en forma de prematuridad, bajo peso al nacer o muerte perinatal. ( 22 )

b. Aborto en curso:

Se diferencia en inminente e inevitable.

i. Aborto inminente: Cuando los síntomas y signos descritos anteriormente se acentúan, causando dolores más intensos y sostenidos, la hemorragia vaginal aumenta y puede estar acompañada de coágulos, con modificación del cuello uterino sin ruptura de membranas. ( 11 )

ii. Aborto inevitable: La inevitabilidad del aborto queda determinada por la rotura de membranas estando el cuello dilatado. En estas condiciones es casi seguro que va a producirse el aborto. Rara vez se produce una efusión de líquido durante la primera mitad del embarazo sin consecuencias serias. El líquido puede haberse coleccionado previamente entre el amnios y el corion para escapar con la rotura del corion, mientras que la rotura inicial del amnios ha cicatrizado por completo. Sin embargo muy a menudo las contracciones uterinas empiezan rápidamente, produciendo la expulsión de los productos de la concepción o el desarrollo de una infección. ( 22 )

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

- i. Borramiento moderado del cuello uterino.
- ii. Dilatación cervical mayor de 3 cms.
- iii. Rotura de membranas.
- iv. Hemorragia por más de 7 días.
- v. Persistencia de cólicos a pesar de la administración de analgésicos narcóticos.
- vi. Signos de terminación del embarazo.

c. Aborto incompleto:

Cuando los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, se produce hemorragia, siendo éste el principio y a menudo el único signo de aborto incompleto, la cavidad uterina aún permanece ocupada; el útero se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse

totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios (externo e interno), y la hemorragia es profusa y persistente. En resumen cuando hay expulsión de parte de material ovular y retención de parte del mismo. (3,22)

d. Aborto completo:

En este caso el huevo es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Luego de un acmé doloroso y hemorragia, todo entra en regresión; desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por completo o casi por completo 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 final.

e. Aborto retenido:

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

f. Aborto habitual:

Se caracteriza por 3 o más abortos espontáneos sucesivos. La probabilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto espontáneo es de 85%, después del segundo aborto 70%. (16,22)

Cuando el cuadro de 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 complementar la evacuación del huevo, manifestándose por secreción fétida de la vagina y cuello uterino, dolor pélvico y abdominal, hipersensibilidad al movimiento del útero o cuello uterino, fiebre de 38 a 40.6 grados centígrados, los gérmenes más frecuentes son peptostreptococo (41%) y E. coli (14%), lo anterior se define como aborto séptico.

## VI. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo.

### B. SUJETO DE ESTUDIO:

Historias clinicas de los casos de aborto ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán en el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1995.

### C. UNIVERSO Y MUESTRA:

Se incluíran en el estudio todos los casos con diagnóstico clínico de aborto (679 casos), ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, en el periodo del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1995.

### D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Criterios de inclusión:

- Todos los casos de aborto reportados en el periodo que abarca el estudio.

Criterios de exclusión:

- Se excluíran aquellos casos cuyos expedientes clínicos no fuesen encontrados.
- Los expedientes clínicos que no estén completos.

### E. VARIABLES A ESTUDIAR:

#### 1. EDAD CRONOLOGICA.

-Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido.

-Definición operacional: Se tomará la edad en años de cada paciente de la hoja de admisión a su ingreso.

-Tipo de variable: De intervalo.

-Escala de medición:	< de 15 años.	31 a 35 años.
	16 a 20 años.	36 a 40 años.
	21 a 25 años.	41 a 45 años.
	26 a 30 años.	> de 45 años.

## 2. ESTADO CIVIL.

-Definición conceptual: Condición de cada individuo respecto a una pareja del sexo opuesto.

-Definición operacional: Se tomará el estado civil de cada paciente según la hoja de admisión a su ingreso.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición: soltera, casada, unida, viuda, divorciada.

## 3. OCUPACION.

-Definición conceptual: Emplearse en un trabajo, ejercicio o tarea.

-Definición operacional: Se tomará lo referido al momento de ingreso, según historia clínica.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición: sí, no.

## 4. RELIGION.

-Definición conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

-Definición operacional: Se tomará la religión referida al momento del ingreso.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición: católica, evangélica, testigo de Jehová, mormón, ninguna, otras.

## 5. PARIDAD.

a. Gestas:

-Definición conceptual: Numero total de embarazos de la paciente.

-Definición operacional: Se tomará el número de gestas, obtenido de la historia clínica de ingreso.

-Tipo de variable: Ordinal.

-Escala de medición:

- i. Primigesta: paciente con un embarazo.
- ii. Secundigesta: paciente con dos embarazos.
- iii. Trigesta: paciente con tres embarazos.
- iv. Cuatro o más embarazos.

**b. Partos:**

-Definición conceptual: Numero total de partos de la paciente.

-Definición operacional: Se tomará la paridad, obtenida de la historia clínica de ingreso.

-Tipo de variable: Ordinal.

-Escala de medición:

- i. Nulipara: paciente sin ningún parto anterior.
- ii. Primípara: paciente con un solo parto.
- iii. Pequeña multipara: Paciente con dos a cuatro partos anteriores.
- iv. Gran Multipara: Paciente con cinco o más partos.

**c. Cesárea anterior:**

-Definición conceptual: Extracción del feto a través de una incisión practicada en la pared uterina, a la que se llega previa incisión de las cubiertas abdominales.

-Definición operacional: Se tomará datos de cesárea anterior de la historia clínica de ingreso.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición: si, no.

**d. Aborto anterior:**

-Definición conceptual: Pérdida espontánea o provocada del producto de la concepción antes de que sea viable.

-Definición operacional: Se tomará datos de aborto anterior de la historia clínica de ingreso.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición: si, no.

## 6. CLASIFICACION DE ABORTO:

### a. Según edad gestacional:

-Definición conceptual: Edad gestacional a partir del primer día de la fecha de la última regla, hasta el momento en el que ocurre el aborto.

-Definición operacional: Se tomará el tipo de aborto de acuerdo al diagnóstico de egreso de la paciente.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición:

- i Ovular.
- ii Embrionario.
- iii Fetal.

### b. Según su causa:

-Definición conceptual: El aborto puede ser ocasionado por diversas causas las cuales son fetales, ovulares, maternas y traumáticas, dependiendo de las cuales se clasifica en provocado o espontáneo.

-Definición operacional: Se tomará el tipo de aborto de acuerdo al diagnóstico de egreso de la paciente.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición:

- i. Provocado.
- ii. Espontáneo.

### c. Según sus características clínicas:



-Definición conceptual: Se clasifica clínicamente la pérdida temprana, de acuerdo al estado de progresión de la misma y dependen de las características del cuello uterino, membranas y vitalidad embrionaria/fetal.

-Definición operacional: Se tomará el diagnóstico de egreso de la paciente.

-Tipo de variable: Nominal.

-Escala de medición:

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| i. Aborto inminente.    | ii. Aborto inevitable. |
| iii. Aborto incompleto. | iv. Aborto completo.   |
| v. Aborto diferido.     | vi. Aborto habitual.   |
| vii. Aborto séptico.    |                        |

## **G. PROCEDIMIENTOS:**

- Se revisaron historiales clínicos de casos con diagnóstico de aborto ingresados al departamento de Gineco-obstetricia en departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán, para la recolección de las variables a estudiar y llenado de boletas de recolección de datos, la cual fue elaborada por el investigador.

- La información recolectada fue tabulada, procesada y analizada, y utilizados para elaboración de análisis, conclusiones y recomendaciones.

## **H. ASPECTOS ETICOS:**

En el presente estudio se revisaron expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico clínico de aborto, por lo que la información obtenida será de carácter confidencial.

## **I. RECURSOS:**

### **1. Materiales:**

i. Económicos:	Fotocopias:	Q.220.00
	Transporte:	Q. 80.00
	Otros:	Q. 80.00

### **ii. Físicos:**

- Boleta de recolección de datos.

- Historiales clínicos.
- Mobiliario y útiles de escritorio.
- Departamento de registros médicos del Hospital.

iii. Bibliográficos:

Se recopilaron artículos y textos de bibliotecas de:

- Facultad de Ciencias Médicas (USAC).
- Hospital General San Juan de Dios
- INCAP
- APROFAM
- OPS
- Roemmers

2. Humanos:

- Personal de bibliotecas.
- Personal que labora en el departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

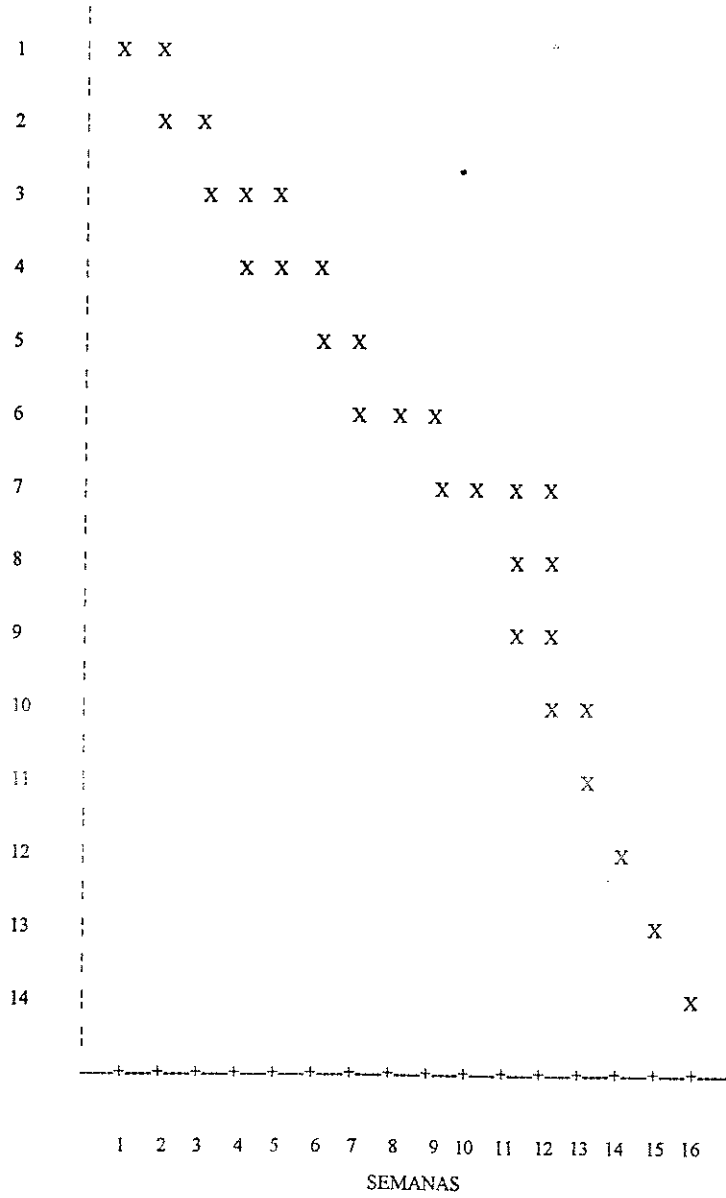
**J. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección de revisor y asesor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Diseño de instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
6. Aprobación del proyecto de tesis por la coordinación.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de datos y elaboración de cuadros.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación de informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión de informe final y trámites administrativos.

14. Examen público de defensa de la tesis.

# GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



## VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

### CUADRO N. 1

Frecuencia y distribución porcentual por año, de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

AÑO	FREC.	PORCENTAJE
1994	353	52
1995	326	48
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 2

Frecuencia y distribución según edad de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

EDAD/AÑOS	FREC.	PORCENTAJE
15	12	2
16-20	149	22
21-25	258	38
26-30	103	15
31-35	75	11
36-40	56	8
41-45	21	3
45	5	1
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 3

Frecuencia y distribución porcentual según estado civil de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el período de enero de 1994 a diciembre de 1995.

ESTADO CIVIL	FREC.	PORCENTAJE
SOLTERA	90	13
CASADA	236	35
UNIDA	353	52
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 4

Frecuencia y distribución porcentual según religión, de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el período de enero 1994 a diciembre de 1995.

RELIGION	FREC.	PORCENTAJE
CATOLICA	468	69
EVANGELICA	142	21
OTROS	13	2
NINGUNA	56	8
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 5

Número de gestas y distribución porcentual, en pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

NUMERO DE GESTAS	FREC.	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	144	21
SECUNDIGESTA	143	21
TRIGESTA	106	16
CUATRO O MAS	286	42
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 6

Paridad y distribución porcentual en pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

PARIDAD	FREC.	PORCENTAJE
NULIPARA	198	29
PRIMIPARA	143	21
PEQUEÑA MULTIPARA	245	36
GRAN MULTIPARA	93	14
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.



### CUADRO N. 7

Frecuencia y distribución porcentual de pacientes con antecedentes de aborto previo, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

ABORTO PREVIO	FREC.	PORCENTAJE
SI	198	29
NO	481	71
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clinicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 8

Frecuencia y distribución porcentual de pacientes con antecedentes de cesárea previa, con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

CESAREA PREVIA	FREC.	PORCENTAJE
SI	48	7
NO	631	93
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clinicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 9

Frecuencia y distribución porcentual según clasificación clínica, de pacientes ingresados con diagnóstico clínico de aborto al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

TIPO DE ABORTO	FREC.	PORCENTAJE
INMINENTE	26	4
INEVITABLE	125	18
INCOMPLETO	383	56
COMPLETO	12	2
DIFERIDO	47	7
HABITUAL	6	1
SEPTICO	80	12
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 10

Frecuencia y distribución porcentual del tipo de aborto según edad gestacional de pacientes ingresados con diagnóstico clínico de aborto al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

EDAD GESTACIONAL	FREC.	PORCENTAJE
OVULAR	136	20
EMBRIONARIO	483	71
FETAL	60	9
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatitlán.

### CUADRO N. 11

Frecuencia y distribución porcentual del tipo de aborto, según etiología de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995.

TIPO DE ABORTO	FREC.	PORCENTAJE
ESPONTANEO	179	26
PROVOCADO	11	2
IGNORADO	489	72
TOTAL	679	100%

FUENTE: Datos obtenidos de historiales clínicos del departamento de registros médicos del Hospital Nacional de Amatlán.

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### CUADRO N. 1

En el presente estudio se encontró un total de 679 casos de aborto en un periodo de 2 años, correspondiendo el mayor número al año 1994 con 52% y el menor número al año 1995 con 48%, no encontrándose diferencia significativa en el número de casos por año.

### CUADRO N. 2

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

En el presente estudio se observó que las edades mayormente afectadas son las del rango de 21-25 años con un 38%, esto puede deberse a la mayor actividad sexual. En las edades posteriores tiende a disminuir. Se determinó que la frecuencia de aborto es inversamente proporcional con la edad, ya que a mayor edad, menor frecuencia de aborto. El 24% de los casos estaban comprendidos entre el rango de 20 años o menores, de ellas el 2% eran menores de 15 años, lo cual excede a lo encontrado en estudios previos ( 15% en 1979 ), esto ha ido aumentando porque las mujeres inician su vida sexual precozmente, sin embargo es de hacer notar que en dicho estudio el cual fué realizado en 7 hospitales nacionales, el Hospital Nacional de Amatitlán presentó la edad media menor. (24)

### CUADRO N. 3

Se observa que el 35% de las pacientes estaban casadas, el 52% en unión concensual y el 13% restante eran solteras, lo cual concuerda con la literatura médica y en los últimos ha tendido a aumentar ( 4.1% en 1974 ), lo cual podría indicar una tendencia a que cada vez más mujeres solteras están haciendo uso del aborto como medio de controlar su natalidad. (24)

### CUADRO N. 4

Se observa que el 69% de las pacientes referían profesar la religión católica, un 21% la religión evangélica y un 8% no refiere profesar ninguna religión, lo anterior expuesto concuerda con lo reportado en estudios previos a nivel nacional. (24)

El 92% de las pacientes referían profesar alguna religión, y a pesar que las mismas rechazan el aborto como método de control de la natalidad, encontramos que en el 72% de los casos se desconoce la etiología y se considera que un gran número de ellos fueron inducidos ilegalmente.

#### CUADRO N. 5

El mayor porcentaje de abortos se observa en pacientes con cuatro o más gestas con un 42%, esto se debe a que a mayor número de embarazos, mayor es el riesgo de pérdida del producto, le siguen las secundigestas y primigestas con un 21% cada una, esto se ha relacionado con la edad de las pacientes en su mayoría muy jóvenes.

#### CUADRO N. 6

Se observa en el anterior cuadro que el 71% de las pacientes tenían uno o más partos anteriores, siendo el 29% restantes nuliparas, en las cuales se incluían pacientes con antecedentes de aborto o cesárea previa.

Del 71% expuesto anteriormente, el 36% de las pacientes eran pequeñas multiparas, el 21% primiparas, el 14% restante corresponde a grandes multiparas, lo cual coincide con estudios a nivel nacional, los cuales muestran un 25% para el año 1976, disminuyendo a 14.6% para el año 1981, lo cual evidencia una tendencia a disminuir la paridad, esto debido a la situación económica actual en nuestro país y la eficacia de los escasos programas de planificación familiar existentes.

#### CUADRO N. 7

Se observa que el 29% de las pacientes presentaban antecedentes de uno o mas abortos previos, en donde pueden incluirse como condicionantes factores socioeconómicos, sociales, educacionales y etiopatogénicos. Lo anterior muestra relación con estudios previos en los cuales oscila entre un 25% y un 38%, sin embargo la causa específica no ha sido determinada. (24). Esto nos indica que es probable que alguna parte de las mujeres utilizan el aborto como método de control de la natalidad.

#### CUADRO N. 8

Del total de casos estudiados el 7% presentaban antecedentes de cesárea anterior, datos que sugieren que el daño a la pared uterina puede predisponer el aborto.

#### CUADRO N. 9

Cuando los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina se le llama aborto incompleto, lo cual fue observado en un 56% de los casos, seguido de aborto en curso con un 22% (Aborto inevitable 18%, inminente 4%), el aborto séptico con un 12%.

El 7% de los casos por alguna razón el huevo no pudo ser expulsado al exterior.

De lo anterior expuesto encontramos que el 56% de abortos incompletos no concuerda con estudios previos que indican un 88%, esto podría explicarse debido a que en esos estudios se han incluido aborto séptico dentro de aborto incompleto, así como el 18% de inevitables que en su mayoría culminan en aborto incompleto. (24)

#### CUADRO N. 10

En el cuadro anterior observamos que el 71% de los casos de aborto encontrados correspondían al aborto embrionario, seguido del 20% que correspondían al aborto ovular.

La causa más frecuente de aborto en las primeras semanas de gestación, corresponden a anomalías del huevo por causas genéticas, sin embargo no ha sido demostrado que las mismas resulten de la responsabilidad de los progenitores, debido a que no se han realizado estudios al respecto, gran número de abortos ovulares no son detectados, por lo que se considera que el porcentaje es mucho mayor.

El 9% restante correspondía a aborto fetal.

#### CUADRO N. 11

En el cuadro anterior encontramos que el 26% de los casos corresponde a aborto espontáneo y el 2% a aborto provocado ilegalmente, sin embargo estos resultados se consideran poco significativos, debido a que el 72% de los casos no fueron diagnosticados y se ignora su etiología.

El 2% de abortos provocados ilegalmente, porcentaje inferior a lo encontrado en estudios realizados previamente, podría explicarse, debido que dentro del 72% de los casos, de los cuales se ignora su etiología, se encuentran una cantidad desconocida de abortos provocados ilegalmente. Sin embargo estudios previos evidencian que los estudios prospectivos ofrecen datos más confiables, sobre todo en la clasificación, dato difícil de obtener retrospectivamente en los records hospitalarios.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE GUATEMALA  
33  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTADÍSTICAS

## IX. CONCLUSIONES

1. El mayor número de casos de aborto se presentó en el año 1994 con un 52%.
2. El 3% de los casos se presentaron en mujeres en edad no fértil.
3. La población más joven fué la mayormente afectada, con un 60% para las edades comprendidas entre 16 a 25 años.
4. El 24% de los casos se presentó en mujeres comprendidas en el rango de 20 años o menores.
5. El 69% refieren profesar la religión católica.
6. El 35% de las pacientes estaban casadas y el 52% en unión consensual, por lo que se concluye que únicamente el 35% se encontraban en unión estable.
7. El 42% de las pacientes tenían antecedentes de cuatro o más gestas.
8. El 57% de las pacientes eran pequeñas multiparas y el 29% eran nulíparas.
9. El 29% tenían antecedente de uno o más abortos anteriores.
10. El 7% de las pacientes tenían antecedente de cesárea previa.
11. El 56% de los casos correspondió a aborto incompleto, seguido de aborto inevitable con un 18%.
12. El 12% de los casos correspondió a aborto séptico.
13. Según la edad gestacional, el tipo de aborto más frecuente es el embrionario con un 71%, seguido del ovular con un 20%.
14. La etiología del aborto en el presente estudio se desconoce en un 72%.
15. El 2% de los casos fueron inducidos ilegalmente. Según datos obtenidos de las historias clínicas.

## X. RECOMENDACIONES

1. Promover un plan educacional a las comadronas informandoles que las hemorragias durante el embarazo pueden culminar en aborto, por lo que deben ser referidas al hospital con el fin de evitar manipulación y complicaciones posteriores.
2. Que durante la historia clínica de ingreso se investigue el mayor número de antecedentes obstétricos, y la etiología, para poder ser utilizados en estudios posteriores y no constituya un factor limitante.
3. En beneficio de la salud materno-infantil y de la economía de los hospitales, se considera conveniente intensificar programas de planificación familiar y prestación de servicios consecuentes.
4. Establecer un programa a estudiantes de medicina que se encuentren realizando el ejercicio profesional supervisado, para dar una buena orientación a la población femenina, principalmente a quienes se encuentran embarazadas por primera vez, sobre control prenatal.
5. Llevar un mejor control, del libro de egresos del departamento de Gineco-obstetricia, pues muchos de los casos de aborto, no son anotados o son anotados erróneamente.



## XI. RESUMEN

El estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo, para lo cual se revisaron 679 historiales clínicos de pacientes con diagnóstico clínico de aborto, ingresados al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, comprendidos de enero de 1994 a diciembre de 1995 con el objetivo de establecer la frecuencia, tipo de aborto y edades mayormente afectadas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Se determinó que la mayor frecuencia de abortos se encuentra entre los 21-25 años con un 38% y el 24% fueron mujeres menores de 20 años, siendo el aborto incompleto la forma clínica más frecuente observada con 56% y aborto inminente con 18%.

El 69% de las pacientes profesaban la religión católica y el 35% estaban en unión estable.

La causa de aborto más frecuente es ignorada en un 72%, seguido de aborto espontáneo con 24%, el aborto provocado con 2%, el tipo de aborto más frecuente según edad gestacional es el embrionario con 71%.

El 21% de las pacientes fueron primigestas, el 42% fueron pacientes con 4 o más gestas.

Se encontró entre los antecedentes obstétricos, el 29% de las pacientes presentaban aborto anterior y el 7% cesárea previa, lo cual evidencia que pacientes con antecedente de uno o más abortos anteriores tienen un mayor riesgo de culminar el siguiente embarazo en aborto, ya que en la mayoría de los casos no se logra determinar su etiología.

Es evidente que no existe ninguna acción preventiva o educativa para evitar futuros abortos en los Hospitales Nacionales, sino solamente se limita a una labor asistencial que debería ser complementada por una fuerte labor educativa y de prestación de servicios de anticoncepción, si se desea mejorar la salud materna que está seriamente afectada por causa del aborto, un serio problema nacional de salud pública.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Alberman E., Dennis J., Late abortions in England. *Lancet* 1984. January pp 176.
2. Arias de Blois, J. La fecundidad y la mortalidad en Guatemala, Guatemala APROFAM, 1987, pp 6-11.
3. Benson, R. C. *Obstetric and Gynecologic Diagnostic and Treatment*, 5ta edición, California Lange Medical Publications, 1984 1103, pp 97, 99, 228, 230, 1024-1026.
4. Creasy, M. B. y Resnik MD. Aborto en: *Maternal Fetal Medicine Principles and Practice*. 3era edición, 1984 USA, pp 645-7.
5. Christopher Tietze. *Informe Mundial sobre el Aborto*. 5ta edición, Madrid, España. Editorial Industrias Gráficas, Caro SI, 1987 pp, 18-9, 45-7
6. Durán García, Lillian. Conocimientos y creencias sobre el aborto en estudiantes de sexo femenino, de institutos de educación media. Tesis de graduación de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala 1992. pp 49.
7. Eiben B, Bartels I. Bahr-Porsch S. et al: Cytogenetic Analysis of 750 Spontaneous Abortions with Direct Preparations of Chorionic Villi. Implication for Studying Genetic Causes Pregnancy Wastage. *Am J Hum Genet*; 47; 1990. pp 656.
8. Ellis y Ababanel. Aborto en: *Enciclopedia del comportamiento sexual*. Editorial Diana. México D. F. 1970.
9. Fuentes y Zorobabel. Creencias y actitudes sobre el aborto en el área rural. Tesis de graduación de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala 1990.
10. Grimer, D. Et al. Histerectomy as treatment for complication of legal abortion. *Obstet Gynecol*. April, pp 457-462
11. Grown DC. Hospital management commented for first trimester spontaneous abortion. *Bmj* 1995 sept 23:311 (7000:813).

13. Jiménez y Ayala Editores. *Leyes de Guatemala. Código Penal. Capítulo 3*, pp 588.
14. Jones, H.W. y Jones G. S. *El Aborto en: Tratado de Ginecología de Novack*, 11 edición. Mexico, nueva Editorial Interamericana, 1985, pp 289-307.
15. Joyce, TJ Mocan. *The impact of legalized abortions on adolescents, childbearing in New York City. A. J. of Public Health*, March 1990, pp 273-275.
16. Lauritsen, JG. *Etiology of spontaneous abortion. A Cytogenetic and Epidemiological Study of 288 Abortuses and their Parents. Acta Obstet. Gynec Scan Suppl*; 52:1. 1976.
17. Lockwood C. *Recurrent Pregnancy loss*, In: Reece FA Hobbins JC, Mohomey, MJ. *Medicine of the fetus an mother*, Philadelphia; jb lippcott, 1992: 197, 216.
18. Mattingly MD. Thompson John. *Aborto en. Ginecología Operatoria de Té Linde. 6ta ed. Argentina 1990, Editorial El Ateneo*, pp 447-450, 457-458.
19. Mishel DR. *Abortión en Comprehensive Gynecology*, St. Louis CV Mosby 1987.
20. Mumford Stephen D. and Kessel Elton, *Is wide availability of abortions essential to national population growth programs, experiences of 116 countries? Am J. Obstet, Gynecol.* 1984 jul 15;149(6):pp 639-645.
21. Niwswander k. *Legal abortion en: Manual of Obstetric, Diagnosis and Therapy. Fist ed. Boston, Little Brown, 1985. pp 20-25 200-210.*
22. Phipps J. et al. *Pre-operative gemeprost pessaries compared to Dilapan higrscopic dilators in primigravid first trimestrer legal abortion. Am. J. Obstet Gynecol.* 1989. Sep (1) pp 316-7.
23. Pritchard J. A. y McDonald P.C. *Aborto en Williams Obstetricia. 1era ed. México 1987. pp 453-476.*
24. Roque Cali, Elva Marina. *Creencias, actitudes y prácticas sobre aborto en comadronas adiestradas Kaqchikeles. Tesis de Graduacion de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala 1995.*

25. Santizo Gálvez, Roberto. et al. El aborto en Hospitales de Guatemala. APROFAM 1981 mar, pp 32.
26. Schwarcz R.L. Obstetricia. 4ta ed. Buenos Aires, Argentina, Editorial El Ateneo, 1987. pp 1224.
27. S. K. Hershaw. Induced abortion, a world review family planning, perspective 22:1990. pp 76-89.
28. Stefanov B. Legal Abortion-Different Methods and Complications, Akush-Ginekol-Sofia, Bulgaria 1995; 34(1): pp 27-30.
29. The Alan Gutmacher Institute. Aborto Clandestino, Realidad Latinoamericana, 1994, NY then AGI.
30. Wolf-GC. y Horger-EO-1rd. Indications of spontaneous abortion specimens a reassessment, pAm. J. Obstet an Gynecol. USA 1995 Nov. 173(5); pp 1364-8.

**XIII. ANEXOS**

**BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS**

No. de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Estado Civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unida \_\_\_\_\_  
viuda \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_
3. Ocupación: (trabaja) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. Religión: Católica \_\_\_\_\_ Evangélica \_\_\_\_\_ Mormón \_\_\_\_\_  
Testigo de Jehová \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
5. Antecedentes Obstetricos:  
Paridad: G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_  
Ab: si \_\_\_\_\_ ( cuantos ) \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ CSTP: si \_\_\_\_\_ ( cuantos ) \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
6. Tipo de aborto: Segun causa.  
a. Provocado: \_\_\_\_\_ b. Espontáneo: \_\_\_\_\_
7. Edad Gestacional:  
a. 0-8 semanas: \_\_\_\_\_  
b. 9-17 semanas: \_\_\_\_\_  
c. 18-20 semanas: \_\_\_\_\_
8. Diagnóstico clínico:  
a. Aborto inminente \_\_\_\_\_  
b. Aborto inevitable \_\_\_\_\_  
c. Aborto incompleto \_\_\_\_\_  
d. Aborto completo \_\_\_\_\_  
e. Aborto diferido \_\_\_\_\_  
f. Aborto habitual \_\_\_\_\_  
g. Aborto séptico \_\_\_\_\_

RESERVA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

