

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

Estudio retrospectivo comparativo en pacientes atendidas por
aborto Septico y No Septico en el Hospital Nacional de Escuintla
durante el periodo del 01 de enero de 1994 al 31 de
diciembre de 1998.

TESIS

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

POR

PABLO SUSARTE HERNANDEZ MORALES

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1999

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

HACE CONSTAR QUE :

l (la) BACHILLER : PABLO SUSARTE HERNANDEZ MORALES

arnet universitario No. 92-10755

a presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano,
l trabajo de tesis titulado:

ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA.

rabajo asesorado por DR. MARIO ROLANDO HERNANDEZ

revisado por DR. JOSE MARIA GRAMAJO

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente
ORDEN DE IMPRESIÓN.

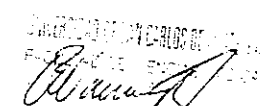
Guatemala , 15 de julio de 1999


Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ


Director del G.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES



IMPRIMASE:


Dr. Romeo A. Vásquez Vásquez

Decano
ROMEO A. VÁSQUEZ VÁSQUEZ
DECANO 1998 - 2002



Guatemala, 15 de Julio 15 de 1999.

DE CIENCIAS MEDICAS
Universitaria, Zona 12
Calle, Centroamérica

Señores:
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.

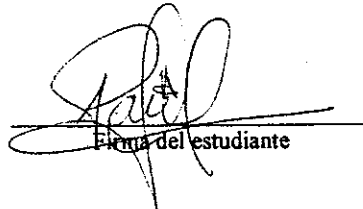
Se les informa que El (la)

Bachiller Pablo Susarte Hernandez Morales

Carnet No.: 9210755 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

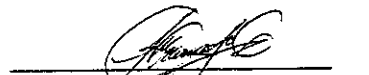
Aborto Septico y no Septico en el Hospital Nacional de Escuintla

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


Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional

Mario R. Hernandez M.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 2954


Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro Personal 16159

Dr. José M. Granja Hernández
Médico y Cirujano
Col. No. 6702

DE SAN CARLOS
GUATEMALA



CIENCIAS MEDICAS
Averitaria, Zona 13
de, Centroamérica

Aprobación Informe Final
Of. No. _____ 99

Guatemala, 15 de julio de 1999.

Estimado(a) estudiante:

PABLO SUSARTE HERNANDEZ MORALES
92-10755
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos.

Hago de su conocimiento que El Informe Final de tesis titulado:

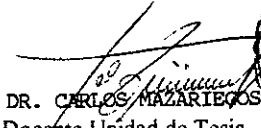
ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE ESCUINELA.

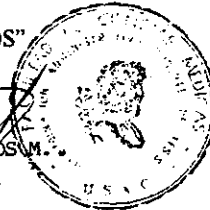
Ha sido **REVISADO**, y al establecer que cumple con los requisitos se **APRUEBA**
el mismo y se le autoriza a realizar los trámites correspondientes para continuar El
trámite de graduación.

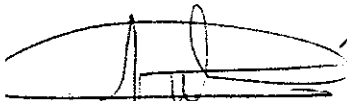
Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


DR. CARLOS MAZARIEGOS M.
Docente Unidad de Tesis





Vo.Bo. Coordinador de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ

Enero, 1999.

[



INDICE DE CONTENIDO

	PAGINA
I.- INTRODUCCION	2
II.- DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III.- JUSTIFICACION.....	5
IV.- OBJETIVOS.....	6
V.- MARCO TEORICO.....	7
VI.- MATERIALES Y METODOS.....	23
VII.- PRESENTACION DE RESULTADOS.....	31
VIII.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	45
IX.- CONCLUSIONES.....	50
X.- RECOMENDACIONES.....	51
XI.- RESUMEN.....	52
XII.- BIBLIOGRAFIA.....	53
XIII.- ANEXOS.....	55

[



I. INTRODUCCION

El presente estudio, tiene como propósito hacer una comparación de las características que presenta el aborto séptico y el aborto no séptico en un área donde se reporta un buen número de casos y que sirve de referencia para comunidades vecinas, como es el caso de la cabecera departamental de Escuintla. La importancia de la realización del presente trabajo de investigación radica en no haber estudio previo en dicho lugar, a que es un problema importante de salud nacional y para que los datos sirvan de referencias para trabajos posteriores y para uso del propio hospital de Escuintla.

El estudio incluyó los casos que consultaron al hospital nacional de Escuintla durante el periodo del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998, determinando las características epidemiológicas que difieren de los dos grupos de estudio, en cuanto a edad, número de abortos por año, estado civil, religión, procedencia, alfabetismo, número de abortos previos, paridad de las pacientes, ocupación, manipulación existente, tiempo de evolución, tratamiento que recibieron, días de hospitalización y condición de egreso.

Para el efecto se calculó una muestra de 1:3 en relación de abortos sépticos: no sépticos, encontrando un total de 126 abortos sépticos y 3639 no sépticos de lo que representa una muestra 126:3639. Entre los principales hallazgos se encontró que la edad mayormente afectada fue la comprendida entre los 15 y los 25 años predominando el alfabetismo en el grupo con aborto séptico siendo el grupo que presenta un mayor costo hospitalario, así también se encontró una alta incidencia de manipulación en pacientes con la misma patología, aunque muy probablemente esta sea mayor, ya que hubo un subregistro significativo, y en muchos casos no se encontró la suficiente información en las historias clínicas.

De acuerdo a lo anterior se recomienda realizar una campaña de información sobre el aborto y prevención del embarazo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Aborto séptico es una de las complicaciones más graves del aborto en general, y se debe generalmente a contaminación con seguimiento de infección uterina luego de existir un aborto, y constituye una de las principales causas de morbimortalidad en aborto.^{1,16,17}

En Guatemala, es preocupante y cada vez mas frecuente que encontremos en el área de salud, la interrupción del embarazo en mujeres; incrementándose esta frecuencia en áreas del interior del país; y es aun más preocupante observar que muchos de estas interrupciones o ABORTOS, consultan en último momento a un sistema de atención en salud presentando una complicación prevenible como lo es el aborto séptico, tomando en cuenta que las consecuencias de esta complicación puede derivar en muerte del paciente.¹⁴

Las tasas de mortalidad materna reflejan que en Guatemala ha habido un incremento de la misma en los últimos años ya que en 1985 fue de 104 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en 1992 fue de 248 por 100,000 nacidos vivos, de las cuales las 5 primeras causas de mortalidad materna fueron: Hemorragias postparto y complicaciones, complicaciones del embarazo, sepsis puerperal, complicaciones del aborto y otras causas mas.⁷ También encontramos que el aborto es la principal causa de mortalidad en mujeres de 20 a 29 años a nivel nacional. Un estudio efectuado en la maternidad del hospital Roosevelt acerca del aborto séptico, corrobora esta información, indicando también como dato interesante que el 85% de pacientes con aborto séptico eran solteras o solamente unidas ¹¹.

El costo a nivel hospitalario también es un factor que hay que tomar en cuenta, en un estudio realizado en la maternidad María Cantera de Remon, Panamá, en 1990 se estimó que el costo de aborto espontáneo en promedio era de 8.58 \$ por aborto, mientras que en un aborto provocado este aumento a 168.38\$ por aborto.⁴

De acuerdo a lo anterior nos preguntamos ¿cual es la razón o factor(es) que pueda llevar a un aborto séptico? ¿Serán estos factores educacionales, sociales, culturales, ambientales o económicos? ¿Habrá alguna razón que predisponga mas a algún tipo de Aborto (séptico o no séptico)?

Se escogió como departamento en esta investigación a Escuintla, tomando como parámetro el contar con Hospital Nacional y dentro del mismo bien ubicados sus departamentos como especialidades, el departamento de Gineco Obstetricia con especialistas en su rama y como criterios Hospital escuela en años anteriores del externado e internado del pre grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, además de ser principal departamento del área sur, que tiene bastante potencial económico, que socialmente ha evolucionado muy rápidamente en los últimos años, y como hospital sirve de referencia para las diferentes áreas de la costa sur; lo cual nos sirvió significativamente para dar una evaluación de este problema en el interior de nuestro país.

III. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

Tomando en cuenta que no se encuentra un estudio que refleje el comportamiento, características y factores que se dan en el aborto séptico y no séptico durante los últimos cinco años, especialmente en el área de salud de Escuintla, y debido a que es un problema en salud que afecta cada vez con mayor frecuencia, resultó imperante identificar los factores que predisponen a que se presente la complicación, con el fin de tratar de modificarlos en un futuro, y así poder bajar la morbimortalidad de este proceso que hasta cierto punto puede ser prevenible.

El presente estudio es útil como referencia y actualización acerca del aborto en el área de salud de Escuintla, así como las características en que sucede el evento en este grupo de población, y proporciona datos importantes para uso del hospital tales como días de estancia tanto en el aborto séptico como en el no séptico, lo que podría redundar en gastos hospitalarios. Se espera que al haber encontrado las características que difieren el aborto séptico del no séptico, se modifique y reduzca la morbilidad y gastos hospitalarios.

Por lo tanto se hizo necesario realizar la investigación, considerándolo viable y factible, ya que se contó con el apoyo de la dirección del Hospital Nacional del departamento de Escuintla y de la Jefatura del área de Ginecología y Obstetricia, así como el departamento de bioestadística y el archivo del mismo, de donde se recolectó la información.

VI. OBJETIVOS:

A. GENERAL:

1. Conocer las características epidemiológicas en pacientes atendidas por aborto séptico y no séptico en El Hospital Nacional de Escuintla durante El periodo Del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998.

B. ESPECIFICOS:

1. Comparar las características que presenta El aborto séptico y no séptico.
2. Determinar la prevalencia de aborto séptico durante los últimos cinco años en el hospital nacional de Escuintla.
3. Determinar la tendencia de aborto séptico y no séptico en los últimos cinco años en el hospital nacional de Escuintla.
4. Identificar la edad, estado civil, religión, procedencia, escolaridad, ocupación, paridad, numero de abortos, que más frecuentemente se encuentra relacionado al aborto séptico y no séptico en el Hospital Nacional de Escuintla.
5. Identificar cuantos de los abortos en el grupo a estudio, sufrieron manipulación.
6. Comparar características hospitalarias de las pacientes estudiadas tales como tiempo de evolución de la patología, tratamiento recibido, días de hospitalización y condición de egreso.
7. Proponer medidas de resolución del problema.



V. MARCO TEORICO

A. ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO:^{16,17.}

Los órganos de la reproducción de la mujer se clasifican en externos y vagina, que sirven para el coito; y genitales internos los cuales sirven para la reproducción.

1. Los órganos genitales externos o vulva:

Es lo que comprenden el monte de Venus, que es una pequeña elevación plana que se encuentra en la parte anterior de la sínfisis del pubis, el cual esta cubierta del pelo púbico que en la mujer se caracteriza de la del hombre, por su distribución en forma triangular. También encontramos los labios mayores y menores, los primeros, que son homólogos al escroto del varón, son dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubiertos de piel que se extienden hacia abajo y atrás a partir del monte de Venus; la función principal es de protección, y en mujeres nulíparas se pueden observar un tanto unidas, que guarda la anatomía de los órganos que se encuentran debajo de esta; los labios menores se encuentran protegidos por los labios mayores en las nulíparas, y se pueden observar prominentes en las multiparas, son dos pliegues muy sensibles por su rica inervación, que se unen en su borde superior para formar el frenillo y prepucio del clitoris que es el homólogo del pene y se localiza cerca del extremo superior de la vulva; el clitoris es un cuerpo eréctil que consta de un glándula, un cuerpo y dos pilares, y muy rara vez exceden los 2 cms. El vestíbulo es otra parte de los genitales femeninos externos que consiste en un área en forma de almendra, y que generalmente presenta seis aberturas que son la uretra, la vagina, los conductos de las glándulas de Bartholin, y algunas veces los conductos o glándulas de Skene, de los anteriores las glándulas mayores son las de Bartholin

que están situadas bajo el vestíbulo, a cada lado del orificio vaginal, y cuya función es liberar material mucoso durante la excitación sexual. Otra estructura importante en el vestíbulo es el orificio uretral que se encuentra por debajo del arco púbico, y justo por encima en la línea media del orificio vaginal. El orificio vaginal y el himen son estructuras que varían considerablemente de tamaño y forma de persona a persona, por ejemplo el himen es sumamente variable en cuanto a forma y consistencia pudiéndose encontrar himenes semilunares, cribiformes, imperforados, y los llamados himenes complacientes, por tener una elasticidad y resistencia mayor, por lo general el himen es roto y ya no se encuentra en mujeres que han tenido vida sexual, a menos que tenga himen complaciente.

La vagina es una estructura tubular musculomembranosa que se extiende desde el orificio vaginal hasta el útero, y es un órgano que tiene muchas funciones ya que constituye el canal excretor del útero, a través del cual fluyen las secreciones y el flujo menstrual, además es el órgano de la copulación y forma parte del canal del parto; por lo general cuando no está distendida sus paredes están unidas entre sí y tienen una forma de H en sección transversal, y posee una gran capacidad de elasticidad.

2. Los órganos genitales internos:

Están compuestos por el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. El útero es un órgano muscular cuya función fundamental es dar, durante la gestación, recepción, implantación, retención, y nutrición del producto de la concepción. El útero posee una forma de pera que consta de dos partes: una porción superior y aplanada que constituye el cuerpo y una porción cilíndrica inferior que es el cuello. Las trompas de Falopio se inician en los cuernos del

útero que están comprendidos por la unión del borde superior con el lateral, y los puntos de inserción de las trompas se denomina fondo uterino. El útero durante el embarazo se incrementa de 70gr. Hasta 1100gr. A termino. El cuello uterino es la porción del útero que se encuentra por debajo del istmo, y presenta un orificio u orificio cervical que se puede observar puntiforme y cerrado en las nulíparas, y de aspecto rasgado y laxo en las multiparas. El útero esta sostenido por los ligamentos anchos, redondos uterosacros y cardinal; y se encuentra vascularizado principalmente por las arterias uterinas y ováricas. Las trompas de Falopio tienen generalmente de 8 a 14 cms de longitud, y se dividen en porción intersticial, istmo, ampolla e infundíbulo, la porción intersticio esta unida a la pared muscular del útero, a partir del cual sigue una dirección oblicua y hacia fuera donde se estrecha y se encuentra el istmo, el cual se va ensanchando de forma gradual hasta formar el ampolla, que desemboca a una extremidad fimbria o infundíbulo. Las trompas estan revestidas de una sola capa de epitelio cilindrico ciliado y cuya principal función es trasladar los óvulos del ovario hacia el útero. Los ovarios son dos órganos de forma de almendras, cuyas funciones primordiales son el desarrollo y la expulsión del óvulo y la síntesis y secreción de hormonas esteroideas. Están situadas en la parte superior de la cavidad pélvica en la fosa ovarica de Waldeyer .

B. EMBARAZO:^{16,17}

Es el fenómeno comprendido desde la fecundación del óvulo al parto.

Durante el embarazo, suceden cambios fisiológicos y metabólicos en la mujer que son obligatorios y pudieran aparentar enfermedad en la mujer, aunque otros son patológicos que requieren tratamiento. Estos cambios afectan:

1. Cambios fisiológicos:

a. Utero: Hipertrofia y dilatación

Volumen promedio de 5 litros que aumenta a 10 litros.

Capacidad de 500 a 1000 veces mayor.

Peso hasta de 1100 grs.

Estriamiento e hipertrofia celular.

Disposición de células musculares.

Cambios en tamaño y posición.

Cambios en la contractilidad.

Flujo sanguíneo uteroplacentario de 500 a 750 ml por minuto.

Cambios cervicales; reblandecimiento y cianosis.

b. Ovarios y trompas:

-Función ovarica:

Suspensión de ovulación.

Cuerpo luteo presente.

Producción de relaxina.

c. Vagina e Introito vaginal:

Aumento de circulación.

Secreción vaginal.

Ph de 3.5 a 6.0.

Citología vaginal con índice cariopicnotico.

d. Pared y piel abdominal:

-Estrías gravidicas:

Por elevación de corticosteroides suprarrenales.

-Diastasis de los músculos rectos.

-Pigmentación de piel:

Por elevación de hormona estimulante de los melanocitos.

-Cambios vasculares cutáneos:

Angiomas y eritema palmar.

e. Mamas:

Aumento de tamaño.

Pigmentación.

Dermografismo.

Folículos de Montgomery.

Mastodinia.

2. Cambios metabólicos:

a. Aumento de peso:

La mayor parte del aumento es a expensas del útero y su contenido, mamas, aumento del volumen circulatorio, y aumento del líquido extra e intracelular. El aumento promedio total es de 11 kilos, distribuidos generalmente así: primer trimestre: 1 kilo, en el segundo y tercer trimestres 5 kilos cada uno.

b. Metabolismo acuoso:

Retención normal del contenido acuoso del feto, placenta, y líquido amniótico, es de 3.5 litros. El volumen circulatorio materno es de 3 litros.

c. Metabolismo proteico:

Sucedan pocos cambios aunque los productos de la concepción son ricos en proteínas,

en relación a grasas o carbohidratos.

d. Metabolismo de los carbohidratos:

Se considera el embarazo como diabetogénico por:

- Mujeres de riesgo se convierten en insulino dependientes.
- Se alteran las curvas de tolerancia.
- Producción de insulina esta facilitada pero baja su sensibilidad celular.
- Ante el ayuno hay aumento de ácidos grasos libres y cuerpos cetónicos que pueden causar la llamada inanición acelerada del embarazo.
- Estrógenos y progesterona disminuyen su función.
- Existe una enzima insulinasa que compite con la insulina.

e. Metabolismo de grasas:

En la segunda mitad del embarazo aumenta considerablemente todos los lípidos.

Hay alteración en el metabolismo de los carbohidratos y por consiguiente aumenta el

glicerol y ácidos grasos libres produciendo suficiente energía a partir de lípidos.

f. Equilibrio ácido-base:

Baja el PCO₂ y sube el pH plasmático. Baja la base 2 meq/lit, por lo que hay una leve

alcalosis respiratoria equilibrada con una leve acidosis metabólica.

g. Cambios hematológicos:

Volumen hemático: aumenta un 45%, existe una hipervolemia inducida. La

vida media de los eritrocitos es menor por lo que aumenta su producción.

Por lo general el hematocrito esta disminuido.

La necesidad de hierro total es de 1 gramos, distribuidos así: 300 mgr. para feto y placenta, 200 mgr. de perdidas normales, 500 mgr. De hematies. La necesidad promedio es de 6 a 7 mgr. por día.

La pérdida promedio de sangre es de 600 ml.; los leucocitos se encuentran de 5000 a 12,000 previo al parto y durante el puerperio hasta 25,000. Los factores de la coagulación están aumentados por lo general.

h. Sistema cardiovascular:

El corazón aumenta la frecuencia cardiaca de 10 a 15 latidos por minuto, hay presencia del tercer ruido y soplo sistólico, desviación del eje a la izquierda, aplanamiento y/o inversión de onda t en derivación III., el gasto cardiaco aumenta considerablemente, y existe cambios circulatorios principalmente en miembros inferiores.

i. Vías respiratorias:

Elevación del diafragma, hiperemia nasal, epistaxis, costillas ensanchadas, aumenta el volumen de ventilación 10 lt/min y el consumo de oxigeno aumenta en un 20% .

j. Sistema Urinario:

Hay aumento en todas sus funciones, principalmente en el segundo y tercer trimestre.

k. Gastrointestinal:

Hay cambios por compresión, el tiempo de digestión aumenta, hay hemorroides, pirosis, náuseas y vómitos (al inicio por efectos de la progesterona) y epulis del embarazo (gingivitis).

C. CRECIMIENTO Y DESARROLLO FETAL.^{9,10}

0-8 Semanas:

Luego de la fecundación, la cual por lo común se lleva a cabo en la ampolla de la trompa de falopio, se forma el cigoto que pasa por una fase de sedimentación dividiéndose en células pequeñas llamadas blastómeros que más tarde se convertirá en morula que al llenarse de líquido recibirá el nombre de blastocisto. A principio de la segunda semana, la masa celular interna, se diferencia en un disco embrionario bilaminar; al terminar esta semana, un espesamiento, la placa o lamina procordal, indica el sitio de la futura boca. En la tercera semana el disco embrionario bilaminar se convierte en trilaminar, compuesto por ectodermo, mesodermo y endodermo. En la cuarta semana al iniciarse el periodo embrionario el disco embrionario bilaminar toma una forma de embrión cilíndrico en forma de C que más tarde será la actitud fetal; durante esta semana, la porción dorsal del saco vitelino origina el tubo digestivo. Las tres capas germinativas mencionadas anteriormente se diferenciarán en diversos tejidos y órganos.

9-12 Semanas:

La cabeza ocupa el 50%, la cara es ancha, los párpados están cerrados, los genitales externos son semejantes. En la doceava semana el bazo está formado, el hígado se constituye como sitio importante de la eritropoyesis, hay formación

de orina que es excretada hacia el líquido amniótico. Existe reacción a estímulos como la respuesta al acto de chuparse el dedo. En el sistema urinario están constituidos los pronefros y mesonefros. El intestino ya tiene acción de peristaltismo. Hay transporte de oxígeno.

13-16 Semanas:

En este periodo existe un crecimiento rápido. La visualización radiológica del esqueleto fetal, puede verse a las 16 semanas. Existe diferenciación ovárica: Folículos primarios (ovogonias).

17-20 Semanas:

Las extremidades adquieren proporciones relativas finales. Hay percepción de movimientos fetales. En el feto se observa vermix caseoso (producido por glándulas sebáceas y células epidérmicas) hay lanugo en el área que será más tarde cejas y cabello. Hay grasa parda detrás del esternón y área perirenal como sitios donde se producirá calor. A la 18 semana hay formación completa del útero e inicio de la canalización vaginal. Los testículos comienzan el descenso desde la cavidad abdominal. Existe deglución fetal e inicia la elaboración enzimática.

21-25 Semanas:

Hay aumento de peso, existe una mejor proporción fetal. La piel del feto es arrugada, translúcida, rojo-rosada. A las 24 semanas las células alveolares pulmonares comienzan a producir surfactante.

26-29 Semanas:

Los pulmones ya están desarrollados para intercambio gaseoso, el sistema

nervioso central a madurado, el feto puede regir movimientos respiratorios rítmicos y regular su temperatura corporal. El feto abre los ojos, cabello y lanugo bien desarrollado, formación de grasa blanca en un 3.5% el bazo y la médula ósea produce la eritropoyesis a las 28 semanas.

30-34 Semanas:

Ya existe el reflejo pupilar, la piel es rosada y lisa, tiene brazos regordetes y de 7 a 8% de grasa corporal.

35-38 Semanas:

A las 35 semanas hay firme prensión manual, orientación espontánea a la luz. A las 36 semanas la circunferencia cefálica y la circunferencia abdominal son iguales. Posteriormente aumenta la circunferencia abdominal. El feto a término tiene 16% de grasa corporal aproximadamente, una ganancia de +/- 14 gr. al día. Su piel es blanca o rosa azulada. Tiene un tórax prominente con testículos en escroto, y la cabeza es todavía una de las partes más grandes del cuerpo.

A. ABORTO:

1. Definición:

El aborto es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir, por lo general esta definición se limita a la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o a la expulsión de un feto menor a 500 mgs o 25 centímetros^{1,16,17}, aunque aquí en Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de la 28ava semana, y es el parámetro que consideramos.

El aborto espontaneo tiene una incidencia del 12% de los cuales el 75% ocurre antes de la 6ta semana, y se clasifica dependiendo el tiempo de gestación así:

-ovular:	1 a 2 semanas de gestación.
-embrionario:	3 a 7 semanas de gestación.
-fetal:	8 a 28 semanas de gestación.

2. Clasificación:

a. Según sus características clínicas se clasifican en:

Amenaza de Aborto: Se presenta con dolor, hemorragia vaginal y el orificio externo esta abierto, pero el orificio interno esta cerrado.

Aborto Inminente: Es el que presenta dolor, hemorragia vaginal, y ambos orificios se encuentran abiertos.

Aborto Inevitable: Además del cuadro anterior, ocurre ruptura de membrana ovulares.

Aborto en curso: Agregado a la sintomatología descrita, ocurre la expulsión del producto.

Aborto incompleto: En este cuadro hubo expulsión del producto pero hay retención de restos placentarios en la cavidad uterina.

Aborto completo: Es cuando se expulso producto, placenta y membranas por completo.

b. Por el curso, el aborto puede ser:

Espontaneo: Ocurre de la primera a la tercera semana después de la muerte del producto; 80% de estos ocurre por defectos ovulares, y un 15% secundarios a factores maternos.

Frustrado o diferido: cuando el producto del embarazo ha sido retenido durante 2 meses o más después de la muerte fetal o embrionaria y se observa con mayor frecuencia durante el segundo trimestre.

Habitual: Es la pérdida secuencial de 3 o más abortos sucesivos.

Séptico o provocado: Es la infección del producto de la concepción en forma espontánea o provocada que puede permanecer localizada o diseminada en todo el organismo materno.

Inducido o terapéutico: Es la terminación del embarazo antes del tiempo de viabilidad fetal, con el propósito de proteger la salud de la madre.

Electivo (voluntario): Interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal. La gran mayoría de abortos que se practican hoy en día pertenecen a esta categoría.^{12,16,17}

E. ABORTO SEPTICO:

Como anteriormente se definió, el aborto séptico es la infección del producto de la concepción de forma espontánea o provocada que puede permanecer

localizada o diseminada a todo el organismo materno.

Generalmente el aborto séptico se produce al perderse la barrera natural asociada a la persistencia de los orificios cervicales, con retención de restos placentarios, o tras la manipulación en un aborto provocado.

La infección suele deberse a microorganismos provenientes de la flora vaginal siendo los anaerobios mas frecuentemente encontrados en un 63%, en relación con los aerobios en que tienen un 37%. Los anaerobios mas frecuentemente asociados son: Peptoestreptococos sp, Bacteroides sp y Clostridium Perfringes, mientras que en los aerobios encontramos E. Coli, Pseudomona, Estreptococo beta hemolitico, y enterococo faecalis.¹⁷

El aborto séptico se clasifica asi:¹²

Estadio I: Infección localizada en el útero.

Ia.: Infección localizada en el endometrio.

Ib: Miometritis septica aguda.

Estadio II: Infección localizada en anexos, parametritis y paracolpos.

Ila: Endosalpingitis aguda.

Ilb: Presencia de masas anexiales.

Iic: Celulitis pélvica aguda.

Estadio III: Infección localizada en la serosa peritoneal.

IIIa: Pelviperitonitis.

IIIb: Pelviperitonitis generalizada.

Estadio IV: Salpingitis generalizada.

IVa: Septicemia.

IVb: Shock séptico.

Entre las complicaciones que se observan en shock séptico están: Abscesos pélvicos, pelviperitonitis, tromboflebitis séptica, endocarditis bacteriana, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, shock séptico, y muerte materna. Además de lo anterior, pueden ocurrir complicaciones a largo plazo tales como infertilidad, cervicitis crónica, oclusión tubárica, síndrome de Asherman, embarazo ectópico, fistulas cervicovaginal, incompetencia cervical, estenosis cervical, aumento de las tasas de aborto en embarazos futuros y complicaciones psicológicas.¹³

El tratamiento del aborto séptico incluye el control y eliminación de la infección, el establecimiento y mantenimiento de la homeostasis, tratamiento agresivo de complicaciones tardías del shock séptico tales como fallo renal y shock pulmonar. Cuando ocurre un aborto séptico la principal meta es la eliminación de la fuente de la endotoxina, que puede ser por medio de curaciones y por técnica de succión; si hay un absceso presente, o si ha habido una perforación uterina, o ocasionalmente no hay mucho tejido obtenido en la curación, nos indica que el proceso se ha diseminado mas allá de la cavidad endometrial, y puede ser requerida una cirugía mas extensa como una laparotomía o histerectomía, esto depende del estado del paciente, ya que en una paciente demasiado enferma, la cirugía pudiera ser letal.¹⁵

F. FACTORES DE RIESGO:

Factor de riesgo es El elemento que contribuye para que algún evento se cumpla.²

Se cree que el aborto séptico tiene múltiples factores de riesgo al que se asocia, unos posiblemente sean modificables, mientras que otros son muy complejos a nuestro criterio para poder resolverlos.

Se considera que la inducción del aborto, bajo consentimiento de la paciente es posiblemente el factor de riesgo más importante que podemos imaginarnos, pero el mismo, forma parte de una problemática mucho más compleja que involucra aspectos legales, religiosos, morales, por mencionar algunos. En un estudio realizado en 27 países principalmente del tercer mundo, incluyendo a Guatemala, acerca de las razones por que las mujeres se inducen el aborto, se encontró que las principales causas se deben a tratar de posponer o parar de concebir niños, siendo la segunda razón más importante los aspectos socioeconómicos que envuelven a la persona que incluyen la interrupción de la educación o trabajo, falta de soporte del padre, la inhabilidad de poder costear otros niños.⁶ Por lo que creemos también que el estado civil y grado de escolaridad puedan influir como un factor de riesgo.

La edad de la paciente se incluye como otro factor de riesgo asociado, en un estudio sobre aborto séptico realizado en la maternidad del Hospital Roosevelt, se concluyó que el grupo etareo más comúnmente afectado era el de 20 a 29 años, posiblemente esto se pueda deber al número de embarazos que puedan ocurrir sin que la paciente pueda estar sentimental ni económicamente estable en ese periodo de su vida.¹¹

En Guatemala, el aborto inducido es ilegal, y eso trae repercusiones en lo que es morbi-mortalidad, tomando como dato interesante que la OMS reporta que en todo el mundo cada año mueren aproximadamente 500,000 mujeres por causas relacionadas al embarazo, de estas, aproximadamente el 98% pertenecen a países en vías de desarrollo, como el nuestro. De esto, se estima que un 15% de estas defunciones se deban a complicaciones del aborto provocado⁸, y esto se debe a que, por falta de legalización, las mujeres tengan que acudir a un lugar donde clandestinamente les provoquen un aborto, aunque la técnica y el procedimiento sean en malas condiciones. En países desarrollados como en Estados Unidos, se observó que la tasa de mortalidad por aborto disminuyó en un 85% en los cinco años siguientes a la legalización en algunos estados. Caso similar ocurrió en Rumania cuando la legislación de ese país que era tolerante, fue sustituida por otra más restrictiva en 1966, y desde entonces hasta 1984 aumentaron en un 600% las defunciones debidas al aborto; cuando este se legalizó otra vez en enero de 1990, la mortalidad correspondiente disminuyó en un 67% durante el primer año.⁸

Otros factores que se consideraran en el estudio será la religión, número de abortos previos, alfabetización, y procedencia, ya que las creencias religiosas, antecedentes maternos, que provengan del área rural y la ignorancia, se tratará de averiguar por medio de este trabajo de investigación que influencia tienen o no en el aborto séptico, más específicamente en el Hospital Nacional de Escuintla.

VI. MATERIAL Y METODOS:

A. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio:

Retrospectivo comparativo sobre aborto séptico y no séptico en el Hospital Nacional de Escuintla, Departamento de Escuintla, siendo este un hospital de referencia para muchos municipios de la costa sur.

2. Selección Del Sujeto de Estudio:

Se incluyó en el estudio todos los abortos sépticos, que se encuentran anotados en los registros de estadística de dicho hospital, durante el periodo del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998. Así mismo se incluyó todos los abortos no sépticos durante el mismo periodo de tiempo, en el mismo hospital. De los cuales se tomó una muestra que será el sujeto a estudio, con una relación de 1:3 entre los abortos sépticos y los no sépticos (tamaño de muestra).

3. Tamano de la muestra:

De todos los abortos sépticos y no sépticos existentes durante el periodo de tiempo ya definido (universo), se tomó una muestra significativa en una relación de 1:3 en relación con los abortos sépticos y no sépticos, que han consultado al Hospital Nacional de Escuintla.

a. Definición de Aborto Séptico:

Es la infección del producto de la concepción de forma espontanea o provocada que puede permanecer localizada o diseminada en todo el organismo

materno, que sea menor de 20 semanas de embarazo (requisito para ser llamado aborto), y que se encuentre dentro del periodo del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998 y que haya consultado o haya sido referida al Hospital Nacional de Escuintla.

3. Definición de aborto no séptico:

Toda interrupción del embarazo antes de la 20ava semana (aborto), sin sintomatología de sepsis ni alguna otra complicación, que se encuentre dentro del periodo a estudio en el Hospital Nacional de Escuintla.

4. Criterios de Inclusión:

Para los abortos sépticos:

Abortos con sintomatología séptica, sin importar si hubo mortalidad.

Que este registrado el caso.

Evento que haya sucedido durante el periodo del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998.

Que haya consultado al Hospital Nacional de Escuintla.

Para los abortos no sépticos:

Abortos no complicados.

Que esta registrado el caso.

Evento que haya sucedido durante el periodo del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998.

Que haya consultado al Hospital Nacional de Escuintla.



5. Criterios de Exclusión:

Para los abortos sépticos:

Nacidos muertos después de la 20ava semana, aun presentando sepsis.

Abortos no sépticos, sin importar que haya alguna otra complicación que no sea sepsis.

Para los abortos no sépticos:

Abortos sépticos o abortos complicados.

6. Condiciones éticas:

Durante la recolección de datos y revisión de papeletas, se mantuvo en el anonimato el nombre y otros datos de las personas afectadas e implicadas en los casos a estudio, para evitar daños a las mismas que pudieran ocasionar los resultados de las mismas.

En la presente investigación no se realizó ningún tipo de procedimiento invasivo y/o experimental por la naturaleza del estudio, y fue supervisada por un medico especialista.

7. Variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTU AL	DEFINICION OPERACION AL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Aborto Séptico	Infección Del producto de la concepción	Historia clinica que se registro al momento de	Nominal (diagnóstico).	Séptico No séptico.

	de forma espontanea o provocada que puede permanecer localizada o diseminada.	la consulta.		
Aborto No Séptico	Terminación Del embarazo por cualquier medio antes de que El feto sea viable o antes de la 20 semana de gestación.	Historia clínica que se registro al momento de la consulta.	Nominal (Diagnóstico)	Séptico No Séptico.
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Edad de la paciente al consultar.	Intervalo	Años.
Estado Civil	Registro que se hace constar por autoridades para la unión de dos personas.	Estado civil de la paciente al consultar.	Nominal.	Casada Unida Soltera.
Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, sentimientos, veneración y temor hacia ella, de normas morales y de conducta de practicas para	Religión en que cree la paciente al consultar.	Nominal.	Católica Evangélica Mormona Testigo de Jehová Atea Otros.

	darle culto.			
Procedencia	Principio u origen de una cosa.	Procedencia de la paciente que consultó.	Nominal.	Urbana Rural.
Alfabetismo	Conocimientos de una persona para poder leer y escribir.	Alfabetismo de la persona que consultó.	Nominal	Sabe leer No sabe.
Ocupación	Trabajo que impide emplear El tiempo en otra cosa.	Ocupación de la paciente que consultó.	Nominal	Ama de casa Trabajadora Del sexo Estudiante Profesional Otros.
Paridad	Número de partos que ha tenido una mujer.	Número de partos que ha tenido una paciente al consultar.	Nominal	Primigesta Secundigesta Multipara Gran Multipara
Numero de Abortos	Numero de terminación Del embarazo por cualquier medio antes que El feto sea viable.	Numero de abortos anteriores que presento la paciente que consultó.	Ordinal	0 1 2 3 3>
Inducción o manipulación Del aborto.	Es El aborto que se induce premeditadamente.	Conocer si El aborto actual fue inducido o no.	Nominal	Si No.
Tiempo de Evolución Del aborto.	Tiempo que ha transcurrido desde El	Conocer El tiempo que transcurrió desde El inicio Del aborto hasta la consulta.	Ordinal	Horas Días.

	inicio Del aborto.			
Tratamiento	Conjunto de medios que se ponen en practica para la curación o alivio de las enfermedades.	Tratamiento que recibió la paciente que consulto.	Nominal	Tratamiento (antibióticos, LIU)
Días de Hospitalización	Días de tratamiento transcurridos en El hospital, desde la consulta	Días de tratamiento transcurridos en El hospital desde la consulta.	Ordinal	Días
Condición de Egreso.	Estado en que egresa un paciente.	Estado en que egresa la paciente que consultó.	Nominal	Mejorada Traslado Falleció.

8.Indicadores:

Numero de Abortos Sépticos que se registraron en el Hospital Nacional de Escuintla durante el periodo del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998.

Numero de Abortos no sépticos que se registraron en dicho hospital durante el mismo periodo de tiempo.

9.Procedimientos y recolección de la información:

Para la realización del estudio de investigación, se siguió el procedimiento que a continuación se detalla:

Este tipo de estudio parte del efecto, seleccionando un grupo con el efecto



denominado abortos sépticos - y - abortos espontáneos.

Para Identificar los Abortos sépticos y no sépticos:

Se revisaron los libros de registro y estadística del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional de Escuintla.

Para Identificar y Medir los Factores de Riesgo asociados:

Se elaboró un listado de factores de riesgo a estudiar mediante:

Revisión de literatura.

Entrevistas individuales con ginecólogos, expertos en salud pública.

Se elaboró boletas de recolección de datos sobre los factores de riesgo identificados.

Se recabó información con las boletas de recolección de datos con las papelerías.

Procesamiento de datos.

Luego de analizar el plan de trabajo y las actividades a realizar se elaboró un instrumento para la recolección de los datos (ver anexo) el cual contiene 14 variables para recabar la información, la primera variable es la que define si es aborto séptico o no séptico, y se separaron los datos de acuerdo a que corresponde. Los resultados fueron estudiados para su análisis respectivo tomando en cuenta de realizar una prueba piloto sobre el diseño del instrumento a los médicos especialistas y médicos de guardia del hospital nacional al ser respondidas adecuadamente se determinó como un buen índice de consistencia interna, para luego utilizarlo en el grupo de estudio, tomando los datos, luego tabulándolos y presentándolos en cuadros estadísticos.

Diseño Estadístico:

Para efectos de análisis estadísticos las variables seleccionadas en el estudio, se aplicaron según el nivel de medición, se tomaron las medidas de fuerza de asociación.

B.Recursos:

1. Humanos, investigador, asesor, revisor, especialistas del hospital nacional.
 2. Físicos, instalaciones de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Archivo y registro del hospital nacional de Escuintla, Jefatura del área de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional.
 3. Materiales, de oficina, equipo de computación, etc.
- Económicos, gastos personales que incluyen pasajes, almuerzos, gasolina, deterioro de vehículo, otros impresión de tesis. Q6,000.00.





10/10/2010

10/10/2010

10/10/2010

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

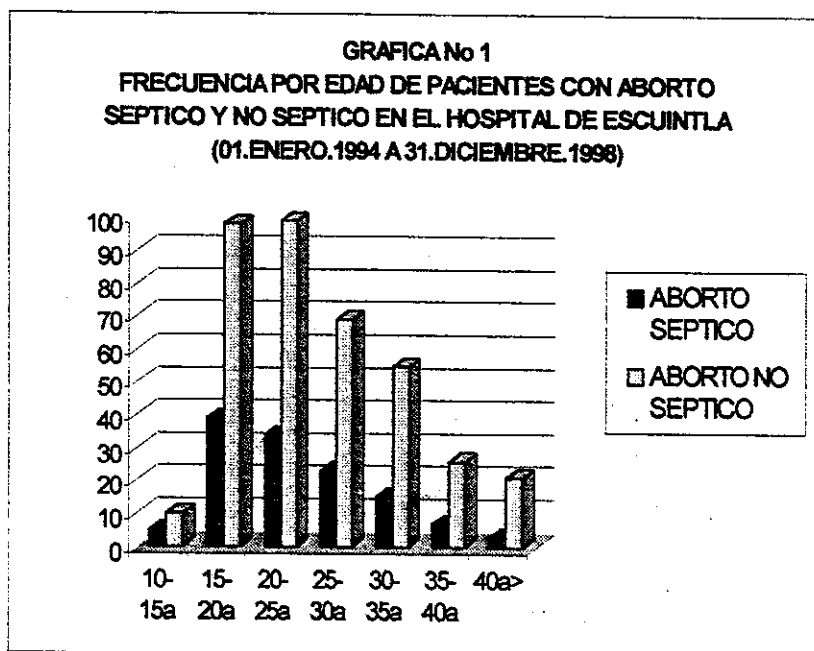
CUADRO No. 1

FRECUENCIA POR EDAD DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE. 1998)

EDAD	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
10-15ª	5	4	10	2.6
15-20ª	39	39	98	26
20-25ª	34	27	99	26.2
25-30ª	23	18.2	69	18.3
30-35ª	15	11.9	55	14.6
35-40ª	7	5.6	26	6.9
40ª>	3	4	21	5.6
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

*muestra sobre un total de 3639 casos

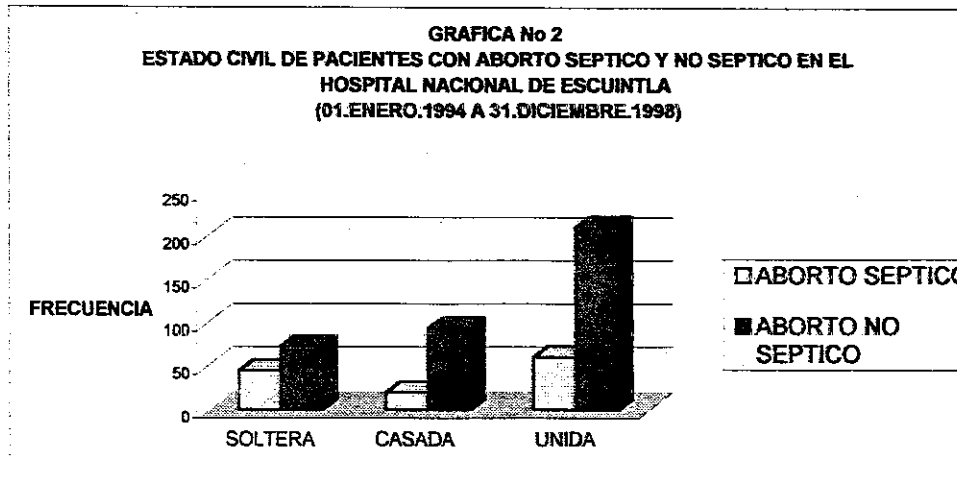


CUADRO No 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE 1998)

ESTADO CIVIL	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
SOLTERA	45	35.8	73	19.3
CASADA	20	15.9	94	24.9
UNIDA	61	48.4	211	55.8
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recolección de datos
*muestra sobre un total de 3639 casos



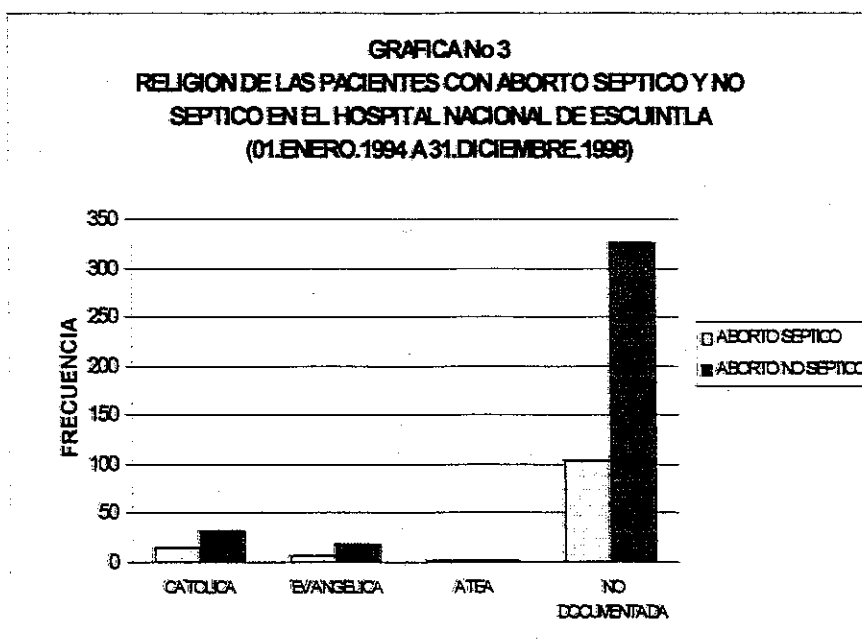
CUADRO No 3

RELIGION DE LAS PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
(01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

RELIGION	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
CATOLICA	15	11.9	32	8.4
EVANGELICA	7	5.5	18	4.7
ATEA	1	0.8	2	0.5
NO DOCUMENTADA	103	81.7	326	86.2
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

*Muestra sobre un total de 3639 casos.



CUADRO No 4

PROCEDENCIA DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
(01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

PROCEDENCIA**	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
URBANA	69	54.7	184	48.6
RURAL	57	45.2	194	51.4
TOTAL	126	100	378*	100

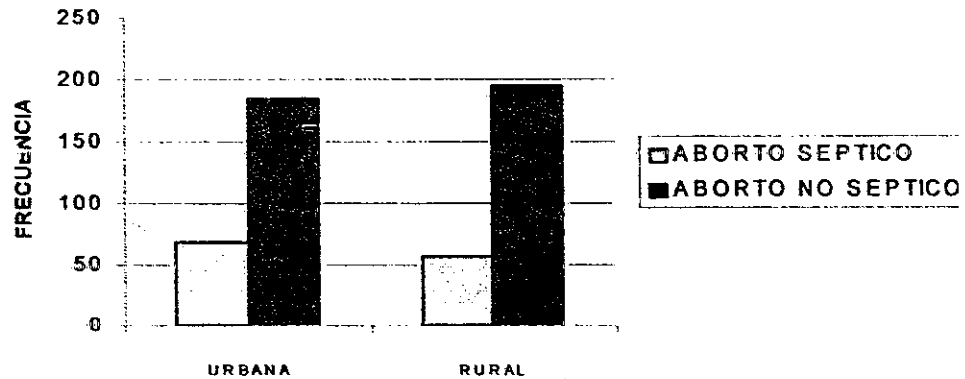
Fuente: Boletas de recoleccion de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos

**Urbana:vivienda que se encuentra dentro de la ciudad.

Rural:vivienda que se encuentra fuera del área urbana.

GRAFICA No 4
PROCEDENCIA DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)



CUADRO No 5

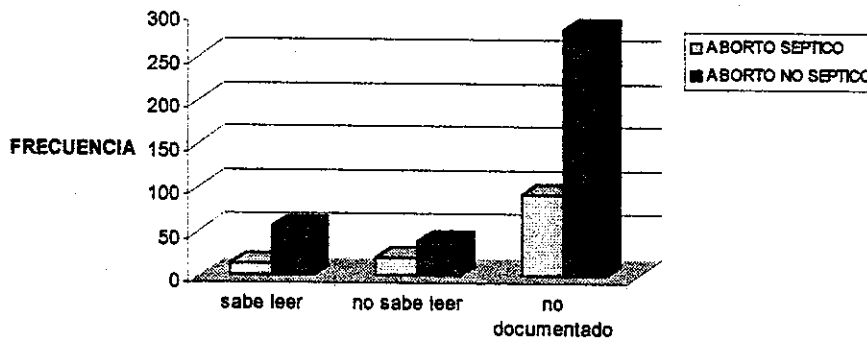
ALFABETISMO DE LAS PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

ALFABETISMO	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
SI	13	10.3	56	14.8
NO	20	15.8	38	10
NO DOCUMENTADO	93	73.8	284	75.1
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recolección de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos.

GRAFICA No 5
ALFABETISMO DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)



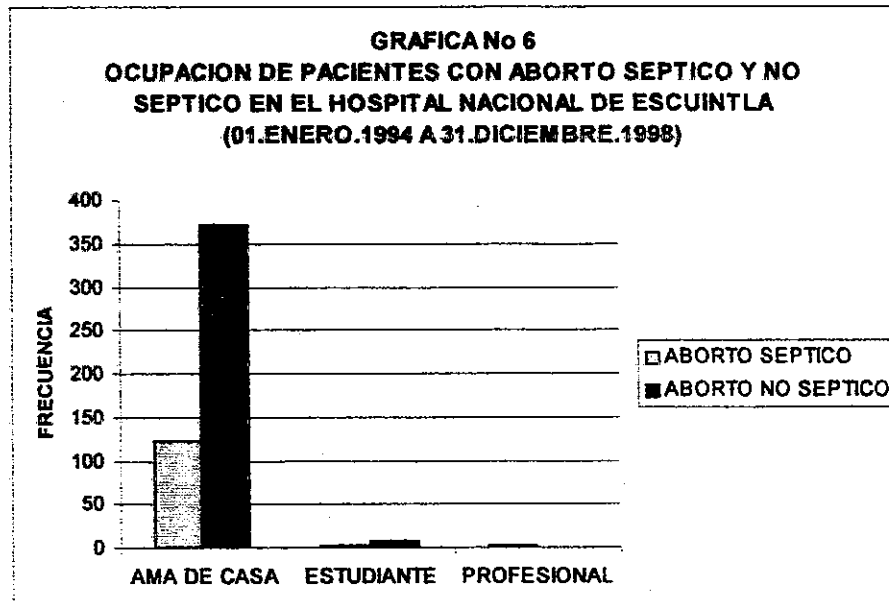
CUADRO No 6

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
(01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

OCUPACION	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
AMA DE CASA	122	96.8	371	98.1
ESTUDIANTE	2	1.6	7	1.85
PROFESIONAL	2	1.6	0	0
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recolección de datos

*Muestra sobre un total de 3639 casos



CUADRO No 7

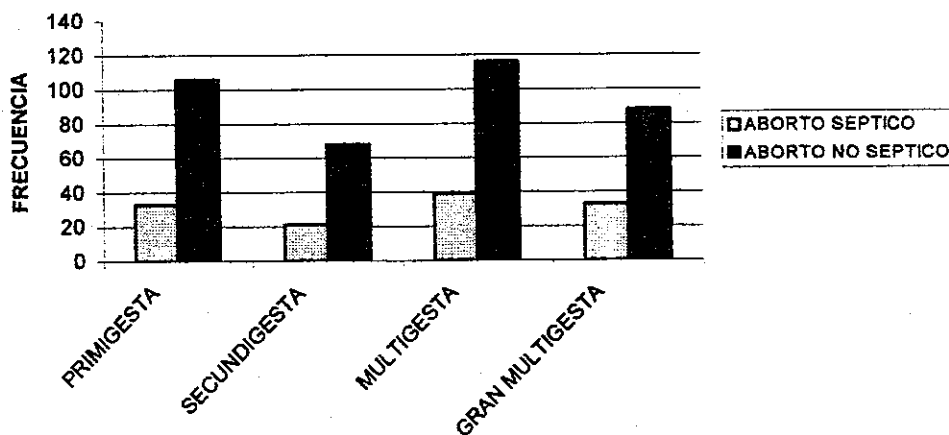
PARIDAD DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE 1998)

PARIDAD	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
PRIMIGESTA	33	26.2	106	28
SECUNDIGESTA	21	16.7	68	17.9
MULTIPARA	39	30.9	116	30.7
GRAN MULTIPARA	33	26.2	88	23.2
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recolección de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos.

GRAFICA No 7
PARIDAD DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)



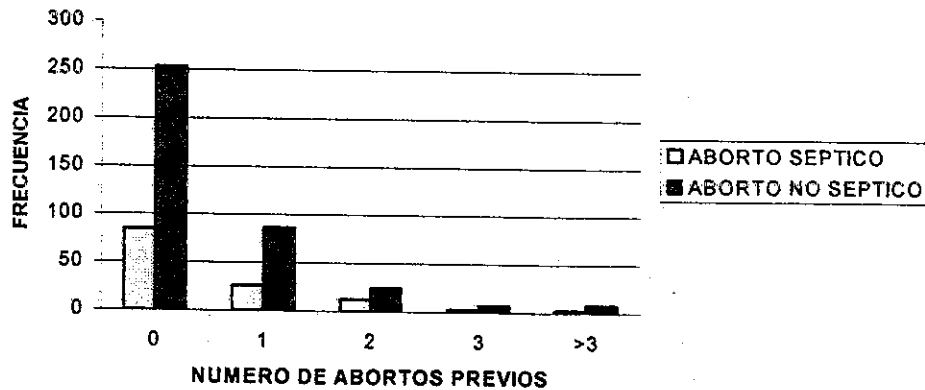
CUADRO No 8

NUMERO DE ABORTOS PREVIOS EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EI HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

#DE ABORTOS	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
0	84	66.6	253	67
1	26	20.6	86	23
2	12	9.5	24	6.3
3	2	1.6	7	1.8
>3	2	1.6	8	2.1
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recoleccion de datos
 *Muestra sobre un total de 3639 casos

GRAFICA No 8
 NUMERO DE ABORTOS PREVIOS EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)



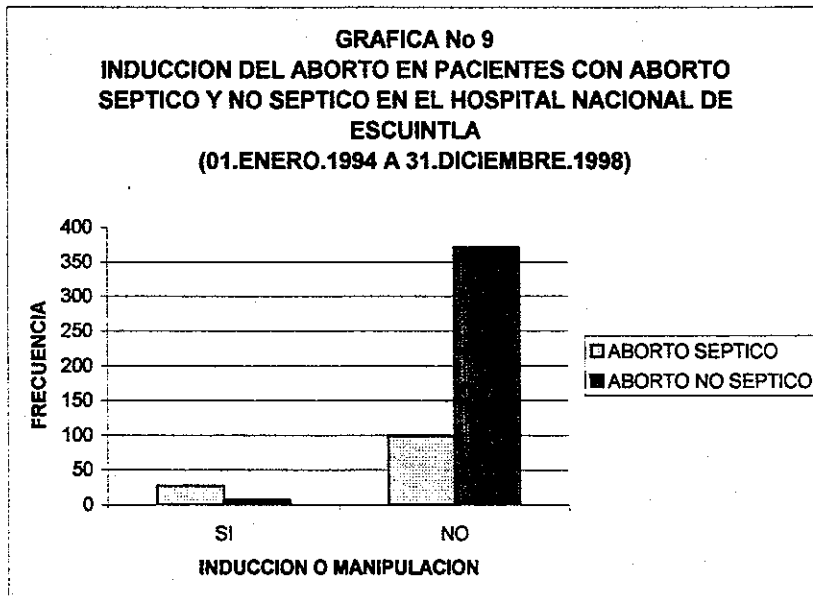
CUADRO No 9

INDUCCION O MANIPULACION DEL ABORTO EN PACIENTES QUE
CONSULTARON POR ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
(01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

HUBO INDUCCION	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
SI	27	21.4	7	1.8
NO	99	78.5	371	98.1
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recoleccion de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos.



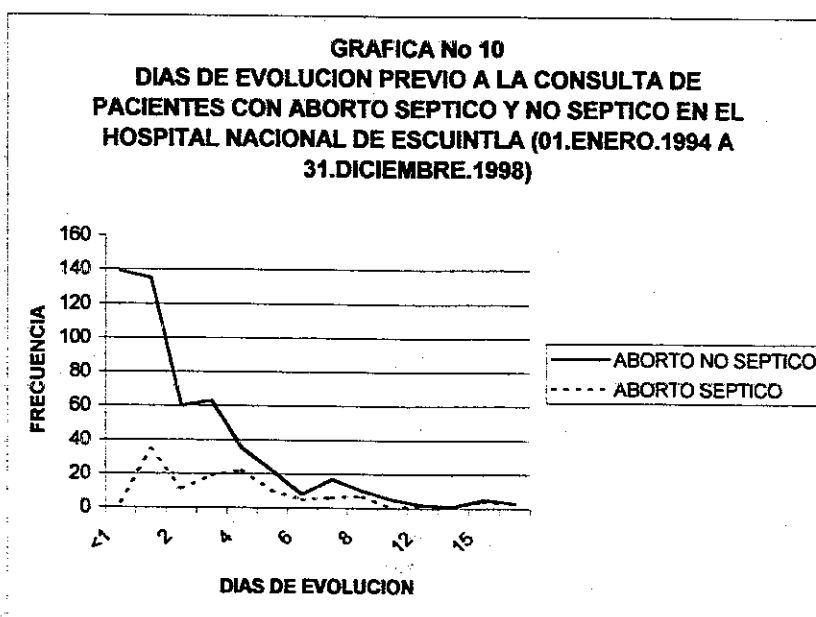
CUADRO No 10

DIAS DE EVOLUCION PREVIO A LA CONSULTA EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

DIAS DE EVOLUCION	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
<1	3	2.4	136	35.9
1-2	45	35.7	150	39.6
3-4	41	32.5	57	15
5-6	15	11.9	15	3.96
7-8	13	10.3	14	3.7
10-12	2	1.6	5	1.3
13-15	5	3.9	1	0.26
15>	3	2.4	0	0
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recoleccion de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos.



CUADRO No 11

TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y ABORTO NO SEPTICO EN EI HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
(01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

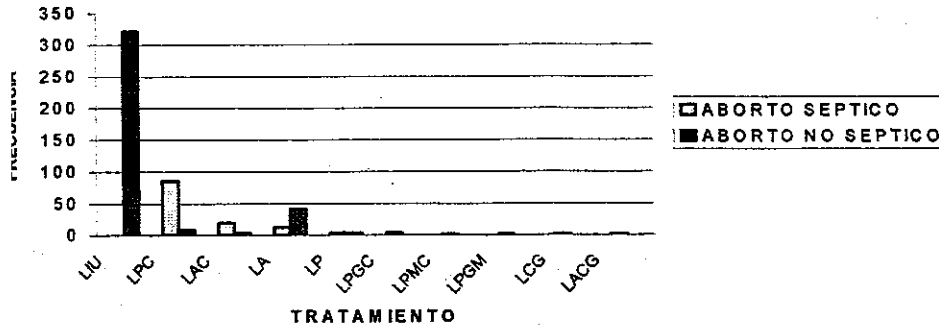
TRATAMIENTO	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
LIU	0	0	322	85.2
LPC	85	67.4	8	2.1
LAC	19	15	3	0.79
LA	12	9.5	41	10.8
LP	3	2.4	3	0.79
LPGC	3	2.4	0	0
LPMC	1	0.79	0	0
LPGM	1	0.79	0	0
LCG	1	0.79	0	0
LACG	1	0.79	0	0
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos.

L=LIU P=PENICILINA A=AMPICILINA C=CLORANFENICOL G=GENTAMICINA
M=METRONIDAZOL

GRAFICA No 11
TRATAMIENTO UTILIZADO EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
(01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)



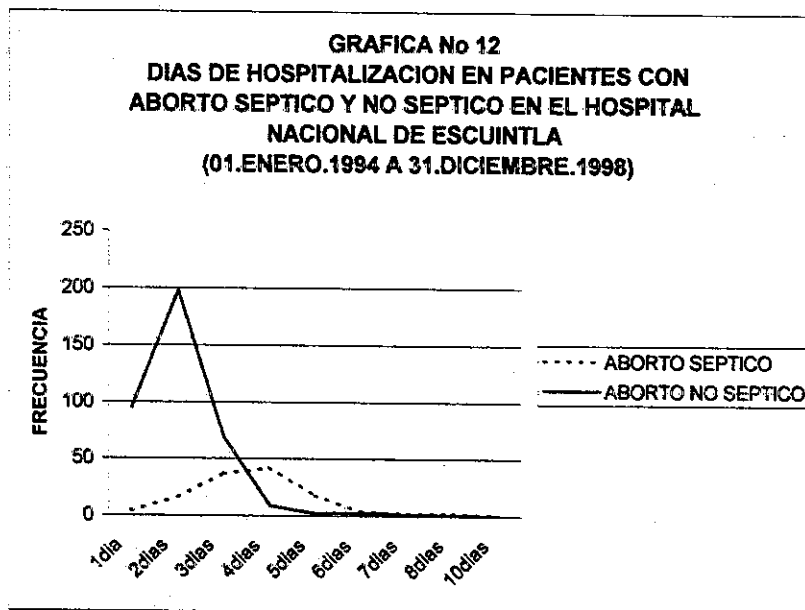
CUADRO No 12

DIAS DE HOSPITALIZACION EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

DIAS DE HOSPITALIZACION	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
1	4	3.1	95	25.1
2	16	12.7	198	52.4
3	37	29.3	69	18.2
4	42	33.3	9	2.4
5	18	14.2	2	0.5
6	4	3.1	3	0.8
7	2	1.6	1	0.2
8	2	1.6	1	0.2
10	1	0.79	0	0
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

*Muestra sobre un total de 3639 casos.



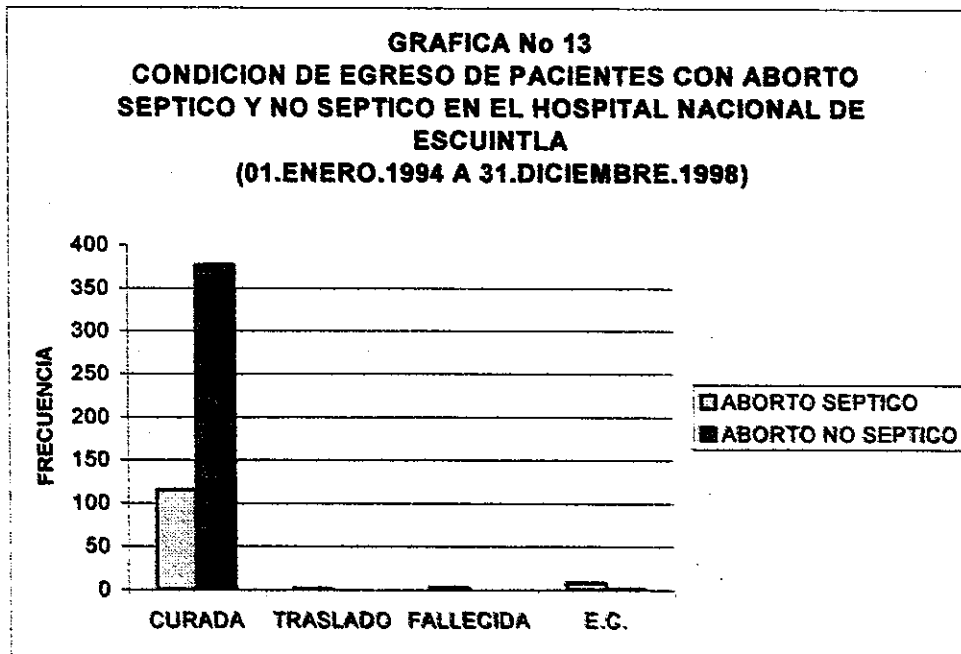
CUADRO No 13

CONDICIÓN DE EGRESO DE PACIENTES CON ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

CONDICIÓN DE EGRESO	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
CURADA	115	91.2	377	99.7
TRASLADO	1	0.8	0	0
FALLECIDA	2	1.5	0	0
EGRESO CONTRAINDICADO	8	6.3	1	0.3
TOTAL	126	100	378*	100

Fuente: boletas de recolección de datos

*Muestra sobre un total de 3639 casos.



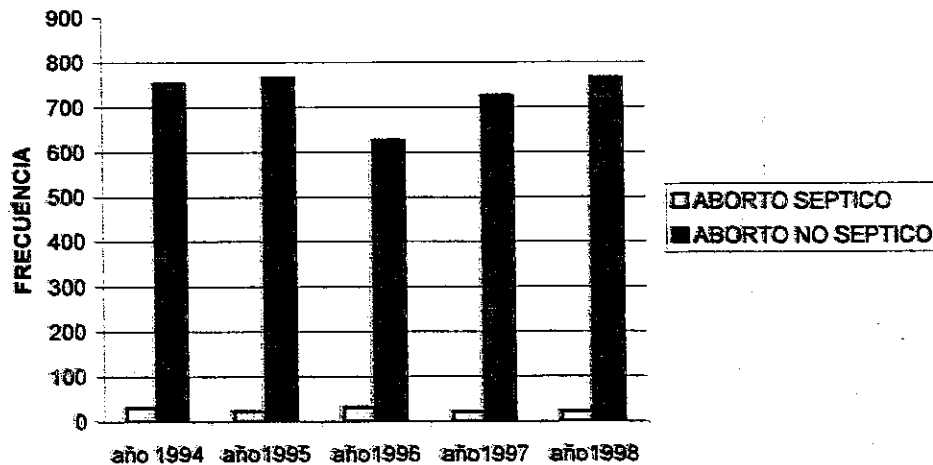
CUADRO No14

NUMERO DE ABORTOS SEPTICOS Y NO SEPTICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)

AÑO	ABORTO SEPTICO	%	ABORTO NO SEPTICO	%
1994	30	23.8	753	20.7
1995	22	17.4	767	21
1996	31	24.6	626	17.2
1997	22	17.4	726	19.9
1998	30	23.8	767	21
TOTAL	126	100	3639	100

Fuente: F6 registro y estadística Del hospital nacional de escuintla

GRAFICA No 14
 NUMERO DE ABORTO SEPTICO Y NO SEPTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA (01.ENERO.1994 A 31.DICIEMBRE.1998)



VIII. INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con las tablas y gráficas presentadas, se puede apreciar en el cuadro #1 que las edades con mayor frecuencia afectadas en ambos grupos fue entre los 15 y los 25 años y un número considerable en 25 y 30; por lo que el grupo mayormente afectado corresponde a personas que no han alcanzado madurez, como es el caso de las pacientes menores de 20 años, quienes por lo general no han tenido conocimiento necesario para manejar un embarazo, así como sobre la incidencia de embarazos no deseados, mismos que se ven incrementados en las primeras etapas de la edad fértil, que conlleva, aunque no lo admitan, a un aumento de abortos provocados.

En el cuadro #2 se observa que la mayoría de pacientes (48.4% y 55.8% en ambos grupos) eran unidas, lo que indica que no poseen una relación estable. En donde difieren los dos grupos en estudio, es que en el grupo de aborto séptico se presenta mayor frecuencia de pacientes solteras (35.8%) en comparación con el grupo de aborto no séptico(19.3%), en donde hay predominio de mujeres casadas (24.9% vs 15.9%). Lo anterior probablemente se debe a que las pacientes solteras, en un buen número, tienen embarazos no deseados, por lo que se deciden por la inducción del aborto, que conlleva un buen porcentaje de riesgo (como se menciona adelante) como desarrollar infección; mientras que las personas que se encuentran estables, en este caso las casadas, por lo general se encuentran con abortos no deseados, que no terminan en sepsis.

Debido a la falta de información en las historias clínicas, en el cuadro #3 se

presentan bastantes casos indocumentados acerca de la religión que profesan las pacientes, sin embargo, con los pocos datos recabados, podemos observar que predomina la religión católica, situación esperada ya que en Guatemala es la que predomina.

En los datos del cuadro #4 se observa que no hay diferencia importante en las pacientes que consultan por aborto, de procedencia urbana o rural en el departamento de Escuintla; lo cual demuestra que la falta de educación sexual influye a la población en general.

La información encontrada en los registros clínicos sobre el alfabetismo de las pacientes es bastante escasa, tal y como se puede observar en el cuadro #5. Sin embargo, con los pocos datos recabados, se presentó un predominio de analfabetismo en pacientes con aborto séptico, contrario a lo que sucede con el aborto no séptico; lo que se interpreta como falta de información escrita que recibe la paciente, unido a que el analfabetismo refleja una situación económica baja en la mayoría de los casos, que favorece la presencia del problema investigado.

Es interesante observar en el cuadro #6 que la mayoría de pacientes que consultaron, tienen como ocupación los oficios domésticos (96.8% y 98.1% respectivamente), lo que se debe, en un buen número de casos, a la falta de preparación académica para desempeñar un trabajo calificado y remunerado; además que refleja nuevamente un bajo nivel socioeconómico, ya que dependen únicamente de los ingresos de la pareja para su manejo.

El cuadro #7 no muestra diferencias acerca de la paridad de las pacientes en los dos grupos de estudio, aunque hay un leve predominio en pacientes primigestas y multigestas. Se considera como causa probable la mayor frecuencia de embarazos no deseados en primigestas, y por ende, aumento de abortos inducidos, además que, no cuentan con experiencia sobre cuidado prenatal; por el contrario, las multiparas a pesar de haber tenido la experiencia, la misma multiparidad las predispone a ser personas en riesgo de abortar.

Una tendencia decreciente de menor a mayor abortos previos, se observa en el cuadro #8, donde la mayoría de pacientes no tuvieron abortos previos al actual. Esto es debido a que, como ya se mencionó, una paciente sin aborto previo no tiene la experiencia ni el conocimiento de factores desencadenantes del aborto, a diferencia de las personas que ya han tenido algún aborto, quienes se cuidan más para evitar uno posterior.

El cuadro #9 presenta un dato muy importante, en donde difieren los dos grupos a estudio, ya que se encontró que el 21.4% de abortos sépticos admitieron haber sido manipuladas, mientras que en el aborto no séptico, solamente el 1.8% de pacientes admitieron dicho aspecto. Esto indica claramente, a pesar de no registrar a las pacientes que si fueron manipuladas y/o no lo admitieron, que la inducción del aborto está directamente relacionada con el aborto séptico.

El mayor número de días de evolución previo a la consulta, se dio en las pacientes con aborto séptico, con promedio de 4.2 días, mientras que en el otro grupo tuvo un promedio de 1.8 días, tal y como puede observarse en el cuadro #10. Ello justifica que cuantos más días se prolongue la consulta, más

probabilidad de contraer infección tiene la paciente, y viceversa.

El cuadro #11 ilustra como el aborto séptico presenta un impacto económico grande al sistema de atención de salud en relación al no séptico, ya que la mayoría de pacientes que no presentan infección, generalmente solo necesitan de un legrado instrumental uterino (LIU), y a veces también antibióticos profilácticos como la ampicilina; mientras que las personas con aborto séptico requieren, además de LIU, tratamiento con doble o triple antibiótico, siendo la combinación más utilizada en el hospital el uso de cloranfenicol y penicilina junto al LIU, lo que implica un mayor gasto al hospital.

En el cuadro #12 se observa que el pico de días de estancia hospitalaria en el grupo de pacientes con aborto séptico, se encuentra entre el tercer y cuarto día, con un promedio de 3.6 días; mientras que el grupo de aborto no séptico muestra el pico al segundo día con un promedio de 2.05 días. Obviamente ello obedece a que la paciente con infección necesita más días de tratamiento intrahospitalario.

En el cuadro #13 se puede observar la condición de egreso de la paciente, misma que es bastante satisfactoria, en virtud de que solamente el 1.6% de los casos por aborto séptico fallecieron, y no encontrándose mortalidad en las pacientes por aborto no séptico.

Finalmente en el cuadro #14 se presenta la frecuencia de casos por aborto séptico y no séptico ingresados en el Hospital Nacional de Escuintla en los últimos 5 años, encontrando que no ha habido cambios importantes, a excepción de 1996 en donde disminuyó el número de abortos no complicados, lo que

ndica que si bien no han aumentado el número de casos tampoco no ha
descendido, lo que probablemente sea debido a un deficit en un plan de acción a
nivel del área de salud, para prevenir estos problemas. Como comentario se
grega que existe un subregistro importante en estas patologías y se infiere que
el número de abortos sépticos en estos últimos años haya sido mayor.



IX. CONCLUSIONES

1. La frecuencia del aborto séptico fue de 126 casos y de 3639 casos de aborto no séptico en los últimos 5 años.
2. La tendencia de atención a nivel del Hospital Nacional de Escuintla por aborto séptico y no séptico en los últimos 5 años, no ha variado.
3. La edad de la mayoría de los casos atendidos está comprendida entre los 15 y 25 años.
4. El estado civil dominante fue el de unión (48.4 y 55.8% respectivamente) en ambos grupos. Además, sobresalen en el grupo de aborto séptico las solteras (35.8%) y en el grupo de aborto no séptico las casadas (55.8%).
5. Las pacientes atendidas profesan en su mayoría la religión católica y se dedican a los oficios domésticos. Predomina el analfabetismo en los casos de aborto séptico, y no se encontró diferencia en la procedencia (urbana-rural) del grupo estudio.
6. Las pacientes primigestas y multigestas predominaron en ambos grupos, y en la mayor parte de los casos no existe antecedente de abortos previos.
7. El grupo de pacientes con aborto séptico presentó mayor frecuencia de manipulaciones en relación al aborto no séptico (21.4% vs 1.85%).
8. El aborto séptico ocasiona mayor gasto hospitalario al requerir doble o triple antibiotico además del legrado, y tiene un promedio de 3.6 días de estancia hospitalaria, mientras que el aborto no séptico, en su mayoría de veces solo requiere legrado Instrumental Uterino, y un promedio de estancia hospitalaria de 2.05 días.
9. La mortalidad por aborto séptico en el hospital nacional de escuintla en los últimos 5 años es de 1.6%.

X. RECOMENDACIONES

1. Implementar medidas de educación en salud para la prevención del aborto.
2. Educar y adiestrar a las comadronas del área, sobre como manejar un aborto, y evitar que induzcan el mismo.
3. Promover el control prenatal en mujeres embarazadas.
4. Difundir campañas para prevención del embarazo.
5. Discutir por parte de las autoridades, la legislación del aborto.

XI. RESUMEN

El presente es un estudio de tipo retrospectivo comparativo, en el que se analizaron las características epidemiológicas del aborto séptico y no séptico en el hospital nacional de Escuintla. Se tomó el universo del aborto séptico que fue de 126 casos y una muestra de aborto no séptico de 378 casos que representa una relación de 1:3 durante el período del 01 de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998. Se encontró que no hubo variación en cuanto a la atención hospitalaria durante los últimos 5 años, en los dos grupos, y la mayor diferencia que se encontró entre los dos grupos a estudio fue un mayor índice de manipulación de pacientes que presentaron aborto séptico (21.4% vs 1.85%). El grupo etareo mayormente afectado se encontró entre los 15 y los 25 años (66% y 52.2% respectivamente). En ambos grupos predomina el estado de unión (48.4% y 55.8% respectivamente), y en el grupo de aborto séptico es seguido por las solteras (35.8%). Aunque en el mayor número de casos no se documentó la religión que profesan y el alfabetismo de las pacientes, hay un leve predominio de la religión católica en ambos grupos, y analfabetismo en el grupo de casos con aborto séptico. Aunque se esperaba una diferencia en la procedencia del grupo en estudio, se encontró que la misma no es de importancia. La ocupación predominante de las pacientes fue los oficios domésticos. Las primigestas, multigestas y sin presentar abortos previos fueron los principales antecedentes que presentó el grupo. Se evidenció que el grupo de aborto séptico representa mayor gastos para el hospital en términos de días de hospitalización, y utilización de antibióticos. Se recomienda hacer campañas de información, adiestramiento de comadronas, y campañas informativas para la prevención del embarazo.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Alfaro, Mario. ABORTO SEPTICO. Protocolo de manejo. Departamento de maternidad Hospital Roosevelt.
- DICCIONARIO MEDICO SALVAT. 3ª Ed. Editorial Salvat. México. 1982.
- Flores, Miriam; Barrios, Luis & Sacahui, Oscar. GUÍA PARA ELABORAR PROYECTOS DE INVESTIGACION. Documento elaborado por El programa de Especialidades clínicas. Area de investigación. USAC. Guatemala.
- Grajales, L. et al. El costo estimado del aborto en la maternidad Maria Cantera de Remon, 1990. REVISTA CENTROAMERICANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 1997 Enero-Abril vol. 7 (1) pp 33-36.
- Goodman & Gilman. LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. 6ª. Ed. Interamericana. México. 1991.
- International Family Planning Perspectives. REASONS WHY WOMEN HAVE INDUCED ABORTIONS: EVIDENCE FROM 27 COUNTRIES. Septiembre, 1998. 24 (3); pp 117-127 & 152.
- Oficina Nacional de la mujer ONAM Adscrita al ministerio de trabajo y prevision social, Guatemala. Informe de cuarta conferencia mundial de la salud. ACCION PARA LA IGUALDAD EL DESARROLLO Y LA PAZ. Pp 113.
- OMS. COMPLICACIONES DEL ABORTO. 1ª. Ed. Editorial OMS. México. 1992. Pp 11-31.
- Moore, Keith. EMBRIOLOGIA BASICA. 3ª Ed. Interamericana. México. 1990. Pp 1-95.

10. Nelson. TRATADO DE PEDIATRIA. 13ª Ed. Interamericana. 1989. Pp. 6-10, 385-392.
11. Rosito, Luis. ABORTO SEPTICO. Tesis para optar al grado de Medico y Cirujano de La Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1990.
12. Ruano Cruz, Samira Maribel. INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD CAUSADA POR ABORTO SEPTICO. Tesis para optar al grado de Medico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1994.
13. Schieber, Barbara, et al. Análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en Zonas rurales de Guatemala. BOLETIN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. 1994. Vol. 28 (3).
14. Schaefer George. COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 1ª Ed. Salvat. 1989. Pp 74-136.
15. Schwarz, Richard. INFECTIOUS DISEASES IN GINECOLOGY. 4ª Ed. Mosby. U.S.A. 1990. Pp 95-100.
16. Schwarz, Richard. OBSTETRICIA. 5ta Edición. Buenos Aires. 1990. Pp 152-158.
17. Williams. OBSTETRICIA. 4ª Ed. Masson. México. 1996. Pp 55-75, 201-230, 649-672.

9. Numero de Abortos:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. > 3

10. Fue inducido o manipulado el aborto:

- a. Si
- b. No

11. Tiempo de evolución previo a la consulta (días):

12. Tratamiento que recibió:

13. Días de hospitalización

14. Condición de egreso:

- a. curada.
- b. Traslado
- c. Falleció.