

*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas - León.
Informe final de investigación*



**El aborto en el Hospital Materno Infantil de
Chinandega: Características, manejo y
evolución. Enero a Julio de 1,999.**

Autora:

Bra. Gilda Montealegre Schmidt

Tutores:

Dr. Juan Almendárez Peralta¹
Dra. Yasmina Mayorga O'connor²

Octubre del 2,000.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía, Maestro en Salud Pública. Docente del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de León.

² Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Gineco – Obstetricia HEODRA León.

181.112
C. 2



W
42
M772a
2000

DEDICATORIA

SCS
CS
CS
CS

Dedico esta Obra a mis hijos:

William Ernesto, Marie-Désirée y Alain-François por estimularme en seguir adelante para lograr mis objetivos.

A mi esposo William d'Arbelles por su comprensión y apoyo .

A mis padres Ernesto Montealegre y Socorro Schmidt por su amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Mente Sapientísima y Eterna (DIOS) por haber permitido realizar mis sueños.

A mi tutora: Dra. Yasmina Mayorga O'connor, por su tutoría, orientación científica y gran voluntad en la realización de esta investigación.

A mi Asesor: Dr. Juan Almendárez Peralta, por su gran dedicación, disponibilidad y orientación constante en la realización de este estudio.

Al Dr. Iván Dávila Espinoza por su consejería y apoyo incondicional en todo momento.

A mi suegra Señora Melba d'Arbelles por brindarme siempre su confianza y apoyo en todos mis proyectos.

Al personal de Estadística del Hospital Materno Infantil de Chinandega por su amabilidad y colaboración en la realización de este estudio.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos en el Hospital Materno Infantil de Chinandega con el objetivo de estudiar y conocer más a fondo la problemática del aborto que fue resuelto en este centro asistencial durante los meses de Enero – Julio de mil novecientos noventa y nueve. La fuente de información fue a través de la revisión de doscientos expedientes de mujeres que fueron atendidas por este problema.

Se encontró que la edad más frecuente de las mujeres afectadas osciló entre 19 – 34 años, con grado de escolaridad baja, siendo los conocimientos primarios los más relevantes y un 7% analfabetas. En un 72.5% estas pacientes pertenecían al Estado Civil “acompañadas”. Más de la mitad tenían una procedencia rural y se dedicaban a labores domésticas, sin pago alguno, situándolas automáticamente en familias de escasos recursos.

El Municipio de Chinandega presentó mayor proporción de abortos espontáneos incompletos, ésto se debe por ser el más grande poblacionalmente y tener mayor cantidad de mujeres en edad reproductiva con fácil acceso al Hospital. La anemia fue la complicación más frecuentemente encontrada en estas pacientes. El período donde ocurrió con más frecuencia el aborto fue en las primeras 12 semanas, coincidiendo con la literatura consultada.

Estas pacientes fueron manejadas, en la gran mayoría de las veces, de acuerdo al cuadro clínico que presentaron, enviándose exámenes rutinarios y complementarios según si el caso lo ameritaba. El Legrado Uterino por Aspiración fue el tipo de resolución del aborto más practicado. Las pacientes presentaron buenas condiciones al egreso y llevaban cita de control al Centro de Salud y recomendaciones para una adecuada planificación familiar.

Se concluye que es necesario orientar a la población en la necesidad de llevar una buena planificación familiar y en caso de gestación realizar un temprano y adecuado control prenatal en el Hospital o en el Centro de Salud más cercano.

INDICE

Contenido	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEORICO	4
MATERIAL Y METODO	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	26

INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina independiente. También se puede definir como la expulsión de la totalidad o una parte de la placenta o de las membranas, sin feto identificable o con un producto cuyo peso es inferior a 500 gramos y menor de 20 semanas de gestación. (4,8,15)

Se calcula que entre el 10% y el 15% de todos los embarazos terminan en abortos y más del 80% ocurren en las primeras 12 semanas de gestación. (5,15,17) Como causa más común se encuentran las anomalías del embrión debido a defectos cromosómicos que llegan a producir un desequilibrio enzimático que perturba la embriogénesis llevando a la muerte del huevo y a su expulsión. Otras causas son las anomalías del útero que afectan su crecimiento y expansión, por ejemplo los fibromas y las malformaciones congénitas, útero en retroversión, etc. También se incluyen los daños efectuados a nivel del cuello uterino como los desgarros que se producen durante el nacimiento o procedimientos quirúrgicos como dilataciones o amputaciones cervicales. (5,15,17)

Las enfermedades maternas, incluyendo infección aguda viral, fiebres altas, nefritis crónicas, insuficiencias cardíacas, producen anoxia fetal ocasionando de esta manera el aborto. También los errores en el metabolismo del ácido fólico, el cual es necesario para el desarrollo fetal, podrían resultar en muerte fetal. (5,15,17)

Ciertas drogas, especialmente agentes citotóxicos podrían interferir en el proceso normal de la división celular y las prostaglandinas también pueden causar abortos estimulando las contracciones uterinas. (5,15)

También los traumas aplicados directamente a la cavidad uterina podrían desencadenar este proceso. Los factores hormonales, por ejemplo, la reducción en la secreción de progesterona generalmente produce abortos durante 10-12 semanas de gestación que es el momento cuando la placenta toma el control de la producción de hormonas cesando así el cuerpo lúteo. (5,15,17)

En el HMICH, Silais Chinandega, encontramos un ligero incremento de abortos durante el período comprendido de enero-julio del año 99 y es de especial interés estudiar el aborto espontáneo y sus variantes clínicas, por considerarlo como una urgencia Obstétrica debido a los riesgos de complicaciones.

A partir de un adecuado conocimiento nosotros seremos capaces de iniciar una terapéutica de urgencia adecuada y así evitar complicaciones complejas que pondrían en peligro la vida de las pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar las características socio-bio-epidemiológicas relacionadas al aborto y su manejo en el Hospital Materno Infantil de Chinandega, en el período de Enero - Julio de 1999.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la distribución de las pacientes de acuerdo a grupos etáreos, estado civil, escolaridad, ocupación y procedencia.
2. Identificar los diagnósticos de Ingreso más frecuentemente encontrados y las complicaciones presentadas.
3. Enumerar los medios diagnósticos utilizados en la población de estudio.
4. Determinar el método más frecuentemente utilizado en la resolución del aborto.

MARCO TEORICO

1. **Definición:** Aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. (1,15)

La incidencia de aborto espontáneo aumenta con la edad materna y se incrementa después de los 35 años y tiene su máxima frecuencia después de los 40 años. (5)

2. **Etiología:** Es importante saber diferenciar los factores fetales de los maternos y a su vez de las causas externas. (5)

2.1. **Factores Fetales:** Las causas fetales se relacionan con la patología del huevo fecundado, con las anomalías localizadas en el mismo embrión y las anomalías de la placenta.

Las alteraciones cromosómicas son las más frecuentes y 3/5 partes están representadas por trisomías, triploidia y monosomía, siendo las trisomías las más frecuentes. Por lo tanto se deduce que el 60% de los embriones o fetos expulsados presentan anomalías congénitas incompatibles con la vida. (5,17)

2.2. **Factores Maternos:** Entre ellas tenemos las Infecciones que son las más importantes, por ejemplo las pielonefritis, los procesos respiratorios altos, paludismo y la fiebre tifoidea. Estas son capaces de desencadenar el aborto por la hipertermia que acompaña a todo proceso infeccioso ya que es capaz de provocar la actividad uterina. (5,15)

Las enfermedades virales durante el primer trimestre se acompañan frecuentemente de aborto y malformaciones congénitas mayores, entre ellas tenemos: La rubéola, herpes y el citomegalovirus. Otras menos frecuentes son: poliomielitis, varicela y parotiditis.

Entre las enfermedades producidas por protozoarios tenemos la toxoplasmosis y el paludismo.

2.2.2 Enfermedades endocrinas: El hipo y el hipertiroidismo pueden desencadenar aborto cuando no se tratan adecuadamente, también la diabetes en estado avanzado y con daños vasculares.

La endometriosis es una causa de esterilidad y cuando se logra un embarazo después de efectuar su tratamiento existe una mayor posibilidad para que ocurra el aborto.

La insuficiencia del cuerpo lúteo es una de las principales causas de aborto endocrino.

2.2.3 Factores Inmunológicos: Se ha observado mayor incidencia en los casos de incompatibilidad ABO en los cuales se ha demostrado la presencia de hemolisinas.

2.2.4 Anomalías Uterinas:

- Malformaciones del cuerpo uterino: útero septado o doble.
- La Incompetencia cervical congénita o adquirida. Se considera que el tono a nivel del istmo uterino juega un papel importante para el sostenimiento de la gestación.
- Los miomas sobretodo aquellos de localización submucosa.
- Las sinequias uterinas (Síndrome de Asherman), que se diagnostican con mayor frecuencia con el uso de la histeroscopia, son causadas por la destrucción de grandes superficies del endometrio por curetaje. (5)

2.2.5 Cirugías: La extirpación de los ovarios o al menos del cuerpo lúteo verdadero se acompaña de aborto espontáneo.

La manipulación del útero durante la cirugía abdominal puede estimular la actividad uterina durante el primer trimestre de embarazo.

2.3. Factores Externos

- El uso indiscriminado de radiaciones ionizantes y de ciertas drogas durante el primer trimestre se ha relacionado con una incidencia mayor de abortos espontáneos.
- Entre las drogas mencionamos: la cloroquina, los antineoplásicos, los metales pesados y los hipoglicemiantes orales.
- Las intoxicaciones con arsénico, plomo, mercurio, fósforo, también son causas de abortos espontáneos. (15)
- Los traumatismos sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica se pueden aceptar como causa directa pero es necesario que el embrión o feto tenga un desarrollo normal hasta el momento de ocurrir el traumatismo, además el aborto se debe producir inmediatamente después del trauma.

3. Clasificación: Por su iniciación puede ser Espontáneo y Provocado o Inducido. En el primer caso, el aborto se produce por un mecanismo natural sin que se realice ninguna maniobra para terminar la gestación. En el inducido la terminación se efectúa deliberadamente utilizando una o varias maniobras o procedimientos con la única intención de facilitar la expulsión del feto. (5,8,11)

Dentro del aborto inducido se presentan las siguientes posibilidades: CRIMINAL Y TERAPÉUTICO. (5,11,17)

Aborto Criminal: Es la interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación por indicaciones sociales, económicas, falla de método anticonceptivo, etc., ejecutados por maniobras, medicamentos o instrumentos. (11)

Terapéutico: Es la interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación por indicación médica, debido a patologías maternas que son agravadas por el embarazo, por patologías maternas que repercuten negativamente sobre el crecimiento y desarrollo fetal y compromete la vida del binomio madre-hijo. (11)

Evolución: Para que ocurra un aborto es necesario un tiempo entre la iniciación de los síntomas y la finalización del proceso. Se trata entonces de un proceso evolutivo que se inicia con la etapa de amenaza de aborto y termina con la expulsión parcial o total del contenido uterino, siendo la hemorragia el principal síntoma. (5)

Clasificación del Aborto Espontáneo. (11)

3.1. Según evolución Clínica:

- Amenaza de aborto.
- Aborto en evolución, Aborto inminente o Aborto en curso.
- Aborto inevitable
- Aborto diferido.
- Aborto habitual
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto infectado

Amenaza de Aborto: Se caracteriza por la aparición antes de las veinte semanas de embarazo, de las siguientes condiciones, independientes o combinadas:

- Dolor Lumbo-sacro y en hipogastrio tipo cólico.
- Sangrado transvaginal escaso proveniente de cavidad uterina.
- Orificio cervical externo permeable o no, con cuello uterino reblandecido.
- Crecimiento uterino de acuerdo con amenorrea y vitalidad ovular. (11)

Aborto en Evolución (Aborto inminente o Aborto en curso): Es aquel que como consecuencia de la actividad uterina (contracciones dolorosas intermitentes y progresivas) ha producido modificaciones cervicales irreversibles (borramiento y dilatación), presencia o no de sangrado de origen endouterino de magnitud variable. (11)

Aborto Inevitable: Esta caracterizado porque en ausencia de modificaciones cervicales se produce cualquiera de estas condiciones (independiente o combinadas):

- Ruptura del saco amniótico.
- Pérdida de la vitalidad ovular.
- Sangrado profuso que compromete la vida de la mujer. (11)

Aborto Diferido (huevo muerto retenido, aborto frustrado o fallido): Es aquel en el que se presenta la muerte del producto de la concepción dentro del útero, y éste no se expulsa, por un período de tiempo de cuatro semanas o más. (11)

Aborto Habitual: Se considera a aquel que ha sucedido en forma espontánea en tres o más ocasiones consecutivas, o bien, cinco o más, intercalados con embarazos normales. (11,17)

Aborto Incompleto: Es la expulsión de una parte del producto de la concepción, con persistencia de restos en la cavidad uterina. Es una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas el aborto. (11,17)

Aborto Completo (Consumado): Es la expulsión total del producto de la concepción, constituye una forma excepcional de terminación del aborto. (11)

Aborto Infectado (Séptico): Son aquellos casos en que se agrega una infección uterina, en cualquiera de las formas clínicas del aborto. (11)

4. Tratamiento

Esta en dependencia del cuadro clínico:

Amenaza de Aborto: El principal tratamiento es el reposo, la sedación de la madre, antiespasmódicos y evitar el coito. (8)

Aborto en evolución: Hospitalización de la paciente, corrección de líquidos y electrolitos, vaciamiento del contenido uterino mediante LUI o LUA según semanas de gestación. (5,18)

Aborto Inevitable: Es necesario la hospitalización de la paciente, la aplicación de líquidos intravenosos para evitar el choque hipovolémico, la inducción de la expulsión fetal y luego la realización del vaciamiento uterino por medio del LUI o LUA si el embarazo es menor de 12 semanas de gestación, si éste es mayor de 12 semanas entonces se esperará la expulsión del feto y luego se procederá a la limpieza de la cavidad uterina por medio del LUI. (5,8,13,18)

Aborto Incompleto: Luego de iniciar manejo de líquidos y electrolitos el tratamiento inmediato deberá ser el vaciamiento digital o instrumental del útero. Para elegir el proceso (LUA o LUI) se tendrá en cuenta el tamaño del útero (semanas de gestación). (5,13,18)

Aborto Diferido: Es necesario hacer la inducción, esperar la expulsión del producto, y luego limpiar la cavidad uterina mediante el LUI si el embarazo es mayor de 12 semanas de gestación, si es menor de 12 semanas se procederá a realizar el vaciamiento uterino mediante el LUA. De esta manera se evitará las dos complicaciones más importantes que ocurren con mayor frecuencia y que son: la Coagulación Intravascular Diseminada y la Infección. (5,13,18)

Aborto Séptico: El tratamiento de la infección y el control de la hemorragia son los pilares básicos del manejo inicial. (1)

Es necesario considerar en este tipo de aborto:

- Tratamiento médico general
- Tratamiento médico específico
- Tratamiento del foco séptico uterino.

En el tratamiento médico general se debe considerar corregir la anemia, corregir los trastornos hidroelectrolíticos, trastornos de la función renal y función pulmonar. (1)

El tratamiento médico específico se maneja con antibióticos. El régimen de antibióticos administrados son altas dosis de penicilina, un aminoglucósido y un agente activo contra las bacterias anaerobias. La penicilina G sódica en altas dosis, 2-4 millones de unidades IV cada 4-6 horas, combinadas con Gentamicina en dosis de 1.5mg/kg a 2 mg/kg cada 8-12 horas, permite controlar el desarrollo de E. Coli, Proteus Mirabilis, y Pseudomonas. La Clindamicina, en dosis de 600 mg IV cada 6-8 horas, es efectiva contra bacterias anaerobias como bacteroides y clostridium. También se tiene cobertura para anaerobios con Metronidazol 500mg IV cada 8 horas, otra alternativa es el uso del Cloranfenicol.

(1,6)

Manejo del foco séptico: Si la paciente esta estable puede ser trasladada directamente al quirófano para practicarle el legrado. La eliminación rápida del tejido infectado es esencial. El legrado se recomienda practicar hasta que se alcance el nivel terapéutico de antibióticos. Si la paciente no responde a las medidas de soporte y al legrado y se aísla Clostridium Perfringes en la cavidad endometrial o en la sangre, es posible que se requiera una histerectomía. (1,6)

Extracción del Material Intrauterino:

El procedimiento clásico es el curetaje o raspado con cucharillas fenestradas de diferente tamaño. Se fija el cuello con un tenáculo de Pozzi o Musset, que toma el labio anterior del cuello uterino: Se realiza histerometría para obtener la dimensión de la longitud de la cavidad. Luego se raspa con la cucharilla la pared del útero siguiendo un

orden determinado para no dejar zonas sin raspar. Es recomendable no extraer la cucharilla hasta no completar el procedimiento de raspado de la cavidad, solo para cambiarla por otra de diferente tamaño, pues cada introducción es un riesgo de perforación. (8)

Otro procedimiento de extracción de material endouterino es la aspiración a través de un catéter especialmente adaptable al cuello uterino y que utiliza una bomba de vacío: La AMEU, que es un procedimiento menos traumático para el útero o el cuello uterino ya que utiliza jeringas con cánulas flexibles de plástico proporcionando un método seguro, apropiado, efectivo para evacuar el contenido uterino o para obtener muestras para examen patológico. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de los casos pueden ocurrir una o más de las siguientes complicaciones: evacuación incompleta, perforación del útero, hipotensión, reacción vagal, infección pélvica, hemorragia, hematometra agudo, embolismo de aire. (18)

La aspiración manual endouterina puede efectuarse fuera del quirófano, en consulta externa, o en el servicio de urgencias. Fomenta el empleo de la anestesia local con un tranquilizante mediano en vez de la anestesia regional o general que implican riesgos mayores, encontrándose la paciente en estado consciente. Este tipo de anestesia proporciona un alto nivel de seguridad, máxima participación de la paciente y provoca alteraciones fisiológicas mínimas lo que permite que el útero se contraiga firmemente y se logre una recuperación rápida. (18)

No debe efectuarse este procedimiento en pacientes con grandes fibromas sin contar con el apoyo de un servicio de urgencias, debido al riesgo de evacuación incompleta en el caso de un aborto incompleto; esta contraindicado también en la presencia de cervicitis aguda purulenta o de infección pélvica. Ante la presencia de infección o sepsis el procedimiento debe realizarse bajo amplia cobertura de antibióticos. (18)

5. Complicaciones del aborto.

5.1. **Complicaciones Tempranas:** Hemorragias: Son las más frecuentes y las más graves en los abortos de 13-19 semanas de gestación.

Las causas son: retención de restos placentarios, atonía uterina, hipofibrinogenemia que se da en fetos muertos de abortos tardíos.

Laceraciones de cuello y Perforación Uterina: Se pueden dar en el momento en que se resuelve el aborto por falta de destreza para realizar el legrado.

Infección: que puede ser localizada o propagada, entre ellas se encuentran endometritis, cervicitis, que se pueden propagar a través de las trompas de Falopio pudiendo producir pelviperitonitis, peritonitis generalizada, salpingitis, ooforitis. (8)

5.2. **Complicaciones Tardías:** Esterilidad como secuela del aborto séptico por obstrucción de las Trompas de Falopio y por el legrado excesivo de la cavidad endometrial (síndrome de Asherman) al extraer la mayor parte de la capa basal endometrial provocando adherencias de la cavidad endometrial factor que impedirá el pasaje de los espermias o la implantación del huevo fecundado. (8)

Las lesiones del cuello uterino pueden condicionar la incompetencia cervical y el aborto habitual. (8)

Las maniobras del aborto pueden condicionar la estenosis del cuello uterino considerándose ésta otra causa de esterilidad femenina.

Alteraciones Menstruales: Amenorreas y Sangrados anormales provocadas por legrados a repetición (sinequias). (8)

La Salud Mental de las mujeres puede verse afectada. (8)

MATERIAL Y METODO

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos.

Población de Estudio:

Comprende 200 expedientes correspondientes a mujeres en edad fértil que fueron ingresadas en el Hospital Materno Infantil de Chinandega en el período correspondiente al estudio (1 de Enero al 31 Julio de 1999) y cuyo diagnóstico de ingreso fue el aborto en cualquiera de sus manifestaciones clínicas.

Fuente de información:

Secundaria, para ello se solicitó permiso al departamento de Estadística para revisar expedientes clínicos, registros médicos y estadísticas.

Procedimientos para la recolección de datos:

La información a recolectar fue seleccionada a partir de los libros de estadística, donde se identificó y seleccionó a los expedientes que correspondieron al diagnóstico de ingreso y egreso en el período de estudio. Se solicitó el expediente seleccionado, se revisó la información requerida y se registró en un instrumento elaborado para cumplir con los objetivos del trabajo (Ver anexos).

Procesamiento y Análisis de Información:

Los datos fueron procesados y analizados manualmente mediante la técnica de los palotes.

Se elaboró tablas de frecuencia simple de cada una de las variables de estudio.

Los resultados se expresan en tablas y gráficos.

Operacionalización de Variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento de su ingreso al hospital.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • 14-18 años • 19-34 años • > 35 años
Ocupación	Actividad económica que ejerce una mujer para conseguir el sustento de ella y su familia.	Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Obrera • Doméstica
Procedencia	Lugar donde habitualmente reside una persona.	Interrogatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Antecedentes de abortos	Existencia de historia personal de la mujer que ha tenido otros abortos	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 • 2 • 3 ó más
Paridad	Números de bebés nacidos por vía Vaginal	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Bigesta • Trigesta • Multigesta
Causa de aborto	Mecanismo etiológico de interrupción del embarazo	Entrevista y evaluación clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo • Provocado • Terapéutico

Tipo de aborto	Es el estado en que se encuentra el proceso de evolución del aborto.	Examen físico	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de aborto • Aborto en curso • Aborto Inevitable • Aborto Diferido • Aborto Incompleto • Aborto Completo
Tratamiento	Manejo terapéutico empleado para la resolución de los problemas relacionados con el proceso de aborto.	Registro clínico	<ul style="list-style-type: none"> • LUI • AMEU • Laparotomía
Complicaciones	Eventualidades no deseadas que se presentan al ingreso o en la estancia hospitalaria.	Registro clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Hemorragias • Perforación • Choque Hipovolémico • Sépsis
Egreso	Condición de la paciente al momento de dejar la sala de ginecología del hospital	Registro clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Abandono • Defunción

RESULTADOS

Se consultaron 200 expedientes con diagnóstico de aborto pertenecientes a mujeres que fueron ingresadas en la sala de ARO I del Hospital Materno-Infantil de Chinandega durante el período de Enero-Julio de 1999 encontrándose los siguientes resultados:

Se encontró una frecuencia de 68.5 abortos por cada 1000 partos atendidos en dicho hospital en el período de estudio.

El grupo etáreo más frecuentemente encontrado en los casos de abortos fue el comprendido entre 19-34 años, obteniendo un 67%, seguido por el grupo de 14-18 años al que correspondió el 20%. (Ver gráfico 1).

El 72.5 % de las mujeres tenían una unión estable o acompañadas, seguidas por el grupo de las casadas y por último el de las solteras. Su grado de instrucción fue elemental, siendo los conocimientos primarios (71%) el de mayor porcentaje y la educación universitaria obtuvo solamente el 2%, sin olvidar el hecho de haber encontrado a 14 mujeres (7%) viviendo en el mundo del analfabetismo. El 95% de ellas realizaba labores domésticas, representando al grupo de profesionales el 1.5%. (Ver cuadro 1).

102 mujeres (51%) procedían del área rural y el 49% (98 mujeres) del área urbana. (Ver gráfico 2).

El Municipio de Chinandega, cabecera departamental, presentó el mayor índice de abortos (43.5%), seguido en orden de incidencia por: El Viejo (20%), Chichigalpa (9.5%), Villanueva (8%) y Corinto (6.5%), siendo los pueblos del Norte como San Francisco, Cinco Pinos y San Pedro los que obtuvieron la menor proporción de aborto (1%). (Ver cuadro 2).

El 70% de las pacientes no tenían ningún antecedente de aborto y el 2% fue considerado como abortadoras habituales. El 39% de las pacientes ingresadas no había tenido hijos y el 61% ya tenían 1 o más. (ver cuadro 3)

El tipo de aborto que se presentó en un 95% fue el aborto espontáneo, siguiéndole el aborto provocado en un 5%, siendo la sonda el instrumento más utilizado (2.0%) para ocasionarlo. (Ver cuadro 4).

El cuadro clínico más diagnosticado fue el de aborto espontáneo incompleto (67%) seguido por la amenaza de aborto (11%) y el aborto en curso (9%), siendo el aborto diferido el de menor frecuencia (2%). La Anemia, principal complicación del aborto en este estudio, se presentó en 25 mujeres (12.5%), siendo la hemorragia (9%) la segunda en orden de importancia, sin embargo, cabe señalar que el 77.5% no presentó ninguna complicación y el aborto se resolvió sin novedad. (Ver cuadro 5).

Este proceso evolutivo se presentó sobretodo en las primeras 9-12 semanas de gestación (48.5%), siendo menos frecuente después de las 12 semanas en donde lo encontramos con un 8% y es catalogado como aborto tardío. (Ver cuadro 6).

El método diagnóstico que se envió en un 100% fue el HCTO, BHC en un 86%. Tipo y Rh en un 60%. Pruebas Hepáticas y Pruebas de Coagulación se realizaron en un 11%. El examen de malaria se envió a 75 mujeres (37.5 %) ya que es un problema endémico de la población y a la vez se considera causa etiológica del aborto. También se utilizó el ultrasonido en un 11% (22 mujeres) como medio diagnóstico. (Ver cuadro 7).

El método de resolución del aborto más empleado fue el LUA o AMEU (92%) dado que la mayor incidencia de aborto se presentó en las primeras 12 semanas de embarazo. (Ver gráfico 3).

En referencia a la estancia hospitalaria, el 77% (154 pacientes), permaneció solamente un día ya que este proceso se resolvió rápidamente y sin novedad. (Ver cuadro 8).

DISCUSIÓN

Por medio del presente estudio se encontró que ingresaron 200 casos de aborto y se atendieron 2920 partos en ese período y lugar determinados (enero-julio de 1999) lo que nos da una frecuencia de 68.5 abortos por cada 1000 partos atendidos en dicho hospital. Esta cifra puede parecer excesiva, sin embargo hay que considerar que muchos partos son atendidos por los servicios de atención primaria y por las parteras en todos los municipios del departamento y que la mayoría de los abortos pueden ser atendidos por el hospital materno infantil y algunos sectores privados. Esto puede hacer que las verdaderas cifras de abortos sean menores en relación con los partos producidos.

La edad de la mayoría de las pacientes (134 mujeres) oscilaba entre 19-34 años. Es en este grupo etéreo donde se producen la mayor cantidad de abortos ya que es considerado el período de la edad fértil. La unión estable o "Acompañadas" predominó sobre las solteras y casadas. Este tipo de unión condiciona un estado de inestabilidad tanto económica como emocional para la mujer, ya que el compañero puede irse en cualquier momento y ésto puede influir enormemente y a la vez ser considerado como un factor asociado al aborto provocado sobretodo en el caso de un embarazo no deseado debido a problemas de prole numerosa o a dificultades de índole estrictamente económicas. La escolaridad de la población en estudio nos revela su bajo nivel de cultura y de conocimientos, por lo que las hace ser mujeres de hogar sin empleo remunerado, es decir, son dependientes económicamente de sus compañeros con el único papel de ser coprocreadoras de su familia. El 95% de las mujeres desempeña trabajos domésticos, por lo tanto, ese hogar se mantiene con un solo salario y automáticamente las sitúa en un nivel económico bajo con probablemente problemas de nutrición, anemias, problemas infecciosos y de higiene haciéndolas susceptibles de sufrir abortos espontáneos.

En este estudio prevaleció la mujer de procedencia rural. Hubo un ligero margen del 2% de superioridad con respecto a la procedencia urbana, probablemente ésto se debió a que al Hospital recurre la mayoría de la gente de escasos recursos y la población urbana de mejor condición económica y con trabajo puede ser asistida en clínicas previsionales y privadas sin tener éste acceso a una estadística global de esas dependencias.

Chinandega, cabecera departamental, fue el municipio que obtuvo la mayor cantidad de abortos debido a que tiene el mayor número de mujeres en edad fértil, por tener más habitantes y éstas a su vez tienen mayor acceso al hospital.

En el 70% de las pacientes (140) no se encontró ningún antecedente de aborto, 2% de mujeres se catalogan como abortadoras habituales. En el 39% de ellas, encontramos que su primer embarazo debutó con un aborto. Según la literatura médica, el antecedente de aborto previo en la historia reproductiva de la mujer se considera un factor de riesgo por su tendencia a recurrir en un 25% en mujeres que sufrieron uno espontáneo y después de tres abortos consecutivos este riesgo aumenta. (8,13)

Según Schwarcz, la posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior sería alrededor del 80%, después de dos abortos el 70% y luego del tercer aborto, el 25%.

El tipo de aborto espontáneo fue el que predominó en un 95%, siguiéndole el aborto provocado que ocupó el 5%, presentándose 10 casos, siendo la sonda el instrumento utilizado en 4 casos, encontrándose en uno la utilización de un fármaco. Aborto de tipo terapéutico no se presentó ninguno en el período de estudio. La bibliografía médica nos refiere que los medios usados en el aborto provocado son muy variables y que éstos tienen raíces culturales dentro de los que se mencionan sondas, palillos, instrumentos metálicos e introducción de líquido intrauterino. (8)

El aborto espontáneo de tipo incompleto fue el cuadro clínico más frecuente y se presentó en las primeras 12 semanas de gestación teniendo la anemia como principal complicación, la cual es producida por el sangrado y por las deficiencias nutricionales consecuencias del desempleo y de la pobreza que atraviesa nuestro país. Esto va de acuerdo con la literatura médica ya que más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas (considerado el período más vulnerable), disminuyendo la frecuencia rápidamente después. (5, 13,17)

En cuanto a los medios diagnósticos tenemos que el Hematócrito se realizó en un 100% y BHC en un 86%, éstos son de mucha importancia para conocer el nivel de hemoglobina y descartar la necesidad de una transfusión como para detectar el grado de severidad de la infección como en el caso de los abortos sépticos e infectados.

Se presentaron pacientes con cuadro de aborto y fiebre pero sin signos evidentes de infección por lo que se les envió examen de malaria (37.5 %) y examen general de orina (40%), los cuales sirvieron de gran utilidad para diagnosticar estos cuadros patológicos.

El ultrasonido se realizó en 22 pacientes (11%), usado para verificar la viabilidad del feto, corroborar las semanas de gestación y como medio diagnóstico para seguir una conducta terapéutica acertada como en el caso de los abortos diferidos, abortos incompletos vs amenaza de aborto. Este tipo de examen solo se realizó por la mañana y no hubo cobertura de ningún técnico para realizarlo durante los turnos. Cabe señalar también que durante este período el encargado sólo visitaba este centro asistencial dos veces por semana, teniendo a la vez un número limitado de exámenes a realizar incluyendo emergencias y hospitalizados.

Las pruebas hepáticas, de coagulación, protrombina, creatinina, plaquetas, se realizaron exclusivamente en los abortos infectados como exámenes de rutina en estos casos.

El LUA o AMEU fue el método de resolución del aborto por excelencia en 184 pacientes, siendo equivalente al 92%, debido a que el aborto se presentó sobretodo en las primeras 12 semanas de embarazo y éste es el método de elección como manejo en estas semanas de gestación. (1,18)

La estancia hospitalaria en número de días fue la siguiente: el 77% estuvo un día en el hospital, lo que demuestra que el cuadro de aborto fue solucionado en la mayor brevedad de tiempo posible, el 15.5 % estuvo 2 días y el 7.5% estuvo 3 días o más, debiéndose esto a probables complicaciones como hemorragias, abortos sépticos e infectados, amenazas de aborto que estuvieron en observación y evolucionaron a abortos incompletos, y a cuadros de anemias que necesitaron transfusiones. Otras complicaciones que las pacientes presentaron fue la agravación de sus padecimientos médicos ya existentes como el asma, neumonías y cardiopatías, etc.

Es necesario mencionar que situaciones como sobrecarga de trabajo y cirugías de urgencia prolongaron la estancia de estas pacientes, en ciertos casos, ya que el legrado no se realizó en las primeras horas de su ingreso.

Al egreso las pacientes llevaban una cita de control al centro de salud o al hospital así como recomendaciones para ingresar al programa de planificación familiar.

CONCLUSIONES

La frecuencia de aborto en el Hospital Materno Infantil de Chinandega durante el período estudiado fue de 68.5 x 1000 partos, ya que se atendieron 2928 partos y se realizaron 200 abortos en ese mismo tiempo y lugar.

El grupo etáreo en donde se produjo la mayor cantidad de aborto fue el comprendido en mujeres entre 19-34 años, acompañadas, con el nivel primario estudiado y de oficios domésticos. La población en su mayoría (51%), perteneció al área rural, siendo Chinandega el municipio que obtuvo la mayor proporción de abortos (43.5 %).

En el 70% de las pacientes no se encontró ningún antecedente de aborto previo y en el 39% de ellas su primer embarazo debutó con un aborto.

El tipo de aborto que más se presentó fue el aborto espontáneo (95%), el aborto provocado ocupó únicamente una proporción del 5%.

El diagnóstico de ingreso más frecuente fue el de Aborto Incompleto Espontáneo presentándose sobretodo en las primeras 12 semanas de gestación, teniendo a la anemia como principal complicación.

Hematocrito fue el medio diagnóstico que se realizó en un 100%.

Prueba hepáticas, de coagulación, protrombina, creatinina, fibrinógeno se realizaron sobretodo en casos de abortos diferidos, sépticos e infectados.

El AMEU fue el método de resolución más utilizado.

En el 77% de las pacientes el aborto se resolvió sin complicaciones ya que su estancia hospitalaria fue solamente de un día.

RECOMENDACIONES

Sugiero al SILAIS la promoción de Actividades Educativas a nivel de centros de salud, puestos de salud, salas de Gineco-obstetricia, con el fin de dar a conocer a la población el uso de los diferentes métodos anticonceptivos que están a su disposición y la responsabilidad de tener una adecuada planificación familiar con el objetivo de aumentar el período intergenésico.

Concientizar a la mujer en gestación sobre la importancia de un temprano y adecuado control prenatal, medidas de higiene y buena nutrición, abolición de hábitos mal sanos como el alcohol, el tabaco, que repercuten en el desarrollo y crecimiento del feto y en caso de enfermedades metabólicas como la diabetes mantenerla controlada en sus niveles normales.

Implementar a nivel del Hospital Materno Infantil de Chinandega el uso de los diferentes métodos de Planificación Familiar como el DIU, Pastillas, etc., inmediatamente después del aborto o durante el puerperio inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argüello María Eugenia, Frecuencia y Manejo del Aborto Séptico, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Estudio Monográfico para promover de año de carrera. HEODRA, 1997.
2. Beek W. William, jr., M.D., Obstetrics and Gynecology, 3 edition.
3. Bermúdez A., Características del Aborto en Pacientes atendidas en ARO I, Estudio Monográfico para promover de año de carrera. HEODRA, 1994.
4. Dr. Botela José Llusia y Dr. Clavero José, Tratado de Ginecología Fisiológica Femenina, Tomo I, Editorial Científico-Médica, 1974, Barcelona y Tomo I, II, III, segunda edición, 1980.
5. Botero Jaime, Obstetricia y Ginecología, Tomo I, cuarta edición, 1990, Colombia.
6. Decherney Alan U. Y Pernoll Martin L., Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos, séptima edición, 1997. Editorial Manual Moderno.
7. Farrer Helen, Gynecological Care, Springer publishing company, 1979, New York .
8. García Roque Umbelina, Aborto en el Servicio de Gineco-obstetricia, HEODRA, 1998, (monografía).
9. Gómez Johanna y González Zaida, Sangrado en la primera mitad del embarazo, HEODRA, Mayo 1996, (Monografía).
10. Gutiérrez C., Embarazo en Adolescentes, HEODRA 1996 (Monografía).

11. Ministerio de Salud, Normas para atención prenatal, Parto de bajo riesgo y Puerperio, junio 1997, Nicaragua.
12. Morales H, Planificación Familiar, HEODRA, Agosto 1996, (Monografía).
13. Novak, Tratado de Gineco-obstetricia, décima edición, Nueva Editorial Interamericana, 1984, México D.F.
14. Pérez E, Sangrado en la Primera Mitad del Embarazo, HEODRA, 1999, (Monografía).
15. Schwarcz Ricardo, Duverges Carlos, Díaz Angel, Fescina Ricardo, Obstetricia, cuarta edición, 1989 y Schwarcz R. quinta edición, 1995, Buenos Aires, Argentina.
16. Uranga Imaz F, Anomalías de duración, Obstetricia Práctica, editorial Intermédica, 1979, Buenos Aires, Argentina.
17. Williams, Obstetricia, tercera edición, Salvat Editores, S.A., 1986, México Y Williams, Obstetricia 20^{ava} edición 1998, Editorial Médica Panamericana.
18. Yordi Laura, Hogan Ann, Winkler Judith, Guía Práctica para la Aspiración Manual Endouterina, Copyright 1995, IPAS, EEUU.

CS
CO
CS



Anexos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha de Ingreso: _____ de _____ de 1999. Expediente No _____, Cama No _____

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____, Escolaridad: Analfabeta-- _____, Primaria _____

Secundaria _____, Universidad _____.

Ocupación: Doméstica _____, Profesional _____, Estudiante: _____, Otras: _____

Estado Civil: Casada _____, Soltera: _____, Acompañada: _____

Procedencia: Municipio _____ Area: Urbano: _____, Rural: _____

Estancia Hospitalaria: 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____

DATOS GINECO-OBSTETRICOS:

Gestas: _____, Paras: _____, Abortos: _____, Cesáreas: _____

Semanas de gestación del embarazo actual: _____

Diagnóstico de Ingreso: _____

Tipo de Aborto: Espontáneo _____, Provocado: _____, Terapéutico: _____

Si es provocado especificar quien lo realizó: _____

Y que método utilizó: Sonda _____, Fármacos: _____, otros: _____

Forma de resolución del aborto: LUI _____, o LUA _____

Complicaciones: _____

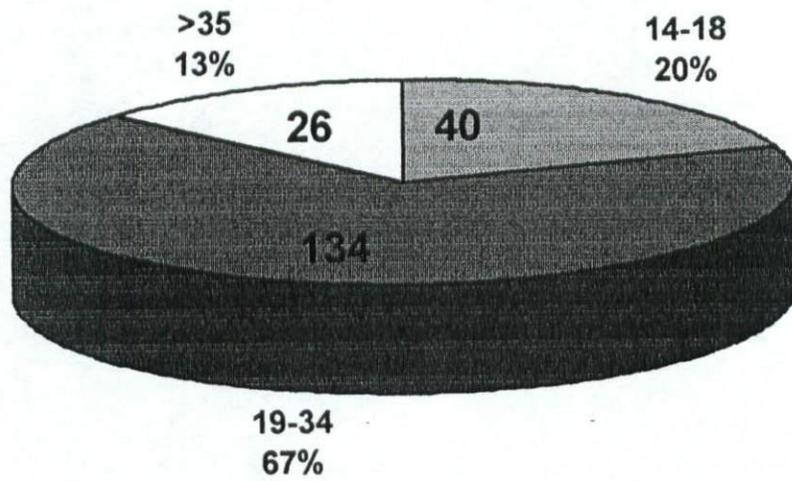
Estudios de laboratorio: _____

Manejo Intrahospitalario según la clasificación del Aborto _____

Condición al egreso: _____

Manejo Ambulatorio: _____

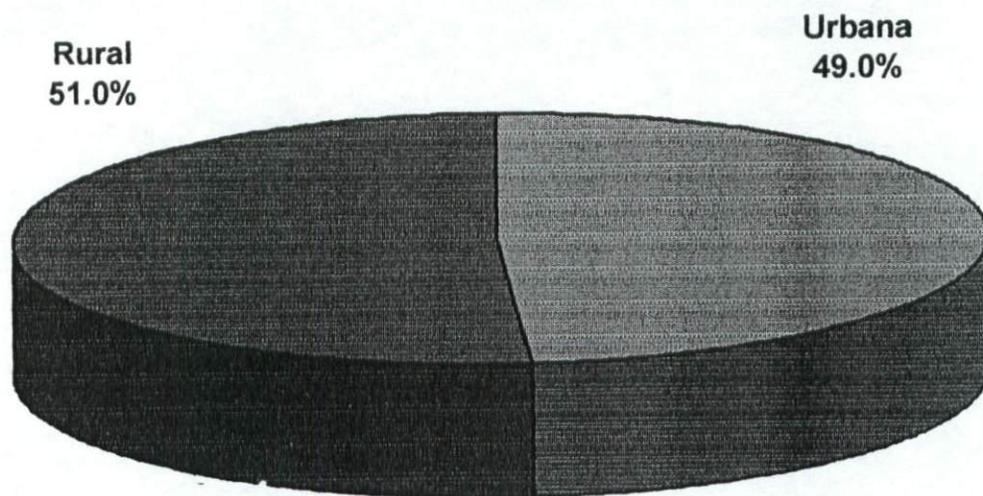
Gráfico 1. Edad de mujeres atendidas por abortos en el Hospital Materno - Infantil de Chinandega. Enero - Julio 1999.



Cuadro 1. Características socio-epidemiológicas de mujeres atendidas por abortos en el Hospital Materno - Infantil de Chinandega. Enero - Julio 1999.

VARIABLES	NUMERO	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL		
Casada	34	17.0%
Acompañada	145	72.5%
Soltera	21	10.5%
ESCOLARIDAD		
Primaria	142	71.0%
Secundaria	40	20.0%
Universitaria	4	2.0%
Analfabeta	14	7.0%
OCUPACIÓN		
Ama de casa	190	95.0%
Estudiante	2	1.0%
Comerciante	5	2.5%
Profesional	3	1.5%
TOTAL	200	100%

Gráfico 2. Procedencia de las mujeres atendidas por abortos en el Hospital



Materno - Infantil de Chinandega. Enero - Julio 1999.

Cuadro 2. Distribución de la población de estudio según el Municipio de origen, Hospital Materno Infantil de Chinandega. Período de Enero - Julio de 1999.

MUNICIPIOS	NUMERO	PORCENTAJE
Chinandega	87	43.5%
Chichigalpa	19	9.5%
El Viejo	40	20.0%
Villanueva	16	8.0%
Corinto	13	6.5%
Posoltega	7	3.5%
Somotillo	6	3.0%
El Realejo	6	3.0%
San Fco. del Norte	2	1.0%
San Pedro	2	1.0%
Cinco Pinos	2	1.0%
TOTAL	200	100%

Cuadro 3. Antecedentes Obstétricos en mujeres atendidas por aborto en el Hospital Materno Infantil de Chinandega durante el período de Enero a Julio de 1999.

Variables	Número	%
Antecedentes de Aborto		
➤ Ninguno	140	70.0
➤ 1 – 2	47	23.5
➤ 3 – 4	9	4.5
➤ ≥ 5	4	2.0
Gestas		
➤ 1	78	39
➤ 2 – 4	86	43
➤ ≥ 5	36	18

Cuadro 4. Tipos de abortos en la población de estudio que fue atendida por aborto en el Hospital Materno Infantil de Chinandega durante el período de Enero a Julio de 1999.

Tipo de Aborto	Número	%
Espontáneo	190	95.0%
Provocado	10	5.0%
➤ Sonda	4	2.0%
➤ Fármaco	1	0.5%
➤ Terapéutico	0	0.0%
➤ Otras	5	2.5%

Cuadro 5. Distribución de la población según diagnóstico de ingreso y complicaciones. Hospital Materno Infantil de Chinandega. Enero - Julio de 1999.

VARIABLES	NUMERO	PORCENTAJE
DIAGNOSTICO DE INGRESO		
Aborto incompleto	134	67.0%
Amenaza de Aborto	22	11.0%
Aborto en curso	18	9.0%
Aborto Inevitable	12	6.0%
Aborto Provocado	10	5.0%
Aborto Frustro	4	2.0%
COMPLICACIONES		
Ninguna	155	77.5%
Anemia	25	12.5%
Hemorragia	18	9.0%
Perforación Uterina	1	0.5%
Absceso pélvico	1	0.5%
TOTAL	200	100%

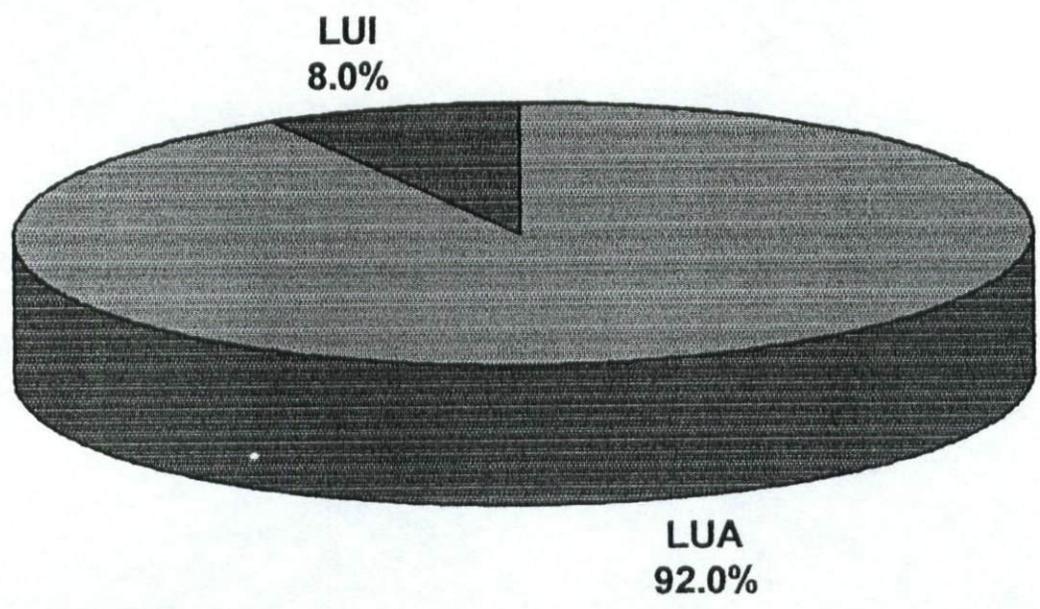
Cuadro 6. Distribución de la población según semanas de gestación. Hospital Materno Infantil de Chinandega. Enero - Julio de 1999. (N=200).

VARIABLES	NUMERO	PORCENTAJE
SEMANAS DE GESTACIÓN		
6-8 SEMANAS	87	43.5%
9-12 SEMANAS	97	48.5%
13-20 SEMANAS	16	8.0%

Cuadro 7. Medios diagn3sticos utilizados en la poblaci3n de estudio que fue atendida por aborto en el Hospital Materno Infantil de Chinandega durante el per3odo de Enero a Julio de 1999.

TIPO DE EXAMEN	NUMERO	PORCENTAJE
BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA	172	86.0%
HEMATÓCRITO	200	100.0%
EXAMEN GENERAL DE ORINA	80	40.0%
TIPO Y RH	120	60.0%
MALARIA	75	37.5%
PLAQUETAS	20	10.0%
ULTRASONIDO	22	11.0%
HEMOGRAVINDEIX	4	2.0%
CREATININA	20	10.0%
PRUEBAS HEPÁTICAS	22	11.0%
PRUEBAS DE COAGULACIÓN	22	11.0%

Gráfico 3. Resolución del aborto en las mujeres atendidas por abortos en el Hospital Materno - Infantil de Chinandega. Enero - Julio 1999.



Cuadro 8: Días de estancia de mujeres atendidas por aborto en el Hospital Materno – Infantil de Chinandega. Enero – Julio 1999.

Días de Estancia	Número	%
1	154	77.0
2	31	15.5
3 ó más	15	7.5

