

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos del Aborto en el Benemerito Hospital General Juan María de Salvatierra de La Paz, Baja California Sur en el Periodo de 2007-2008.

Gustavo J. Farias-Noyola*
Francisco Arturo Carbajal-Ruiz**

ANTECEDENTES

La reproducción humana es extremadamente ineficiente si lo comparamos con otras especies de mamíferos. Se estima que hasta el 50-70% de las gestaciones espontáneas se pierden antes de finalizar el primer trimestre. La mayoría de ellas se interrumpen durante el primer mes después de la última menstruación y frecuentemente son gestaciones que pasan inadvertidas¹. Esto significa que sólo el 30% de las concepciones se reconocen como una gestación, sin embargo, de estos embarazos, para la población general se ha estimado una frecuencia de abortos espontáneos de alrededor del 15%².

El aborto es definido según la Organización Mundial de la Salud y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, como la expulsión de un feto o embrión de menos de 500 g o menor de 20 semanas de gestación, independientemente de la existencia o no de vida, y que el aborto sea espontáneo o inducido^{2,3}. En México, país de 106 millones de habitantes se estima que se inducen anualmente 455 000 a 1 060 000⁴. En el 2005 era la quinta causa de muerte materna en nuestro país⁴. Para ese mismo año la “letalidad” del aborto inseguro en nuestro país fue de 52 muertes por 100 000 hospitalizaciones por esta causa⁵.

La única causa bien conocida de aborto es la alteración cromosómica del embrión, que se relaciona con el 50-60% de las pérdidas gestacionales precoces⁶.

* Jefe del departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital General “Juan María de Salvatierra”

** Residente de Tercer Año del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar los aspectos epidemiológicos, clínicos y tipos de aborto en el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra de La Paz BCS., (Hospital de la Secretaría de Salud, de 2º nivel, de concentración estatal) en el periodo del 1 de enero 2007 al 31 de diciembre del 2008.

TIPO DE ESTUDIO

Los datos son expresados como un estudio descriptivo, transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN

Se analizaron todos los expedientes de las pacientes admitidas en la unidad toco quirúrgica del hospital para resolución del embarazo, del 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2008, en total 5025, de ellas 508 tuvieron diagnóstico de aborto en sus diferentes formas clínicas.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos de cada paciente fueron recolectados a través de una historia clínica, incluyendo Edad, Paridad, Estado civil, Antecedentes gineco-obstétricos, Edad gestacional, Examen físico, Exámenes paraclínicos (laboratorio, ecografía, estudio histopatológico), Tratamiento, Antibioticoterapia, Complicaciones y

Anticoncepción post evento.

Se excluyeron del estudio las pacientes con diagnóstico de Embarazo ectópico (17) y Embarazo Molar (10).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables continuas se expresan en porcentajes.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La edad promedio de la población fue de 25.1 años, con un rango entre 14 y 44 años, (Cuadro 1). El estado civil donde se presentó con mayor frecuencia el aborto es unión libre, representando 42.4%, (Cuadro 2).

Se encontró que la edad de gestación al momento del aborto fue entre las 9 y 12 semanas en 41% de los casos, (Cuadro 3).

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos se encontró mayor prevalencia dentro del grupo de multigestas (más de dos embarazos) representados por 61.8%, (Cuadro 4). Dentro de las cuales 91 presentaron el antecedente de Cesárea, 73 de Aborto y 23 pacientes de ambos eventos.

En cuanto al cuadro clínico del aborto, encontramos que el dolor pélvico y la hemorragia transvaginal aislados solo representan el 3.1% (16 pacientes) el primero, y 6.7% (34 pacientes) el segundo, pero en forma conjunta los presentaron 399 pacientes que representan el 78.6% y el 11.6% (59 pacientes) no presentaron sintomatología, (Cuadro 5).

Respecto la clasificación o tipo de aborto (se expresa en el Cuadro 6). La mayor frecuencia correspondió al aborto incompleto, 59.2%, y la menor al aborto séptico 1.4%.

Cuadro 1
Distribución de las Pacientes de Acuerdo a Grupo de Edad.

| OBVIAR | FRECUENCIA | |
|-----------------|------------|------------|
| EDAD | No. | % |
| 15 AÑOS O MENOS | 20 | 4.0 |
| 16 a 20 | 140 | 27.5 |
| 21 a 25 | 143 | 28.2 |
| 26 a 30 | 91 | 18.0 |
| 31 a 35 | 67 | 13.2 |
| 36 a 40 | 36 | 7.0 |
| 41 o más | 11 | 2.1 |
| TOTAL | 508 | 100 |

El grupo de edad dentro del cual se presenta de manera más frecuente el aborto fue entre los 21-25 años (143) 28.2%, seguido por el grupo de 16-20 años con un 27.5% (140), disminuyendo hasta el 2.1% (11) a los 41 años.

Se encontró que 37 pacientes (7.3%) tuvieron como antecedente 2 o más abortos (perdida recurrente de la gestación). Entre los 176 casos de aborto retenido

Cuadro 2
Estado Civil de las Pacientes al Momento del Aborto.

| OBVIAR | FRECUENCIA | |
|--------------|------------|------------|
| ESTADO CIVIL | No. | % |
| SOLTERAS | 116 | 22.8 |
| UNION LIBRE | 215 | 42.4 |
| CASADAS | 177 | 34.8 |
| TOTAL | 508 | 100 |

El estado civil dentro del cual se observó mayor prevalencia de aborto es el de unión libre con un 42.4% (215), seguido por las pacientes casadas con un 34.8% (177) y por último las pacientes solteras con un 22.8% (116).

Cuadro 3
Distribución de Pacientes de Acuerdo a Edad Gestacional al Momento del Aborto.

| OBVIAR | FRECUENCIA | |
|------------------|------------|------------|
| EDAD GESTACIONAL | No. | % |
| 1 a 8 semanas | 177 | 34.8 |
| 9 a 12 | 208 | 41.0 |
| 13 a 20 | 123 | 24.2 |
| TOTAL | 508 | 100 |

El 41% (208) de los casos se presentaron entre las 9 y 12 semanas de gestación, 34.8% (177) se presentó antes de las 8 semanas de gestación, y en un 24.2% (123) después de las 13 semanas de gestación.

Cuadro 4
Paridad al Momento del Aborto.

| OBVIAR | FRECUENCIA | |
|-----------------------|------------|------------|
| NUMERO DE GESTACIONES | No. | % |
| PRIMIGESTA | 194 | 38.2 |
| MULTIGESTA | 314 | 61.8 |
| TOTAL | 508 | 100 |

Eso es lo que indica el Cuadro.

Cuadro 5
Distribución de las Pacientes de Acuerdo a las Manifestaciones Clínicas.

| OBVIAR | FRECUENCIA | |
|--|------------|------------|
| CLÍNICA | No. | % |
| Asintomáticas | 59 | 11.6 |
| Dolor hipogástrico | 16 | 3.1 |
| Hemorragia Transvaginal | 34 | 6.7 |
| Dolor hipogástrico mas Hemorragia transvaginal | 399 | 78.6 |
| TOTAL | 508 | 100 |

Eso es lo que dice el Cuadro.

hubo 4 embarazos gemelares, el resto eran embarazos únicos.

En los resultados obtenidos de los estudios de laboratorio, ultrasonido y anatomía patológica se observó hemoglobina debajo de 11 mg/dl 60 pacientes (11.8%), con una media de 12.3 mg/dl, la media del hematocrito fue de 32.9, (Cuadro 7).

Cuadro 6

Distribución de Acuerdo al Tipo de Aborto Presentado.

| SE PUEDEN OBVIAR | FRECUENCIA | |
|------------------|------------|------------|
| TIPO DE ABORTO | No. | % |
| Incompleto | 301 | 59.2 |
| Evolución | 17 | 3.3 |
| Inevitable | 7 | 1.4 |
| Séptico | 7 | 1.4 |
| Retenido | 176 | 34.7 |
| TOTAL | 508 | 100 |

Repite lo del Cuadro.

Cuadro 7

Estudios Paraclínicos.

| VARIABLE | FRECUENCIA | | | | |
|------------------------|---------------|------------------------|---------|-----------------------------|------|
| | Paracológicos | Mayor o Menor de que?? | < Media | Confuso, se Sugiere Cambiar | % |
| Hemoglobina | 18.8 | 5.8 | 12.3 | 491 | 96.6 |
| Hematocrito | 48.7 | 17.1 | 32.9 | 491 | 96.6 |
| Ultrasonografía | | | | 341 | 67.1 |
| Estudio | | | | | |
| Histopatológico | | | 310 | | 61.0 |
| Prueba de embarazo | | | 105 | | 20.5 |
| Hacerlo más explícito. | | | | | |

El tratamiento utilizado con mayor frecuencia fue el legrado uterino instrumentado (LUI) en 425 casos, (83.6%) y la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en 82 casos (16.1%). Una paciente no recibió tratamiento porque decidió su alta voluntaria. 7 pacientes recibieron esquema antibiótico por aborto séptico (7 casos) 1.4% y en forma profiláctica se prescribieron a 34 pacientes

(6.7%).

5 pacientes (1.3%), recibieron transfusión de paquete globular, 4 de ellas un solo paquete y una de ellas 2 paquetes.

Las complicaciones detectadas fueron: retención de restos ovulo-placentarios en 4 pacientes (0.8%) de los cuales 3 fueron secundarios al LUI y un caso secundario a AMEU, una perforación uterina representó el 0.2%, secundaria a LUI que se resolvió espontáneamente con manejo conservador.

Solo 201 pacientes (40%) recibieron cobertura anticonceptiva post aborto: Inyectable 122 pacientes (24.0%), Dispositivo Intrauterino 75 pacientes (14.7%), y Oclusión Tubaria Bilateral 4 pacientes (0.8%).

DISCUSIÓN

El aborto en nuestra unidad representa el (11.2 %) de los eventos obstétricos atendidos comparados con el Hospital General de Culiacán (7) 14% y Hospital General de Hermosillo (8) 14%. Se presenta en el 73.7% de los casos entre los 16 y 30 años de edad, las formas clínicas de incompleto y retenido con mucho son las más frecuentes 93.9%; el cuadro clínico caracterizado por el dolor en hipogastrio con hemorragia transvaginal es el más frecuentes 78.6%; aunque el 11.6% fueron asintomáticas. El 75.8% fueron del primer trimestre y el 24.2% del segundo trimestre. El estudio ecosonográfico se documentó en 67.1% de las pacientes. Solo en el 1.3% requirió transfusión de paquete globular. EL LUI se utilizó en el 83.6%, y la AMEU en 16.1%. En el 0.2% (un caso) se diagnosticó perforación uterina secundaria a LUI, la cual se resolvió espontáneamente manejándose con observación y el 0.8% requirió segundo LUI por retención de tejido trofoblástico.

Podemos concluir que el aborto en esta unidad hospitalaria se presenta con la misma frecuencia que se describe a nivel nacional; a pesar de ser un hospital de concentración estatal no se detectaron complicaciones graves, ni frecuentes por este evento; se utiliza poco la AMEU (16.1%) y el estudio histopatológico solo se documentó en el 61%. El uso de antibióticos en forma profiláctica se utilizó en 6.7% y las transfusiones son mínimas 1.3%. Se deberá buscar un esquema que mejore la anticoncepción post evento (40%).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Zinaman MJ Clegg ED, Brown CC, O'Connor J, Slevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril* 1996; 65: 503-9.
- 2.-Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Diagnóstico y tratamiento del aborto. 30 de marzo del 2004.
- 3.- OMS Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra 2003.
- 4.- Schiavon Ret al. Abortion-related morbidity in public sector hospitals in México, 2000-2005.
- 5.-Schiavon R, Polo G, Troncoso E. Hoja informativa. Aportes sobre el debate de la despenalización del aborto.
- 6.- Edwards RG. Causes of early embryonic loss in human pregnancy. *Hum Reprod* 1986, 1: 185-98.
- 7.-Dept. Registros Médicos Hospital General de Culiacán Sinaloa.
- 8.- HIES-ENSEÑANZA: Productividad General Ginecoobstetricia 2007.