

“CASOS DE ABORTO PROVOCADO, CAUSALIDAD Y METODOS UTILIZADOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITARIO JAPONES, DE MARZO A AGOSTO DE 2008”¹

MOSCOSO ZELAYA L.I.² y MONTERO W.³

RESUMEN

El Aborto Provocado es un problema social de Salud, debido a que mujeres en edad reproductiva son víctimas por el acoso de los diferentes factores, que inciden en su mundo propio, ya sean éstos de carácter personales, familiares o sociales y que la inducen a realizarse la interrupción del embarazo precozmente, sin tomar en cuenta a las complicaciones a la que se exponen posteriormente. Esta investigación persigue además de la identificación de las causales y el uso de los medios más comunes utilizados, el de comprometer a todos los actores: autoridades de salud a nivel prefectural, municipal y demás agrupaciones para que con los medios y recursos (humanos, económicos, etc.) con que se cuenten apoyen de forma incondicional en el desarrollo y ejecución de Programas Continuos de Educación de Salud Reproductiva dirigido a todas las mujeres en Edad Fértil, como así del enfoque de las complicaciones que puede causar un Aborto Provocado.

ABSTRACT

The Provoked Abortion is a social health problem because women of reproductive age are victims of harassment of various factors affecting their own world, be they personal, familiar or social and that induce done early pregnancy termination, regardless of the complications which are discussed later. This research also aims to identify the causes and the use of the most common means used, to engage all stakeholders: health officials at prefectural, municipal and other groups for the means and resources (human, financial , etc..) used to have an unconditional support in developing and implementing continuing education programs for Reproductive Health directed to all women of childbearing age, as well the approach of the complications that can cause Provoked Abortion.

Keywords: Abortion. Reproductive health. Childbearing age

INTRODUCCION

Nuestras leyes penalizan la práctica del Aborto Provocado, pero las mismas no llegan a cumplirse ya que en su mayoría éste procedimiento no es referido en la primera consulta (como tal) por las pacientes debido a la negación, temor, vergüenza o descrédito que pueda padecer en el momento del interrogatorio, así también no existe el mecanismo de la retroalimentación de la información de los casos declarados por la propia paciente a las autoridades competentes, ni se conocen las respectivas normas ni vías a seguir para poner en conocimiento tales hechos. Sin embargo las pacientes con Aborto Provocado siguen llegando en sus diferentes fases (Amenaza de Aborto provocado, Aborto en curso, restos de Aborto Provocado complicado y no complicado).

Actualmente se estima que del 100% de los abortos registrados el 50% son espontáneos, de los cuales el 25% presentan anomalías cromosómicas importantes. Se estima también que el 40 a 50 % de dichos abortos sería provocados.

También es bien conocido históricamente que la mayoría de los abortos provocados se realizaban en algunas clínicas o consultorios particulares (método de aspiración) y que solo llegaban a los centros hospitalarios las pacientes que afrontaban complicaciones (psicológicas - orgánicas) de ésta práctica y algunos casos terminaban con la mutilación quirúrgica de los órganos reproductores de la paciente. En la actualidad a nuestro servicio las pacientes llegan en las diferentes etapas del estado de aborto: iniciales y terminales (inclusive, a veces, en periodo expulsivo con producto vivo).

Toda vez que el aborto es una complicación en las etapas tempranas de la gravidez, el mismo está directamente relacionado con mujeres en edad reproductiva, poniendo en riesgo el futuro obstétrico de las mismas, inclusive de su propia vida, por las complicaciones a las que está expuestas como resultado de la ejecución de la misma, urge por lo tanto la necesidad de tomar en

1 Parte del trabajo presentado en la Feria Científica Ucebol 2009

2 Residente de Gineco-Obstetricia Hospital Japonés

3 Tutor. Médico ginecólogo del Hospital Japonés

cuenta éstos antecedentes para tomar medidas preventivas futuras, educativas, orientadoras y de apoyo a este grupo etario femenino. Este trabajo enfatiza en la casuística de marzo a agosto de 2008 en el servicio de Gineco-Obtetricia del Hospital Japonés, centro de referencia de la Red Norte, Este y Provincias del departamento de Santa Cruz de la Sierra.

MATERIALES Y METODOS

Se analizan las historias clínicas de las pacientes que acudieron al Hospital Municipal Universitario Japonés con el Diagnóstico de Aborto Provocado en el periodo comprendido entre marzo y agosto del 2008, para identificar las principales causales y los métodos utilizados para la Inducción del aborto, de ésta manera plantear las medidas necesarias para evitar el aborto Inducido y sus posibles complicaciones a las que están expuestas las pacientes. Las variables en estudio incluyen el número de pacientes que ingresan al Servicio con el diagnóstico de Aborto, número u porcentaje de abortos Provocados, grupo etáreo con mayor incidencia de Abortos Provocados, grado de Instrucción de las pacientes con el diagnóstico de Aborto Provocado, influencia Familiar existente en las pacientes, método más utilizado en la inducción del Aborto Provocado, conocimiento y uso de métodos de Planificación Familiar, estado civil de las pacientes con diagnóstico de Aborto Inducido.

Este estudio es retrospectivo, analítico, descriptivo y transversal. Se toma como universo las pacientes internadas con el diagnóstico de aborto en el HMUJ durante el período marzo a agosto de 2008. La muestra incluye a las Pacientes internadas con el Diagnóstico de Aborto Provocado en el mismo servicio.

Se utiliza un formulario donde se recoge la información sobre la epicrisis y las historias clínicas con el apoyo de médicos internos del servicio.

ABORTO

CONCEPTO

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la semana 22 de gestación, o con embrión o feto menor de 500 grs., independientemente del carácter espontáneo o provocado del mismo.

CLASIFICACION

- Según la Intencionalidad
 - Aborto inducido, provocado
 - voluntario

Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad.

Puede ser:

- Libre: bajo el derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el sólo hecho de no ser deseado.
- Psicosocial.

- Eugenésico: cuando se predice que nacerá un feto con defecto o enfermedad.
- Terapéutico: por razones de salud materna.
- Mixto: cuando en el embarazo múltiple se realiza una reducción selectiva embrionaria o fetal para que los restantes tengan mayor probabilidad de sobrevivir.
- Ético: cuando el embarazo es fruto de una agresión sexual.
 - Aborto espontáneo o involuntario.

En el cual no interviene la acción humana de forma intencionada.

Según su Evolución puede ser:

- Amenaza de aborto: Se caracteriza por metrorragia escasa acompañada o no de dolor en hipogastrio tipo cólico.
- Aborto inminente o inevitable: Caracterizado por la irreversibilidad del proceso.
- Aborto retenido o diferido: En el que persiste el producto de la concepción tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener en cuenta dentro de este, es la gestación anembrionada, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. Su causa más importante es la alteración cromosómica.
- Aborto habitual o recurrente: Es la pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos.

Según su Terminación:

- Aborto completo: el producto de la concepción es expulsado en su totalidad.
- Aborto incompleto: el producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina.

Según su Edad Gestacional

- Aborto Bioquímico o Preclínico: es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional (4-5 sem. de gestación).
- Aborto Clínico: Ocurre posterior a la gestación del saco gestacional, se divide en embrionario (6 -8 sem. gestacionales) o fetal (de la 10-22 semanas gestacionales).

Según las Consecuencias

- Aborto no Complicado.
- Aborto Complicado: Infección (Aborto Séptico), hemorragia.

FRECUENCIA

Se estima que existe una pérdida espontánea del 10- 15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si incluyéramos los casos no diagnosticados clínicamente (Abortos infra o preclínicos).

En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido 2 abortos previos ésta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido 3 abortos anteriores, ésta probabilidad asciende al 47%.

ETIOLOGIA

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de éstas pueden ser de dos tipos:

- Ovulares: anomalías genéticas
- Maternas: anatómicas.
- Anomalías genéticas

Esta es la causa más común del aborto espontáneo (del 50 al 70%). La proporción de anomalías cariotípicas disminuye a medida que avanza la gestación. Las alteraciones cromosómicas más frecuentes en el primer trimestre son las Trisomías autosómicas, sobretodo la del 16, dependen de factores como la edad materna, traslocaciones equilibradas de los padres y fertilización tardía.

En el segundo trimestre destacan las Trisomías 13,18 y 21, así como la monosomía 45 XO. En el aborto de repetición las anomalías más frecuentes son las traslocaciones. En el 2-5% de éstas parejas existe una traslocación equilibrada.

Anomalías Anatómicas o Uterinas

- Malformaciones uterinas: solo el 25% ocasionan pérdidas reproductivas, destacando por frecuencia el útero tabicado. Paradójicamente, anomalías mas graves como el útero doble no incrementan la tasa abortiva debido (según diferentes teorías) a que la base de problema no radica en el conflicto de espacio, sino en altera raciones de la vascularización y nutrición endometrial.
- Causa endometrial o implantatoria: defecto de interacción embrión-endometrio.
- Miomas uterinos: la localización es más determinante que el tamaño, siendo los miomas submucosos los que con mayor frecuencia se relacionan con abortos, por producir trastornos en la vascularización o compresión en el desarrollo del embarazo.
- Sinequias uterinas: Se encuentra en el 15-30% de los casos de aborto habitual.
- Insuficiencia ístmocervical: Caracterizada por la incapacidad del cérvix de permanecer cerrado ante la distensión de la cavidad uterina que además puede

permitir el ascenso de microorganismos hacia el compartimiento ovular. Generalmente es secundario a traumatismos cervicales.

- Otras: placentación anormal, útero hipo plástico en mujeres expuestas al dietilestilbestrol.

Trastornos Endocrinos

- Defectos de la fase luteínica:

Para la implantación y el mantenimiento del embarazo es necesaria la correcta función del cuerpo lúteo (maduración endometrial y nidación del blastocisto). La extirpación del cuerpo lúteo antes de la 7ma semana de gestación ocasiona abortos en casi todas las mujeres.

La insuficiencia luteínica es el trastorno hormonal más frecuente asociado al aborto, pudiendo deberse a patología endometrial o a una insuficiencia progesterónica. También puede ser consecuencia de una anomalía fetal que ocasiona alteraciones en el funcionamiento del cuerpo lúteo, observándose una asociación con la Trisomía 13.

- Anomalías en la secreción de LH: La hipersecreción de LH en la primera fase del ciclo es causa de aborto.
- Anomalías tiroideas: Los anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) con frecuencia aparecen elevados en pacientes abortadoras.
- Diabetes Mellitus: No hay pruebas de que la intolerancia a los carbohidratos produzca abortos con más frecuencia, la tasa es dos o tres veces mayor que en la población general.

Causas Infecciosas

Se relacionan con riesgo de aborto la exposición primaria en etapas iniciales de la gestación, la capacidad inherente al microorganismo para producir una infección placentaria, así como el desarrollo de un estado de portador y, por último, la inmunodeficiencia causada por inmunosupresores, quimioterapia, corticoides y SIDA.

Abortos de Origen Inmunológico

Probablemente, el 80% de los abortos de origen desconocido tienen una base inmunológica. El sistema inmune materno reconoce a la unidad feto-placentaria y establece los mecanismos de autotolerancia. Cualquier fallo de éste podría ser causa de aborto, observándose una mayor prevalencia de anticuerpos autoinmunes órgano y no órgano específicos.

- Anticuerpos y Síndrome Antifosfolípidos.
- Anticuerpos antinucleares y antitiroideos.

Causas Ambientales

- Tabaco: La incidencia de Aborto es más frecuente en fumadoras que en no fumadoras, con independencia de la edad. Este aumento es función directa de la cantidad de humo inhalado.

- Alcohol y tóxicos químicos
- Cafeína.
- Radiaciones.
- Contracepción.
- Traumatismos.
- Edad materna.
- Trabajo.
- Iatrogenia.

FORMAS CLINICAS.

La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de Shock.

La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde a la edad Gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa del embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos.

Se distinguen varias formas clínicas de aborto, destacando en la práctica las situaciones de amenaza de aborto inevitable o en curso, el aborto diferido y el aborto séptico.

- Amenaza de aborto

Define la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea con tamaño acorde a la edad Gestacional. El cuello uterino está cerrado y en general cursa sin dolor ni otros síntomas, salvo leves molestias abdominales de tipo menstrual o lumbalgias inespecíficas. Generalmente existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad Gestacional.

Es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras causas de metrorragia, como pólipos cervicales, lesiones erosivas o ulcerativas a este nivel y casos sospechosos de malignidad.

El primer lugar debe confirmarse que el embarazo es intrauterino; si el embarazo es muy precoz y los hallazgos ecográficos no son diagnósticos pueden ser de utilidad la determinación seriada de beta-HCG o la repetición de una exploración ecográfica al cabo de unos 7-10 días que evidenciara la evolución de la Gestacional.

La presencia de actividad cardíaca fetal, el pronóstico es muy bueno, con evolución normal de la gestación en el 90-96% de los casos, salvo en aborto de repetición, en los que el riesgo de recidiva es de un 22% aun en presencia de latido cardíaco fetal. La existencia ecográfica de vesícula vitelina es un signo de buen pronóstico. También existe una serie de signos ecográficos de mal pronóstico que suponen un mayor riesgo de pérdida Gestacional, como la presencia cardíaca fetal menor de 100 latidos por minuto, vesícula Gestacional pequeña e irregular y la presencia de un hematoma subcorial mayor del 25% del volumen del saco Gestacional.

- Aborto inevitable

Se distinguen dos formas clínicas: aborto completo e incompleto. La primera define la expulsión del material, con disminución del dolor y la metrorragia, cierre del cuello y contracción del útero. En el aborto incompleto no sea expulsado todo el material y puede persistir la hemorragia con dolor abdominal intenso y cérvix permeable.

- Aborto diferido

Es la gestación interrumpida sin expulsión del material retenido. En el examen el cérvix está cerrado, pueden aparecer discretas metrorragias y el útero suele ser de menor tamaño del que correspondería por la amenorrea. El diagnóstico se basa en la confirmación ecográfica de la ausencia de actividad cardíaca en embriones con longitud cráneo-caudal mayor o igual a 5 mm.

- Gestación anembrionada

El huevo huero se diagnostica ante la presencia de un saco ovular vacío de 17 mm o más sin eco embrionario en su interior o saco ovular mayor o igual a 13 mm sin vesícula vitelina, independientemente de la clínica y la fecha de amenorrea. En la actualidad se considera como un embarazo en el que se ha producido la resorción completa del embrión más que como una gestación en la que éste no ha existido.

- Aborto Séptico

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos que se presenta tras un aborto. La infección tras un aborto es un proceso ascendente y puede estar causado por una cervicovaginitis preexistente, por retención de restos abortivos que se sobreinfectan y en el caso de aborto provocado, por una perforación del útero y/o otras estructuras, o por mala técnica aséptica.

Es una infección polimicrobiana en relación con la flora vaginal endógena, y suele aislarse *E. Coli*, *enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*. El *Clostridium perfringens* puede ocasionar un cuadro de Sepsis postaborto, liberando una potente alfa-toxina, tras 24 a 48 horas de incubación, es extremadamente grave, produciéndose hemólisis severa, trastornos de coagulación con shock o hipotensión refractaria, CID, acidosis metabólica e Insuficiencia Renal Aguda (Síndrome de Mondor).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo.

- Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior: toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia y biopsia.
- Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta HCG (siempre mayores de 100000 mU/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológica.
- Embarazo ectópico: en caso de que no se observe

gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta-HCG sanguínea y su evolución posterior, nos permitirá orientar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Debemos distinguir dos grandes grupos a la hora de hacer un tratamiento terapéutico, por un lado, la actitud conservadora en la amenaza de aborto y, por otro, la técnica empleada en caso de confirmarse una gestación interrumpida

- Tratamiento Conservador

Durante años se ha considerado el valor terapéutico del reposo y la abstinencia sexual aunque no ha demostrado su verdadera utilidad.

El empleo de agentes progestacionales (HCG o progestágenos naturales o sintéticos), tampoco han demostrado su eficacia, salvo quizá la administración de HCG en caso de aborto de repetición de posible causa hormonal.

Si existe DIU in situ y el hilo no es visible, o el dispositivo accesible con control ecográfico, debe extraerse.

- Evacuación Quirúrgica

El tratamiento quirúrgico del aborto se basa en las técnicas de legrado con cureta o por aspiración.

- El Legrado Simple.

Es el procedimiento más sencillo de evacuación uterina. Con la paciente anestesiada y en posición ginecológica, se aplica una valva vaginal y se pinza el cuello uterino, traccionando para evitar la perforación. A continuación se mide la cavidad uterina usando un histerómetro. Posteriormente, si el cuello está cerrado, se procede a su dilatación con los tallo de Hegar, esto podría evitarse si se realiza preparación cervical previa. Si por el contrario esta dilatado, se introducirá hasta el fondo uterino y mediante movimiento de retorno hacia el cuello se exploran las cuatro paredes, procediendo hasta evacuar la cavidad uterina.

- El legrado por Aspiración

Se practica utilizando la cánula de mayor diámetro posible, que se coloca entre el Orificio Cervical Interno y la parte inferior del cuerpo uterino. Se pone en marcha la aspiración y, mediante movimiento de rotación, se procede a la evacuación del contenido. Cuando la cavidad aparece vacía y se aspira sangre roja espumosa, se recomienda realizar una exploración con cureta para comprobar la vacuidad uterina total. Puede efectuarse hasta la semana 12-13.

- Evacuación Médica

Numerosos autores consideran el legrado extremadamente peligroso después de la semana 12 de gestación, propugnando el tratamiento médico. También es una alternativa para aquellas mujeres que deseen evitar la cirugía. El fármaco más usado es el Misoprostol administrado por vía vaginal. La ventajas de éste fármaco son: bajo precio, escasos efectos secundarios

cuando se administra por vía vaginal, fácil disponibilidad, evita la necesidad de anestesia y los riesgos asociados a la cirugía, y parece presentar menos complicaciones posteriores a medio plazo. El Misoprostol está contraindicado en pacientes con Glaucoma o asma. El empleo de oxitócicos solos o asociados a prostaglandinas, sigue siendo una alternativa al legrado en caso de abortos del segundo trimestre.

CONSECUENCIAS DEL ABORTO EN LA MUJER

• Efectos físicos:

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.
- Nacimientos de niños muertos.
- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Shock.
- Coma.
- Útero perforado.
- Fiebre /sudores fríos.
- Intenso dolor.
- Pérdida de otros órganos.
- Llanto/ suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso.
- Agotamiento.
- Tragar constantemente.
- Nerviosismo.
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Vómitos.

• Efectos psicológicos:

- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones

RESULTADOS

En la Figura 1 y Tabla 1 se refleja que entre Marzo y Agosto del 2008 se diagnosticaron 372 casos, de los cuales 266 fueron abortos espontáneos y 106 abortos inducidos. (Anexo 2)

Tabla 1

Columna1	Columna2
	N° DE PAC.
DX. ABORTO ESPONTÁNEO	266
DX. ABORTO PROVOCADO	106
DX. ABORTO	372

En la Figura 2 y Tabla 2 observamos que el 22% del total de abortos diagnosticados en el periodo Marzo-Agosto 2008 fueron abortos inducidos, lo que resulta en que el 78% fueron abortos espontáneos. (Anexo 3).

Tabla 2

DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES	DE %
PAC. CON ABORTO	372	100%
PAC. CON ABORTO INDUCIDO.	106	22%

En la Figura 3 y Tabla 3 observamos que el grupo etario con mayor incidencia de abortos inducidos es entre 18-35 años con 68 casos, seguido de las pacientes mayores de 35 años con 25 casos y por ultimo 13 casos en pacientes menores a 18 años. (Anexo 4).

Tabla 3

Columna1	Columna2
GRUPO ETAREO	N° DE PAC.
< 18 AÑOS	13
18 - 35 AÑOS	68
> 35 AÑOS	25
TOTAL	106

El gráfico 4 y tabla 4 observamos que el grado de instrucción de mayor índice de abortos inducidos es las pacientes que tienen instrucción hasta Secundaria con 58 casos, 35 casos de instrucción universitaria, 11 de instrucción primaria y 2 pacientes analfabetas. (Anexo 5).

TABLA 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE PAC.
PRIMARIA	11
SECUNDARIA	58
UNIVERSITARIA	35
ANALFABETA	2
TOTAL	106

Mediante el gráfico 5 y la tabla 5 queda evidenciado que en nuestro grupo de análisis el embarazo no deseado es la principal causa para un aborto inducido con 93 casos, seguido de la influencia familiar en 9 casos, problemas conyugales 3 y violación con un solo caso. (Anexo 6)

TABLA 5

CAUSAS QUE INDUJERON AL ABORTO	N° DE PACIENTES
INFLUENCIA FAMILIAR	9
EMB. NO DESEADO	93
VIOLACIÓN	1
PROBLEMAS CONYUGALES.	3

Los métodos farmacológicos son los más usados por las pacientes en los abortos provocados, como podemos observar en el gráfico 6 y la tabla 6, donde 102 casos fueron realizados por este método, y solo 4 casos fueron mediante métodos naturales. (Anexo 7)

TABLA 6

METODOS UTILIZADOS	N° DE PACIENTES
FARMACOLÓGICOS	102
NATURALES	4
PROCEDIMENTALES	0

El gráfico y la tabla 7 dejan evidenciado que el 87% (93 casos) de las pacientes con aborto inducido, no tienen conocimiento de los métodos de planificación familiar y solo el 13 % (13 casos) conocen dichos métodos. (Anexo 8)

TABLA 7

CONOCIMIENTO PLANIF. FAMILIAR	MET.	Nº DE PACIENTES
SI		13
NO		93

Queda demostrado que la mayoría de los casos de aborto inducido ocurre en mujeres solteras, 60 casos, 31 casos en pacientes que viven en concubinato y 15 en pacientes casadas. (Anexo 9)

TABLA 8

ESTADO CIVIL	Nº DE PACIENTES.
CASADA	15
SOLTERA	60
UNIÓN ESTABLE	31

CONCLUSIONES

- En el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Municipal Universitario Japonés durante el periodo comprendido entre mayo y agosto del 2008 se internaron 372 pacientes con el Diagnóstico de Aborto, de éstas 106 son Abortos Provocados que hacen a un 22% del total de abortos.
- Observamos también que el grupo etáreo en el que se presenta el mayor número de aborto provocado es entre los 18 y los 35 años de edad, haciendo éstos un total de 68 casos, que significan un 32% de los casos de aborto provocado.
- Del total de 106 casos de pacientes con aborto provocado 58 tenían un grado de instrucción hasta secundaria.
- Dentro de las principales causales del Aborto provocado, se observa que 93 casos fueron Embarazos no deseados, significando un 88% del total de pacientes con el diagnóstico de Aborto Provocado.
- El método más utilizado en las pacientes que llegaron a nuestro servicio con el diagnóstico de aborto provocado es Farmacológico haciendo un total de 102 casos que

significan un 96%, dentro de éste método el Fármaco utilizado es el MISOPROSTOL.

- Del total de 106 casos de pacientes con el diagnóstico de Aborto Provocado en nuestro servicio, el mayor porcentaje, de pacientes son Solteras, haciendo un total de 60 pacientes que significa un 57%.
- De todas las pacientes estudiadas un 93 de ellas no conocían los métodos de Planificación Familiar.

RECOMENDACIONES

Intensificar el programa de Salud Reproductiva, en los Colegios, Universidades, Agrupaciones de Mujeres, Centros de Salud, Hospitales, etc.

Brindar una mejor información sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes y la accesibilidad gratuita a ellos para evitar embarazos no deseados y de ésta manera no llegar a Abortos Provocados y poner en riesgo la vida de la mujer, colaborando de ésta manera a disminuir la tasa de Mortalidad Materna en nuestro país.

Normar la venta del Misoprostol en las farmacias, por el ente de Salud Departamental y autoridades pertinentes, debiendo llevarse un registro controlado de la venta con Receta Médica otorgada por un médico con Registro Profesional.

Fomentar talleres de información a jóvenes adolescentes y mujeres en edad fértil sobre la anatomía y fisiología de su organismo, y las complicaciones a las que se encontrarían expuestas al realizarse un Aborto Provocado.

Incentivar el apoyo de autoridades prefecturales, municipales, eclesiásticas y educativas, para brindar su apoyo desinteresado en la elaboración de dichos programas de Educación Continua sobre Salud Reproductiva.

BIBLIOGRAFIA

ACIEN P, Balasch J, Comino R, Egozcue J, Parrilla JJ, Viscasillas. Aborto a repetición. Documentos de consenso de la SEGO. 1996.

BOTELLA J, Clavero JA. Aborto. En: Tratado de la Ginecología 14º Ed. Madrid.

BAJO ARENAS JM. Fundamentos de Obstetricia (SEGO).

Páginas de Internet:
www.google.com
www.atavista.com