

2 11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE EL ABORTO EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DEL I.M.S.S.  
EN SAN LUIS POTOSI, S. L. P., DE 15 DE ENERO A  
15 DE NOVIEMBRE 1981**

**T E S I S**  
**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**  
**R E A L I Z A D A P O R:**

**DRA. ADRIANA ACOSTA DIAZ**  
**DRA. RITA ESTHER GONZALEZ TRIGOS**  
**DR. ROSENDO REYES MARTINEZ**

**SAN LUIS POTOSI**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**2002**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JESUS RICARDO DE LEON.

SANCHEZ. JEFE DELEGACIONAL  
DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

I.M.S.S., SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

I. M. S. S.]

JEFATURA  
DELEGACIONAL  
DE ENSEÑANZA  
E  
INVESTIGACION  
S. L. P.

*Jane*  
DR. ENRIQUE ANAYA MELENDEZ

GINECOOBSTETRA DEL HOSPITAL

GENERAL DE ZONA NO. I

I.M.S.S., SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

*[Signature]*  
DR. LAZARO ANTONIO PEREZ ARTEAGA  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
I.M.S.S., SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

DR. CARLOS LOREDO DIAZ INFANTE  
COORDINADOR DE ~~LA RESERVA~~ *[Signature]*  
MEDICINA FAMILIAR, I.M.S.S.  
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A NUESTROS PADRES..

A NUESTROS CONYUGES..

A NUESTROS HERMANOS..

A NUESTROS HIJOS..

NUESTRO AGRADECIMIENTO AL SR..

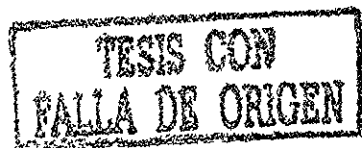
DR. DON ENRIQUE ANAYA MELENDEZ

Y

SR. DR. DON ANTONIO BENITO TORRES RUVALCABA

QUE SIN SUS COLABORACIONES NO HUBIERA SIDO

POSIBLE LA REALIZACION DE ESTA TESIS.



## INDICE

INTRODUCCION

GENERALIDADES

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

COMENTARIOS

GRAFICOS Y CUADROS

SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

CUESTIONARIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION.

Dada la importancia que en nuestro medio tiene el -- aborto como problema de Salud Pública, escojimos el tema para -- trabajo de tesis.

Sabemos que el aborto constituye un viejo problema - social, causante de gran morbi-mortalidad; ya sea éste espontá -- neo o provocado.

En el lenguaje médico, se entiende por "aborto" a la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es -- decir, capaz de llevar una vida extrauterina independiente. La viabilidad es definida en función de la duración del embarazo -- y peso del producto; en ocasiones la longitud de éste. La mayo -- ría de los miembros del Grupo Científico de la OMS han dejado -- como límite superior de duración de embarazo en 20 semanas pa -- ra definir el aborto, y peso menor de 500 gramos.

En México se calcula que aproximadamente el 20% de -- todas las gestaciones terminan en aborto y cerca del 4% son de -- tipo habitual. En los Hospitales de Ginecoobstetricia del Se -- guro Social indican que aproximadamente el 10% de la población -- femenina derecho habiente entre los 15 y los 44 años de edad -- se induce un aborto al año. Las encuestas indican que el 26.7% -- de las mujeres de este grupo de edad han tenido por lo menos -- un aborto en su vida.

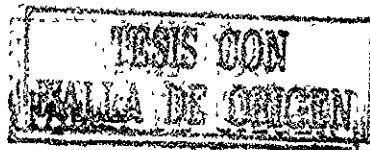
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En México no disponemos de datos estadísticos sobre -- aborto espontáneo que tiene lugar casi siempre fuera de las Ins tituciones, éstas últimas atienden precisamente las complicacio nes y sería calcular la mortalidad tomando estas cifras como ba se para un estudio epidemiológico confiable.

Los Hospitales de Gineco- Obstetricia tienen bien es tablecidos sus datos de morbi-mortalidad por aborto, pero no -- pueden diferenciar fácilmente el aborto espontáneo del provoca do.

Cuando el aborto es provocado, el tema da lugar a aca loradas polémicas por sus implicaciones éticas, religiosas y le gales. Al legalizarse el aborto en algunos países, e intentarse su legalización en otros vuelve a plantearse como tema de ac-- tualidad. La tendencia actual es hacia la liberalización de -- las leyes referentes al aborto, en varios países. A escala mun dial se ha desatado una proliferación de análisis estadísticos de las mujeres que abortan, los procedimientos abortivos, y la morbi-mortalidad relacionada con esa operación.

Nuestra legislación sobre el particular, que data del año de 1931, comprendida en el Título Décimonoveno y con el ru bro de Aborto, prevee lo relativo a este delito en los Artícu-- los 329 a 334. En sus aspectos principales, considera que el - aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier época de la preñez.



### GENERALIDADES.

Se entiende por aborto a la terminación del embarazo antes de que el producto de la concepción alcance la viabilidad, es decir de supervivencia, y el criterio es menor de 20 semanas de gestación y peso menor de 500 gramos.

El desarrollo del embrión humano puede verse afectado por una multitud de trastornos causados por factores genéticos, infecciosos, físicos, químicos y otros que aún se desconocen. Aunque todavía se ignoran las causas últimas del aborto espontáneo y sus mecanismos patogenéticos exactos, en los embriones malogrados suele observarse anomalías significativas, morfológi--cas o de otro tipo. Algunas de ellas tiene probablemente una relación de causa a efecto con el aborto; sin embargo, el hallazgo de una anomalía sea morfológica o cromosómica no excluye la posible intervención de factores múltiples en forma simétrica.

Los estudios embriológicos indican que la mayor pérdida de ovulos fecundados se produce antes de la implantación y, en menor escala, durante la semana siguiente. Como estas pérdidas precoces no dan signos ni síntomas clínicos no figuran en ninguna estadística sobre la incidencia del aborto espontáneo.

La incidencia del aborto espontáneo es objeto de discusión. Las fuentes de error que hay que tomar en cuenta al ana



lizar toda estadística sobre aborto son: A).- La falta de representatividad de las poblaciones accesibles en diversas regiones del mundo; B).- La subestimación, debida a que las mujeres no reconocen como tales sus propios abortos; y C).- Sobreestimación resultante de declarar como abortos espontáneos episodios de amenorrea transitoria o abortos provocados.

La OMS recogido un gran volumen de información cuyo análisis hace pensar que un promedio de 15 a 20 abortos espontáneos por 100 embarazos se aproximaría bastante a la realidad; así mismo que casi la mitad de todas las muertes fetales ocurrieron antes de la 9a semana de gestación; y más de 9 de cada 10 abortos antes de la 17a semana.

También en dichos estudios se observa que el número de abortos espontáneos por 100 embarazos aumenta con la edad de la madre, así como el número de embarazos y el número de abortos anteriores. Aunque estos factores parecen independientes entre sí, unos refuerzan a otros.

Se hará una revisión de los principales tipos de factores determinantes del aborto espontáneo.

#### -FACTORES GENETICOS.

Fundándose en el estudio cromosómico de los tejidos embrionarios, el amnios y el corion, se admite que la frecuencia de la aneuploidia es mucho mayor en los abortos precoces,-

que en los que se producen después del primer trimestre. Los tipos de aberración cromosómica observados varían según la edad del feto, encontrándose más translocaciones y mosaicos hacia la mitad del embarazo. Las anomalías identificadas son principalmente trisomías autosómicas, XO y poliploidias. Actualmente se sabe que la mayor parte de los embriones XO se logran -- por aborto, desconociéndose la razón por la que falla la separación cromosómica en la gametogénesis, ni la patogenia de los fenómenos que conducen al aborto.

#### -FACTORES INFECCIOSOS.

Las enfermedades infecciosas pueden ser causa de abortos espontáneos por provocar la infección y la muerte subsecuente del feto o por desencadenar contracciones uterinas. En el caso de la rubéola, no sólo causa ciertas malformaciones congénitas sino también una mayor frecuencia de abortos. Se sabe que la enfermedad de inclusiones citomegálicas, la viruela y otras infecciones víricas también son causa de muerte fetal.

También se sabe que ciertos protozoos (ej. *Toxoplasma gondii*), hongos y bacterias pueden infectar en ocasiones al feto. En general, la influencia de estas infecciones en el aborto es poco conocida.

#### -FACTORES FISICOS Y QUIMICOS.

Rara vez puede demostrarse que un traumatismo haya -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sido la causa directa de un aborto espontáneo.

Está comprobado que diversos tipos de radiaciones provocan malformaciones congénitas y la muerte fetal; la dosis de radiación y el grado de desarrollo fetal son importantes variables.

Muchos productos químicos, incluidos los medicamentos, atraviesan la barrera placentaria y algunos de ellos ( talidomida, bociógenos, y antagonistas del ácido fólico ) provocan malformaciones fetales. En algunos casos pueden también provocar abortos. No está demostrado que otras sustancias ( ej. contaminantes y metales pesados ) sean capaces de provocar aborto.

No se ha comprobado que la presencia de un dispositivo intrauterino aumenta las probabilidades de que se produzca un aborto espontáneo.

#### -OTROS FACTORES.

En el aborto espontáneo pueden intervenir también factores inmunológicos, como indican algunos estudios epidemiológicos.

Aunque a menudo se ha atribuido al aborto espontáneo a factores emocionales ( stress ), esta relación sigue siendo hipotética. No está claro el mecanismo patógenético que daría origen a tales abortos.

Tampoco se ha demostrado de manera concluyente si la-

malnutrición grave o determinadas carencias vitamínicas o endócrinas pueden provocar abortos espontáneos en la mujer, aunque experimentos realizados en animales sugieren que esos factores podrían ejercer un efecto predisponente.

Las hemoglobinopatías de la madre o del feto influyen en la frecuencia de pérdidas prenatales, como en la anemia drepanocítica, en la talasanemia.

A veces el aborto espontáneo se debe a factores anatómicos. (Las malformaciones útero unicorne o didelfo, hipoplasia uterina) o los tumores del útero, pueden ser causa de aborto -- por sus repercusiones vasculares o mecánicas o por impedir la placentación normal.

La atonía del cuello uterino es un trastorno obstétrico poco frecuente, y que a veces da lugar a la expulsión del feto. Otros trastornos cervicales, como las cicatrices de desgarros, la conización o la resección, predisponen así mismo al aborto espontáneo.

También pueden influir en el aborto factores dependientes del padre, como en la uretritis por micoplasma del hombre que pueden estar relacionada con una endocervicitis materna y contribuir, por tanto, al aborto. Del mismo modo los espermatozoides aneuploides pueden ser causa de abortos espontáneos.

#### ESTUDIOS MORFOLOGICO.

El aspecto morfológico es variable y habitualmente --

presentan anomalías estructurales. Se han hecho diversas int  
tativas para clasificar estas anomalías y encontrar un sistema  
 que permita establecer una relación con la etiología; sin embar  
go, estos esfuerzos han sido estériles, y la división de los -  
 embriones en atróficos nodulares, cilíndricos, etc. no guardan  
 relación con mecanismos patogénicos o de otro tipo. La excepción  
 es la extraordinaria frecuencia del edema hidatidiforme de ---  
 las vellosidades en los casos de triploidia. En general, del-  
 30 a 40% de los abortos espontáneos el embrión tiene malforma-  
 ciones.

#### ABORTO HABITUAL.

Este es poco frecuente, clínicamente, el diagnóstico  
 se establece ante una historia de tres o más abortos sucesivos.

Parece demostrado que algunas mujeres son más propen  
das al aborto que otras, pero hay evidencia de que una serie -  
 de abortos sucesivos puede ser fruto del azar. La probabilidad  
 de que los embarazos terminen en un aborto espontáneo es de un  
 10%, la probabilidad de que una mujer sufra tres abortos suce-  
 sivos es de 1 X 1000, mientras que si las posibilidades de - -  
 aborto son del 20% la probabilidad de que una mujer tenga dicha  
 serie de abortos será de 1:125 (OMUS).

#### SEXO DEL FETO.

Existen varios métodos para determinar el sexo de un

producto de un aborto espontáneo, pero ninguno de ellos es infalible. Hay la posibilidad de inspeccionar los genitales internos y externos, e histológicamente sus gonadas; sin embargo el clítoris embrionario puede simular un pene y las gonadas tener anomalías estructurales.

Se pueden cultivar tejidos del feto, amnios, y con menor frecuencia del corion. El cariotipo de estas células suele revelar el tipo de los cromosomas sexuales. Pero hay el riesgo de cultivar células de la madre (deciduales).

Con mucha frecuencia se ha empleado la determinación del "sexo nuclear". Pero también ésta técnica debe usarse con cuidado. En tales estudios, los abortos XO se consideran (a veces erróneamente) como del sexo masculino. La presencia de mosaicos cromosómicos y de otras dificultades puede hacer que no pueda obtenerse conclusiones significativas sobre el sexo de un embrión por este método.

Combinando estas técnicas para estudiar a fondo los abortos, se ha observado que el cariotipo XX se hayan con más frecuencia en los fetos abortados.

Estas consideraciones tiene importancia en relación con las causas de aborto espontáneo.

#### ABORTO PROVOCADO.

El aborto inducido y la anticoncepción tienen un ob-



jeto común; prevenir el nacimiento de un hijo no deseado y es-  
 de hacer notar que las parejas que usaban método anticoncepti-  
 vo previo hayan hecho el intento de abortar y algunas lo logra-  
 ron ( C. Tietze ). Es raro que un embarazo deseado se interrump-  
 a por poner en peligro y salud de la madre, o que se sepa o -  
 tema que el hijo va a presentar malformaciones o defectos. --  
 Además de los motivos anteriores ciertos embarazos se han con-  
 siderado indeseables desde el punto de vista social: Cabe ci-  
 tar los embarazos de solteras, consecutivos a una violación, -  
 un incesto o adulterio las mujeres con hijos ya adultos o que-  
 el padre que pertenezca a otro grupo social o raza. También -  
 influyen factores psicológicos individuales de la mujer: con-  
 flictos con el marido o compañero o sus padres u otros miembros  
 de la familia. Esta actitud puede modificarse con el curso del  
 embarazo.

#### INDICACIONES DEL ABORTO PROVOCADO.

Aunque existen indicaciones médicas, eugenicicas, hu-  
 manitarias y sociales en la Unión Americana, la URSS, Japón, -  
 y otros países; en México, el aborto legal es el terapéutico -  
 y tiene una frecuencia muy baja, y puesto que las indicaciones  
 se han venido reduciendo por los adelantos de la ciencia, y en-  
 tre las "humanitarias", "éticas", ó "jurídicas" se refieren a  
 la interrupción de los embarazos que resultan de violación, --

ingesto u otros delitos sexuales; casi siempre terminan por nacer el producto dada la tardanza en la notificación del caso - y los trámites burocráticos legales.

En algunos países sólo se cumplen parcialmente las leyes que prohíben o limitan el aborto, al menos en el ejercicio privado de la medicina; el resultado es que las mujeres del nivel socioeconómico bajo que tienen que recurrir a los servicios médicos públicos tienen menos probabilidades de interrumpir su embarazo en buenas condiciones asistenciales que las pertene--cientes a capas más favorecidas de esa misma sociedad.

#### FRECUENCIA DEL ABORTO PROVOCADO.

La frecuencia del aborto clandestino es desconocida; en nuestro país la incidencia varía de 50 a 75% por cada 100 - partos, comparada con la incidencia en todo el mundo que según autores europeos puede ser tan frecuente como un aborto por cada parto normal ( Gineco Obstetricia de México 1970 )..



## MATERIAL Y METODOS

Para desarrollar el presente trabajo, se estudiaron en forma prospectiva los abortos ocurridos en el lapso de Enero 15 a Noviembre 15 de 1981, que acudieron al Hospital General de Zona No. 1 del I.M.S.S. Estudiándose 187 casos en los que se efectuó un cuestionario (ver anexo), y revisión de regpectivo expedientes.

Para el estudio de cada mujer que abortó, se tomaron las siguientes variables: edad, estado civil, religión, escolaridad, rol que ocupa en la familia, número de miembros de ésta, ingreso familiar, antecedentes gineco-obstétricos -- como: embarazos, partos, cesáreas y abortos, previos y su --- número, fecha de última menstruación, sintomatología al ingreso, métodos anticonceptivos usados en el tiempo en que ocu- rrió el embarazo del presente aborto, y maniobras abortivas--- efectuadas si las hubo.

Del expediente se recogieron los siguientes datos:- cédula, diagnóstico de ingreso, tratamiento llevado a cabo -- y los días de hospitalización.

Para la obtención de los resultados se utilizó: media aritmética y mediana.

La prueba estadística se hizo con el método de Desviación Estándar modificada.



## RESULTADOS

Como es muy difícil saber el número de embarazos a cada edad, se comparó la distribución de abortos con la de partos en el Hospital General de Zona No. 1 con los mismos intervalos de clase. La distribución se describe en el cuadro No. 1. Se encontró una tasa total de aborto de 13.0; -- siendo mayor en los grupos de edad: 36-40 años con una tasa de 35.6, de 41-45 años con una tasa de 59.1, y de 46 años -- o más con tasa de 40.0.

Fue más frecuente el aborto entre la 9a. a la 11a. semana de gestación con un 35.3%, resultando una media de -- 10.7 semanas de gestación, con desviación estándar de 3.4 -- semanas. (Cuadro No.2).

El aborto fue más frecuente en la casada con 93.0%, y menor en la soltera con 4.3% (números absolutos).

El 98.4% fueron católicas. El 70% tenían primaria-incompleta o completa. El rol dentro de la familia que predominó fue el de Esposa-madree con 73.0%. El número de miembros de la familia fue mayor en la de 3 con 19.8%, de 4 y 5- fue de 16.6%, y de 2 con 11.8%.

El ingreso per cápita calculado con mediana fue de: \$1,509.00 pesos (Cuadro No. 8).

En la distribución de los abortos según el número -

de gestaciones, la media aritmética fue de : 4.7 ( $\bar{X} = 4.7$ ) - con desviación estándar de 5.7 ( $\hat{S} = 5.7$ ). Según el número -- de partos previos, la  $\bar{X} = 3.4$  y la  $\hat{S} = 4.6$ . El número de -- abortos anteriores fue de 0 abortos el mayor con 68.4%, y -- con un aborto previo el 25.1%, su  $\bar{X} = 0.4$  y la  $\hat{S} = 4.6$ . El número de abortos anteriores fue de 0 abortos el mayor con --- 68.4%, y con un aborto previo el 25.1%, su  $\bar{X} = 0.4$  y la  $\hat{S} = 0.8$ . Hubo cesárea previa en el 6.9% de las pacientes estu -- diadas, resultando  $\bar{X} = 0.09$  y  $\hat{S} = 0.3$ . (Ver cuadros No. : 9,- 10, 11, 12).

La sintomatología predominante fue: hemorragia en el 87.7%, dolor con un 77.0%; expulsión de restos con el --- 48.0%; calosfrío y cefalea en el 22.5%; mareos el 19.8%; y - se presentó náusea en el 16.0%. (Ver cuadro No. 13).

A todas las pacientes se les practicó Legrado Uterino Instrumental, independientemente si el aborto fue completo o incompleto; se les administraron igualmente líquidos intravenosos. Sólo el 8.6% ameritó transfusión sanguínea. -- (Cuadro No. 15).

Las principales complicaciones fueron: anemia leve con el 22.5%; anemia moderada en el 12.3%, y anemia grave con un 8.0% de los casos; hubo choque hipovolémico en el 5.3% de las pacientes estudiadas. (Cuadro No. 16).

El 60.4% de las pacientes estuvieron hospitalizadas

de 0 a 2 días; y el 36.9% de 3 a 5 días. (Cuadro No. 17).

De las pacientes estudiadas, 13 aceptaron que su aborto fue provocado, lo que significa el 6.8% de nuestro estudio.

Las maniobras abortivas más usadas fueron: sonda - en 9 casos ocupando el 69.2%; y presencia de DIU en 2 casos - con el 15.4% del total de las maniobras.

## CONCLUSIONES

En este estudio epidemiológico, aunque el número - de casos lo consideramos bajo, los resultados son semejantes a los obtenidos en otros estudios.

La frecuencia del aborto fué mayor en las mujeres- de nivel socio-económico medio. La explicación es que: las - mujeres de nivel socioeconómico alto acuden a atenderse de - sus abortos a hospitales particulares. Las de nivel socioeco- nómico bajo no cuentan con la protección de la Seguridad So- cial, y si procuran atención es a otros hospitales (Civiles, rurales, etc.).

La tasa de aborto fué mayor en multíparas; creemos que se debe a que a un mayor número de embarazos mayor proba- bilidad de que ocurra un aborto.

No hubo relación del aborto con el número de miem- bros en la familia, a excepción de lo manifestado por una -- viuda y una casada con tres hijos, las cuales no deseaban -- más familia.

El ingreso per-capita (mediana= \$ 1 509.00) corres- pondió al nivel socioeconómico medio y al nivel educacional.

En cuanto a la mayor frecuencia en mujeres con an- tecedentes abortivos, no hubo tal, ni en el espontáneo ni en el provocado.

El término medio de expulsión fue de 10.2 semanas - de gestación. No se sabe cual sea la fisiopatología para explicar este fenómeno. Herting refiere que se debe a desarrollo anormal. No lo pudimos demostrar ya que no contamos con estudios de anatomía patológica.

Como esperabamos, la sintomatología predominante -- fue: hemorragia tranvaginal, dolor en bajo vientre, expulsión de restos y/o líquido, calosfrios y cefalea; en ese orden.

El tratamiento llevado a cabo fué: curetaje y administración de líquidos a todas ellas.

Las complicaciones, en orden de frecuencia, fueron: anemia leve, moderada y grave, choque hipovolémico. Estas últimas complicaciones se debieron, choque hipovolémico. Estas últimas complicaciones se debieron, en la mayoría de los casos, a tardanza en acudir a recibir atención médica.

De las 187 mujeres estudiadas 13 de ellas aceptaron haberse practicado maniobras abortivas. El método abortivo -- más frecuente fué la instalación de sonda a través de orificio cervical por una empírica (4.8%); DIU, dos de ellas, extrayéndolos y logrando el aborto. Una utilizó inyectables (no refirió que tipo), y por último una usó como medio abortivo -- los traumas repetidos en abdomen.

En general, hubo rechazo hacia el aborto provocado.

Las que utilizaron DIU y una el ritmo como método -- anticonceptivo se provocaron el aborto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO No.1

DISTRIBUCION COMPARADA (TASA) DE PARTOS Y ABORTOS SEGUN LA EDAD.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA DE PARTOS	PORCIENTO	FRECUENCIA	PORCIENTO	TASA
14 a 19	229	15.9	14	7.5	6.1
20 a 25	613	42.7	56	29.9	9.1
26 a 30	335	23.3	46	24.6	13.7
31 a 35	159	11.1	30	16.0	18.9
36 a 40	73	5.1	26	13.9	35.6
41 a 45	22	1.5	13	7.0	59.1
46 o más	5	0.3	2	1.0	40.1
TOTALES	1436	100.0	187	100.0	13.0

FUENTE: ARCHIVO DE ESTADISTICA Y CUESTIONARIO.

## CUADRO No.2

DISTRIBUCION POR SEMANAS DE GESTACION AL OCURRIR EL ABORTO EN LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

SEMANAS DE GESTACION	FRECUENCIA	PORCIENTO
3 A 5	8	4.3
6 A 8	41	21.9
9 A 11	66	35.3
12 A 14	52	27.8
15 A 17	8	4.3
18 A 20	12	6.4
TOTALES	187	100.0
MEDIA=10.7 SEMANAS	DESVIACION ESTANDAR=3.4 SEMANAS	

FUENTE: CUESTIONARIO

CUADRO No.3  
 ESTADO CIVIL DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABORTARON  
 H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
 ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCIENTO
SOLTERA	8	4.3
CASADA	172	92.0
UNION LIBRE	4	2.1
VIUDA	1	0.5
SEPARADA	1	0.5
DIVORCIADA	1	0.5
TOTAL	187	99.9

FUENTE: CUESTIONARIO

CUADRO No.4  
 GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABOR-  
 TARON.  
 H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
 ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCIENTO
NO LEE, NO ESCRIBE	11	5.9
SABE LEER, NO ESCRIBE	1	0.5
SABE LEER Y ESCRIBIR	7	3.7
PRIMARIA INCOMPLETA	75	40.1
PRIMARIA COMPLETA	39	20.9
SECUNDARIA O EQUIV. INCOMPLETA	13	6.9
SECUNDARIA O EQUIV. COMPLETA	20	10.7
PREPARATORIA O EQUIV. INCOMPLETA	9	4.8
PREPARATORIA O EQUIV. COMPLETA	12	6.4
TOTAL	187	99.9

FUENTE: CUESTIONARIO



CUADRO No.5  
RELIGION QUE PRACTICABAN LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABOR-  
TARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

RELIGION	FRECUENCIA	PORCIENTO
CATOLICA	184	98.4
CRISTIANA	1	0.5
EVANGELISTA	1	0.5
ATEA	1	0.5
TOTAL	187	99.9

FUENTE: CUESTIONARIO

CUADRO No.6  
NUMERO DE MIEMBROS EN LAS FAMILIAS DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS  
H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

No. DE MIEMBROS	FRECUENCIA	PORCIENTO
1	1	0.5
2	22	11.8
3	37	19.8
4	31	16.6
5	31	16.6
6	17	9.1
7	11	5.9
8	10	5.3
9	11	5.9
10	7	3.7
11	4	2.1
12	1	0.5
13	2	1.1
14	1	0.5
16	1	0.5
TOTAL	187	99.9

FUENTE: CUESTIONARIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO No.7

ROLES EN LA FAMILIA DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

ROL	FRECUENCIA	PORCIENTO
ESPOSA MADRE	137	73.3
ESPOSA COLABORADORA	31	16.6
ESPOSA COMPAÑERA	2	1.1
OTRAS	17	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>99.1</b>

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No.8

DISTRIBUCION SEGUN EL INGRESO PER-CAPITA DE LAS FAMILIAS DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

INGRESO PER-CAPITA (PESOS)	FRECUENCIA	FORCIENTO
0 A 499	9	4.8
500 A 999	42	22.5
1,000 A 1,499	42	22.5
1,500 A 1,999	25	13.4
2,000 A 2,499	13	7.0
2,500 A 2,999	17	9.1
3,000 A 3,499	5	2.7
3,500 A 3,999	5	2.7
4,000 A 4,499	5	2.7
4,500 A 4,999	2	1.1
5,000 0 más	27	14.4
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

MEDIANA= \$ 1,509.00

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No.9

DISTRIBUCION DE LOS ABORTOS SEGUN EL NUMERO DE GESTACIONES QUE SE PRODUJERON EN LAS 187 MUJERES QUE ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

No.DE GESTACIONES	FRECUENCIA	PORCIENTO
1 A 3	85	45.5
4 A 6	62	33.1
7 A 9	20	10.7
10 A 12	11	5.9
13 A 15	7	3.7
16 A 18	2	1.1
<b>TOTALES</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

$\bar{X}=4.7$

$\hat{S}=5.7$

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LOS ABORTOS SEGUN EL NUMERO DE PARTOS PREVIOS A AQUEL EN QUE SE PRODUJERON EN LAS 187 MUJERES QUE ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

No. DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCIENTO
0 A 2	91	48.7
3 A 5	60	32.1
6 A 8	21	11.2
9 A 11	8	4.3
12 A 14	6	3.2
15 A 17	1	0.5
<b>TOTALES</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

$\bar{X}=3.4$

$\hat{S}=4.6$

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUA\_DRO No.11

FRECUENCIA DE ABORTOS SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS ANTERIORES EN  
LAS 187 MUJERES QUE ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

No. DE ABORTOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCIENTO
0	128	68.4
1	47	25.1
2	9	4.8
3.	1	0.5
4	2	1.1
TOTALES	187	100.0

$\bar{X}=0.4$

$\hat{S}=0.8$

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No.12

FRECUENCIA DE ABORTOS SEGUN EL NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES -  
EN LAS 187 MUJERES QUE ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

No. DE CESAREAS PREVIAS	FRECUENCIA	PORCIENTO
0	174	93.0
1	10	5.3
2	3	1.6
TOTALES	187	100.0

$\bar{X}=0.09$

$\hat{S}=0.3$

FUENTE: CUESTIONARIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUADRO No. 13

SINTOMATOLOGIA, EN ORDEN DE FRECUENCIA, QUE PRESENTARON LAS  
187 MUJERES QUE ABORTARON

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

SINTOMATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCIENTO
HEMORRAGIA	164	87.7
DOLOR	144	77.0
EXPULSION DE RESTOS	90	48.0
CALOSFRIOS	42	22.5
CEFALEA	42	22.5
MAREOS	37	19.8
NAUSEA	30	16.0
FIEBRE	23	12.3
TAQUICARDIA Y/O PALPITACIONES	22	11.7
SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO	18	9.6
VOMITO	15	8.0
HIPOTENSION	15	8.0
DISURIA	10	5.3
PERDIDA DEL CONOCIMIENTO	7	3.7
SALIDA DE PUS	6	2.7

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No. 14

DIAGNOSTICO HECHO AL INGRESO EN LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE  
ABORTARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCIENTO
ABORTO INCOMPLETO	108	57.8
AMENAZA DE ABORTO	30	16.0
ABORTO EN EVOLUCION	23	12.3
ABORTO FALLIDO	12	6.4
ABORTO SEPTICO	8	4.3
ABORTO INMINENTE	4	2.0
ABORTO COMPLETO	2	1.1
TOTAL	187	99.8

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No. 15

TRATAMIENTO QUE SE EFECTUO A LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABOR  
TARON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCIENTO
LEGRADO	187	100.0
LIQUIDOS I.V.	187	100.0
SANGRE	16	8.6
HIERRO I.M.	1	0.5
NUEVO LEGRADO	1	0.5
ANTIBIOTICOS:		
PENICILINA-KANAMICINA	16	8.6
AMPICILINA	12	6.4
PENICILINA	6	3.2
PENICILINA GENTAMICINA	1	0.5
AMPICILINA-KANAMICINA	1	0.5

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No.16

COMPLICACIONES , EN ORDEN DE FRECUENCIA, QUE PRESENTARON LAS  
187 MUJERES QUE ABORTARON

H.G.Z.No.1, I.M.S.S  
ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCIENTO
ANEMIA: LEVE *	42	22.5
MODERADA	23	12.3
GRAVE	15	8.0
CHOQUE HIPOVOLEMICO	10	5.3
CHOQUE SEPTICO	1	0.5
TROMBOFLEBITIS	1	0.5
DIABETES	1	0.5

\*LEVE    Hb%    >12g % y <10.5g%  
MODERADA   "    >10g% y <9.1g%  
GRAVE     ":    >9.0g%

FUENTE: EXAMENES DE LABO  
RATORIO.

## CUADRO No.17

DIAS DE HOSPITALIZACION DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS QUE ABORTA-  
RON.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981

DIAS DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	PORCIENTO
0 A 2	113	60.4
3 A 5	69	36.4
6 A 10	4	2.1
11 O MAS	1	0.5
TOTAL	187	99.9

FUENTE: CUESTIONARIO

## CUADRO No.18

MANIOBRAS ABORTIVAS EFECTUADAS EN 13 DE LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS  
 H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
 ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

MANIOBRAS ABORTIVAS	FRECUENCIA	PORCIENTO
SONDA	9	4.8
DIU (EXTRACCION)	2	1.0
INYECTABLES	1	0.5
TRAUMATISMOS	1	0.5
TOTAL	13	6.8

FUENTE: CUESTIONARIO

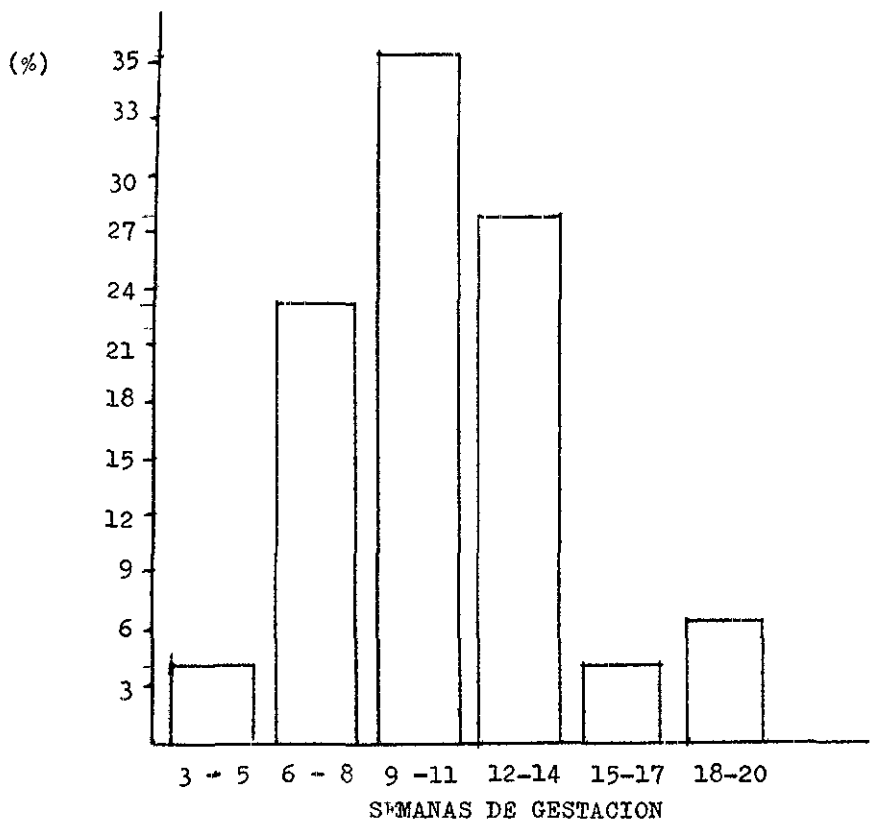
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



DISTRIBUCION POR SEMANAS DE GESTACION AL OCURRIR EL ABORTO EN -  
LAS 187 MUJERES ESTUDIADAS.

H.G.Z.No.1, I.M.S.S.

ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.

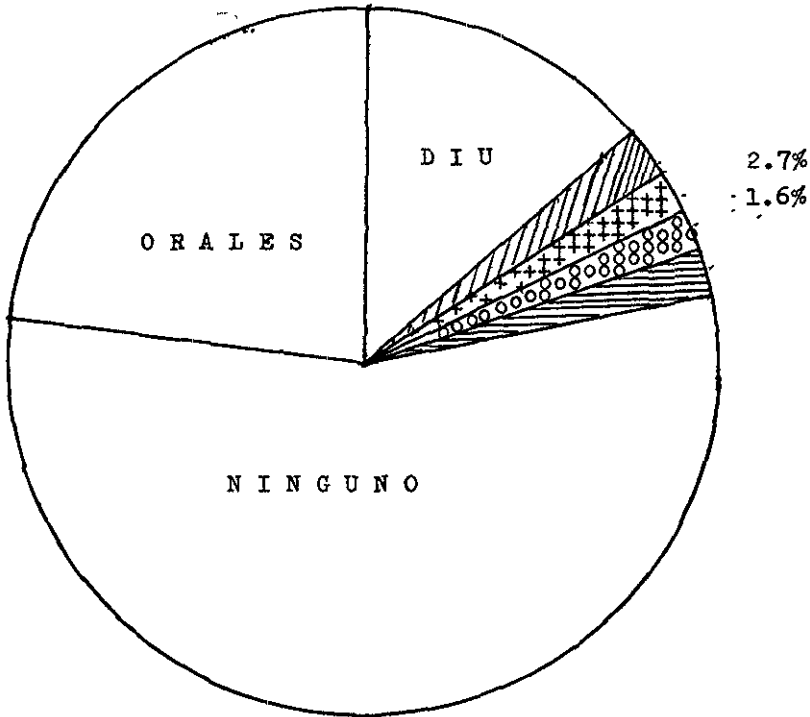






FUENTE: CUESTIONARIO Y  
EXPEDIENTE, CUA-  
DRO No.2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

29  
GRAFICO No. 2

METODO ANTICONCEPTIVO USADO PREVIAMENTE AL ABORTO EN LAS 187  
MUJERES ESTUDIADAS  
H.G.Z.No.1, I.M.S.S.  
ENERO 15 A NOVIEMBRE 15 DE 1981.



-  INYECTABLE
-  OVULOS
-  PRES ERVATIVO
-  RITMO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: CUESTIONARIO

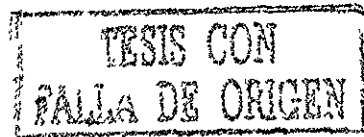
ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## SUGERENCIAS

La mejor manera de prevenir el aborto y sus complicaciones, así como los gastos en atención médica, es en primer lugar elevar en nivel cultural general. Difundir programas de planificación familiar. Dar una educación sexual adecuada, orientada a los aspectos individuales de la sexualidad y sus implicaciones de responsabilidad del cónyuge. Debiendo llevarse a cabo en centros de estudio, seno familiar, fábrica, etc.

Es indispensable revisar y modificar la ley sobre el aborto. En nuestro país hablar de legislación del aborto es aún prematuro. No estamos preparados para ello; si la hubiera debería acompase de estricta reglamentación.

En países donde se ha liberalizado el aborto ha disminuido la morbilidad materna. En nuestro medio sería peligroso pues como mencionamos anteriormente; no estamos preparados dado nuestro nivel cultural y de posibilidades económicas. Lo principal es mejorar la educación y la cultura para que no haya embarzos no deseados y niños con síndrome de maltrato.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGUIRRE ZOZAYA, F. y col.: La vigilancia epidemiológica - en los hospitales de ginecoobstetricia. Ginecología y Obs-  
tetricia de México., Vol. 44, Año XXXII, No. 265, Nov., -  
1978.
- 2.- Elizondo Elizondo, F. y col.: Aborto Habitual (estudio --  
analítico de 37 casos). Ginecología y Obstetricia de Mé-  
xico., Vol. 43, Año XXXIII, No. 259, Mayo 1978.
- 3.- ALISTARI GARDINER, et al: Spontaneous abortion and fetal-  
abnormality in subsequent pregnancy. British Medical Jour-  
nal, 1:1016-1018, 1978.
- 4.- ROBERT H. GLASS, M.D., MITCHELL S GOLBUS, M.D.: Habitual-  
Abortion. Fertility and Sterility. Vol. 29. No. 3, March.  
1978.
- 5.- SCHWARZ R.H.: Septic Abortion, Personal Experience and --  
Management. Antibiot. Chemother, 11:46-9, 1976.
- 6.- RICAUD Y RAMIREZ.: Sépsis en Obstetricia. Semana Médica -  
de México, 325-7, 1977.
- 7.- WILLIAMS MJ.: Obstetricia. 429-59, 1975. Salvat, España.
- 8.- CASTELAZO AYALA, LUIS. Responsabilidades Médico Sociales--  
en la Práctica y la Enseñanza de Ginecoobstetricia. Gaceta  
Médica de México, 108:95, 1974.
- 9.- CHRISTOPHER TIETZE.: "Induced Abortion. A World Review".  
A Population Council F ct Book, 4th. Edition. 1981.
- 10.- Stig Sonne, Holm. M.D., et al.: "Prophylactic Antibiotics  
in First Trimester abortions: A Clinical Controlled Trial".  
Am.J. Obstet Gynecol. Vol. 139, No. 6; 693-96, March. -  
1981.
- 11.- WILLAND CATES, Jr, M.D., M.P.H. et al: Death From Amnioti-  
tis Fluid Embolism and Disseminated Intravascular Coagula-  
tion After a Curettage Abortion. Am J Obstet Gynecol. --  
Vol. 141, No. 3: 346-48, October 1981.



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## CUESTIONARIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_  
 GRADO DE INSTRUCCION \_\_\_\_\_ ROL EN FAM. \_\_\_\_\_  
 INGRESO MENSUAL P.C. \_\_\_\_\_ NO. DE MTEMBROS \_\_\_\_\_  
 RELIGION \_\_\_\_\_  
 EMBARAZOS \_\_\_\_\_ PARTOS \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_  
 ABORTOS \_\_\_\_\_ F.U. ABORTO. \_\_\_\_\_ F.U.M. \_\_\_\_\_ USO -  
 DE METODOS ANTICONCEPTIVO PREVIO \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO AL INGRESO \_\_\_\_\_  
 SINTOMATOLOGIA : DOLOR \_\_\_\_\_ HEMORRAGIA \_\_\_\_\_ CALOS ----  
 FRIOS \_\_\_\_\_ CEFALEA \_\_\_\_\_ MAREOS \_\_\_\_\_  
 NAUSEAS \_\_\_\_\_ FIEBRE \_\_\_\_\_ TAQUICARDIA Y-  
 O PALPITACIONES \_\_\_\_\_ SALIDA DE LIQUIDO \_\_\_\_\_  
 VOMITO \_\_\_\_\_ SALIDA DE PUS \_\_\_\_\_ PERDIDA DEL CONO  
 CIMIENTO \_\_\_\_\_ DISURIA \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_  
 COMPLICACIONES : PERFORACION \_\_\_\_\_ CHOQUE (SEPTICO, HI-  
 POVOLEMICO) \_\_\_\_\_ INSUFICIENCIA RENAL \_\_\_\_\_  
 INFECCION \_\_\_\_\_ VIAS URINARIAS \_\_\_\_\_ TROMBOFLEBI -  
 TIS \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_.  
 TRATAMIENTO: ANTIBIOTICOS \_\_\_\_\_ LEGRADO \_\_\_\_\_ LI-  
 QUIDOS \_\_\_\_\_ SANGRE \_\_\_\_\_.  
 FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_  
 RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO (SI LOS HAY) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_