

# Aborto Hospitalario en Bogotá.

Drs. Jorge E. Medina Murillo  
Guillermo López-Escobar

Colaboradores:

Drs. Armando Lozano  
Luis Maldonado  
Martha L. de Medina  
Germán Montoya  
Alvaro Quiroga  
Jaime Ruiz Acevedo  
Jorge Villarreal Mejía

## INTRODUCCION

La importancia que el aborto tiene en el campo de la salud colombiana no se ha escapado a los especialistas en Ginecología y Obstetricia en la última década; así en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, durante la década de los 60, se hicieron algunos estudios sobre el aborto en comunidades específicas del país (1) y más tarde, se diseñó un estudio metodológico en combinación con CELADE-PEAL (2), (3). Posteriormente, en los Congresos Nacionales de Ginecología y Obstetricia celebrados en Manizales (4), Barranquilla (5) y Medellín (6), el tema del aborto ha ocupado puesto central en los programas científicos.

La mayoría de los trabajos realizados se han orientado a mostrar el aspecto hospitalario del aborto, lo cual es de indudable importancia, puesto que ha permitido crear conciencia de la existencia del problema. Sin embargo, epidemiológicamente es bien sabido que esta porción hospitalaria es simplemente la punta del "iceberg" que aflora a la superficie, cuya base sumergida está oculta y desconocida, al igual que la problemática real del aborto está escondida en su sitio de origen, es decir, la comunidad. Por otra razón en las reuniones iniciales del comité designado para la elaboración del presente relato, se consideró de

gran trascendencia el estudio del aborto en forma global y se diseñaron tres aspectos para ser incluidos en el relato:

1. Una investigación en la comunidad con el fin de conocer el comportamiento reproductivo y las actitudes relacionadas con el aborto.
2. Un estudio representativo del aborto hospitalario en Bogotá, con el fin de conocer su manejo y las posibilidades de racionalizarlo, y
3. Una encuesta al cuerpo médico de Bogotá, con el fin de conocer actitudes y opiniones relacionadas con el aborto.

Dificultades inherentes a la metodología impidieron que por ahora se tuvieran los resultados del estudio en la comunidad y solo presentaremos en este relato la parte relacionada con el Aborto Hospitalario, incluyendo el manejo del aborto séptico y los primeros análisis de la encuesta de opinión hecha al cuerpo médico de Bogotá.

## MATERIAL Y METODOS

Este proyecto se desarrolló en las siguientes etapas:

1a. Etapa. Se integró un comité formado por un representante de cada institución participante (Cuadro No. 1). Se determinó como objetivo de la parte relacionada con el Aborto Hospitalario, prestar una contribución a la racionalización del manejo clínico del aborto para mejorar la eficiencia de los servicios de salud disponibles.

Se delegó en el Dr. Armando Lozano la preparación y presentación de la parte relacionada con el manejo clínico del aborto séptico, correspondiente a la Unidad de Sépticos del Instituto Materno Infantil.

\* Relato presentado por la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología de Bogotá al XXX Congreso de la especialidad celebrado en Bogotá D.E. en diciembre de 1979.

## CUADRO No. 1

## INSTITUCION PARTICIPANTE Y REPRESENTANTE

INSTITUCION	REPRESENTANTE
Centro de Orientación y Asistencia Materna	Dr. Jorge Villarreal
Clínica David Restrepo	Dr. Roberto Vergara T. Dr. Alvaro Quiroga
Clínica Fray Bartolomé de Las Casas	Dr. Alvaro Quiroga
Corporación Centro Regional de Población	Dr. Guillermo López-Escobar
Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos	Dr. Jaime Ruiz Acevedo
Hospital La Samaritana	Dr. Luis Maldonado
Hospital Militar Central	Dra. Martha Laignelet
Hospital San Ignacio	Dr. Jorge E. Medina
Hospital San José	Dr. Germán Montoya
Instituto Materno Infantil	Dr. Armando Lozano

Se utilizó como instrumento para la recolección de la información un formulario precodificado y modificado (CCRP, PRIF, IFRP) con 44 variables, que incluyen además de la identificación, características demográficas, datos médicos, manejo hospitalario, información relacionada con el seguimiento temprano, para obtener datos que pudieran ser comparativos con otros estudios y a la vez proporciona la información adecuada para los objetivos propuestos.

2a. Etapa. La recolección de la información se llevó a cabo entre el 1o. de marzo y el 10 de agosto de 1979. Se llenaron 594 formularios, iniciándose el diligencia-

miento en el momento del ingreso de la paciente al hospital y terminándose entre dos y cuatro semanas después de la salida, cuando debiera hacerse el control clínico de seguimiento, fecha en la cual se cerraba al formulario y se remitía para su procesamiento.

3a. Etapa. El procesamiento de datos se hizo en forma centralizada utilizando las técnicas usuales a través del centro de procesamiento de la CCRP.

4a. Etapa. Análisis de la información obtenida y elaboración del informe.

CUADRO No. 2

## INSTITUCION PARTICIPANTE Y TIPO DE ABORTO

INSTITUCION	ABORTO ESPONTANEO		ABORTO PROVOCADO		TOTAL	
	No.		No.		No.	
Inst. Materno Infantil	16	(9.4%)	154	(90.6%)	170	(28.6%)
Hospital San Ignacio	30	(88.2%)	4	(11.8%)	34	( 5.7%)
Clínica David Restrepo	45	(91.8%)	4	( 8.2%)	49	( 8.2%)
Hospital San José	51	(66.2%)	26	(33.8%)	77	(13.0%)
Clínica Fray Bartolomé De Las Casas	60	(74.0%)	21	(26.0%)	81	(13.6%)
Hospital Infantil Loren-cita Villegas de Santos	44	(66.7%)	22	(33.3%)	66	(11.1%)
Hospital La Samaritana	31	(68.9%)	14	(31.1%)	45	( 7.6%)
Hospital Militar Central	57	(79.2%)	15	(20.8%)	72	(12.1%)
<b>TOTALES</b>	<b>334</b>	<b>(56.2%)</b>	<b>260</b>	<b>(43.7%)</b>	<b>594</b>	<b>(100.0%)</b>

CUADRO No. 3

## PRINCIPALES CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

DOMICILIO		EDUCACION		EDAD	
Urbano	564 (94.9%)	Años Cursados		15-19	71 (12.1%)
Rural	20 ( 3.4%)	Ninguno	10 ( 1.7%)	20-24	184 (31.0%)
Marginal	8 ( 1.3%)	1-5	219 (36.9%)	25-29	143 (24.1%)
Sin Dato	2 ( 0.3%)	6-11	282 (49.1%)	30-34	113 (18.5%)
		12-17	80 (13.5%)	35-39	51 ( 8.6%)
		18 o más	3 ( 0.6%)	40-44	31 ( 5.2%)
				45	3 ( 0.5%)
		X 7.7 años			
				X 26.8 Años	
ESTADO CIVIL		TOTAL NACIDOS VIVOS		HISTORIA DE MUERTES INFANTILES DE MENOS DE 12 MESES	
Casadas	345 (58.1%)	Ninguno	148 (24.9%)	Ninguno	572 (96.3%)
Union Con-sensual	116 (19.5%)	1	148 (24.9%)	1	18 ( 3.0%)
Divorciada	4 ( 0.7%)	2	117 (19.7%)	2	4 ( 0.7%)
Viuda	4 (0.7%)	3	87 (14.6%)	4	
		4	44 (7.4%)		
				HISTORIA DE MORTINA-TOS	
Soltera	123 (20.7%)	5	23 ( 3.9%)	Ninguno	584 (98.3%)
Otros	1 ( 0.2%)	6	12 ( 2.0%)	1	9 ( 1.5%)
		7 o más	15 ( 2.5%)	2	1 ( 0.2%)
		X 1.8 hijos			

## RESULTADOS

Entre el 1o. de marzo y el 10 de agosto de 1979, se recopilaron 594 formularios. El 28.6 % (N = 170) correspondieron al

IMI y el resto de las instituciones aportaron entre 5.7 % (N=34) y el 13.6 % (N=81). En el cuadro No. 2 se presentan detalles sobre el número de formularios que aportó cada institución y la distribución, se-

gún la impresión diagnóstica del investigador recolector y de la información, entre aborto espontáneo y provocado en cada una de las instituciones. Es interesante observar la relación que guarda el tipo de pacientes que atienden las diferentes instituciones, con el tipo de aborto; así vemos como en el IMI el 90.6 % (N=154/170) fueron abortos provocados en contraste con la Clínica David Restrepo donde solo el 9.4 % (N=4/45) fueron diagnosticados provocados.

#### CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

En el cuadro No. 3 se presentan las características socio-demográficas de las 594 mujeres.

**Residencia.** El 94.9 % (N=564) vivía dentro del perímetro urbano, lo cual es lógico esperar en este estudio, ya que los hospitales están localizados dentro del área urbana; sin embargo, 3.4 % (N=20) procedían de áreas rurales y 1.3 % (N=8) vivían en zonas rurales como tugurios.

**Edad:** La edad promedio fue de 26.8 años. El grupo más numeroso estaba entre 20 y 24 años, correspondiendo al 31 % (N=184). El 74.6 % (N=440) estaba entre los 20 y los 34 años. Es interesante tener en cuenta que el 12 % (N=71) tenía 19 años o menos.

**Estado Civil:** Como ha sido encontrado en otros estudios (7) la mayoría de las pacientes tenía vida marital estable, correspondiendo al 77.6% (N=461) de las cuales 345 estaban casadas y 116 vivían en unión consensual. Había 4 divorciadas, 4 viudas y solo el 20.7 % (N=123) eran solteras.

**Educación:** El promedio de años cursados fue de 7.7 años. Analfabetas hubo únicamente 10 pacientes que corresponden al 1.7 % del total. Solo 14.1 % (N=83) habían tenido más de doce años de estudios y de éstas solo tres más de 18 años.

**Historia Reproductiva:** El promedio de nacidos vivos fue de 1.8. El 24.9 % (N=148) eran nulíparas, otro 24.9 % (N=148) habían tenido solo un parto previo y 19.7 % (N=117) habían tenido dos partos, lo que quiere decir que las dos terceras partes de las pacientes tenían dos o más hijos. El 31.4 % (N=181) habían tenido tres o más embarazos de los cuales solo el 2.5 % (N=15) habían tenido 7 embarazos. Al mirar los resultados ya no según el total de nacidos vivos, sino de hijos actualmente vivos y relacionarlos con el sexo de ellos, encontramos una distribución similar, sin que el sexo de los hijos vivos haya influido aparentemente en la incidencia del aborto.

El 3.7 % (N=22) tenía historia de muertes infantiles en los primeros doce

CUADRO No. 4

#### HISTORIA DE ABORTOS PREVIOS

##### HISTORIA DE ABORTOS PROVOCADOS

##### HISTORIA DE ABORTOS ESPONTANEOS

Ninguno	526	(88.6%)	Ninguno	438	(73.7%)
1	55	( 9.3%)	1	117	(19.7%)
2	8	( 1.3%)	2	26	( 4.4%)
3	3	( 0.5%)	3	6	( 1.0%)
4	1	(0.2%)	4		
4	1	( 0.2%)	4	5	( 0.8%)
5	1	( 0.2%)	5	1	( 0.2%)
			6	1	( 0.2%)

meses de vida, de los cuales 18 tenían historia de un niño muerto y 4 de dos niños muertos. El 1.7 % (N=10) tenían historia de mortinatos.

En el cuadro No. 4 se presenta la historia de abortos previos. El 11.4 % (N=68) había tenido historia de abortos provocados previamente. Al parecer, existe un sector de la población femenina que repetidamente recurre al aborto, puesto que había 3 pacientes con historia de tres abortos provocados previos, una con 4 y otra con 5 abortos. El 26.3 % (N=156), tenía historia de abortos espontáneos previos, de los cuales 2.2 % (N=13) había tenido tres o más abortos.

Uso de Anticoncepción en el Mes en el cual quedó Embarazada. El 61.1 % (N=363) no estaba utilizando ningún método anticonceptivo cuando se inició el embarazo en el cual ocurrió el aborto. El 12 % (N=71) tomaba anticonceptivos orales, 6.2 % (N=37) tenía DIU, el resto utilizaba otros métodos. En el cuadro No. 5, se presenta la información pertinente:

Duración Estimada del Embarazo. El promedio de duración de la gestación fue de 10.5 semanas, con una desviación estándar de 3.7; sólo el 1.5 % (N=9) presentó el aborto a las 4 semanas, o menos; la mayoría ocurrió entre la sexta y la décimo segunda semana. En el 21.2 % (N=126) el

CUADRO No. 5

## METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS EN EL MES QUE QUEDO EMBARAZADA

Ninguno	363	(61.1%)
DIU	37	( 6.2%)
Orales	71	(12.0%)
Condón	11	( 1.9%)
Esterilización	1	( 0.2%)
Ritmo/retiro	29	( 4.9%)
Inyectables	12	( 2.0%)
Espuma/diafragma/ jalea	13	( 2.2%)
Otros	57	( 9.6%)

CUADRO No. 6

## DURACION ESTIMADA DEL EMBARAZO

4 Semanas	9	( 1.5%)
5-6 Semanas	61	(10.2%)
7-8 Semanas	144	(24.2%)
9-10 Semanas	146	(24.5%)
11-12 Semanas	108	(18.2%)
13-14 Semanas	54	( 9.0%)
15-16 Semanas	33	( 5.5%)
17-18 Semanas	12	( 2.0%)
19-20 Semanas	13	( 2.2%)
21 o más	14	( 2.3%)

$\bar{X}$  = 10.5 semanas

Desviación Stándard 3.7

aborto se presentó en la décima tercera semana en adelante. (Ver cuadro No. 6).

### ASPECTOS CLINICOS

#### Complicaciones a la Admisión

Un porcentaje importante, 28.1 % (N=167) presentó algún grado de infección al ingreso. En 146 casos, la infección se localizaba clínicamente en el útero; en 12 pacientes se extendía a los anexos, hubo 7 casos de peritonitis y dos de shocks sépticos. En el 2.7 % (N=16) se diagnosticó perforación uterina o laceración cervical. Casi un 10 %, presentaba pérdida excesiva de sangre que requirió transfusión. (Cuadro No. 7).

#### Procedimiento Inicial empleado a la Hospitalización

La mayoría, 85.9 % (N=510) fue tratada en la forma clásica con raspado uterino. Sólo 1.7 % (N=10) fue tratada por aspiración al vacío. A 6 pacientes se les practicó histerectomía (1 % como procedimiento inicial en vista de la gravedad del cuadro clínico. No hubo ningún caso tratado con histerotomía en el grupo estudiado. El 6 % (N=42) se trató con revisión digital o simple empleo de ocitócicos, y un 2.2 % (N=13) no recibió ningún tratamiento. (Ver cuadro No. 8).

#### Anestesia

Un grupo numeroso, 59.6 % (N=354)

CUADRO No. 7

#### COMPLICACIONES A LA ADMISION

	No.	%
Ninguna	520	(87.5%)
Perforación Uterina	6	( 1.0%)
Laceración Cervical	9	( 1.5%)
Perforación y Laceración	1	( 0.2%)
Anemia	50	( 8.4%)
Otras	8	( 1.3%)
TOTALES	594	(100.0%)

CUADRO No. 8

#### PROCEDIMIENTO INICIAL A LA HOSPITALIZACION

Ninguno	13	( 2.2%)
Revisión Digital	27	( 4.5%)
Curetaje	510	(85.9%)
Aspiración Vacío	10	( 1.7%)
Extracción con Pinzas	2	( 0.3%)
Ocitocicos Solos	15	( 2.5%)
Histerectomía	6	( 1.0%)
Otros	11	( 1.9%)
TOTALES	594	(100.0%)

recibió anestesia general. La anestesia local o regional prácticamente no se empleó; 0.9 (N=5). El 1.7 % (N=10) no recibió ningún tipo de anestesia. Se encontraron diferencias notorias en el empleo de anestesia de acuerdo con el tipo de institución hospitalaria; por ejemplo en la Clínica David Restrepo, la anestesia general se empleó en el 100 % de los casos, en el IMI solamente en el 1.7 % y en el Hospital San José en el 35.1 %. Esto parece relacionarse directamente con la capacidad económica de las pacientes atendidas y con los recursos de cada institución.

### Procedimientos Múltiples

Sólo en un reducido número hubo necesidad de un segundo procedimiento, en el 5.1 % (N=30) emplearon curetaje, en 0.3 % (N=2) revisión digital y en 1 % (N=6) otro procedimiento. No hubo ningún caso en que se empleara la histerectomía como segundo procedimiento. La razón para emplear este segundo procedimiento fue retención de restos ovulares en 29 casos (4.9 %), sangrado excesivo en 5 pacientes y otras complicaciones en 8 pacientes. Recibieron transfusión sanguínea de 500 ml o más, 10.3 % (N=61).

### Reevaluación del Embarazo

Es importante hacer énfasis en que

4.7 % (N=28) de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto, no estaban embarazadas, sin embargo, ellas acudieron a maniobras abortivas ante la sospecha de embarazo. Dos pacientes tenían embarazo ectópico y 7 pacientes mola hidatiforme.

### Complicaciones del Tratamiento

La mayoría de las pacientes, 94.8 % (N=563) no presentó ninguna complicación. El 3.5 % (N=21) presentó infección pélvica que variaba desde simple endometritis a peritonitis, incluyendo anexitis e infección de la herida quirúrgica en los casos que requirieron laparotomía. Hubo también un caso de lesión del intestino. Como segunda complicación se presentó un caso de shock séptico, uno de septicemia y una coagulopatía de consumo. Estas tres pacientes murieron, lo cual representa una tasa de letalidad específica de 50 por 10.000 pacientes atendidas por aborto.

### Tiempo de Hospitalización

El tiempo de hospitalización varió desde pocas horas, hasta los 71 días que duró una paciente. El promedio de 2.1 noches. El 18.7 % (N=111), casi una quinta parte, tuvo tres o más noches de hospitalización. Se observó también que el tiempo de permanencia hospitalaria variable variaba

CUADRO No. 9

### TIEMPO DE HOSPITALIZACION

NOCHES	PACIENTES	%
Ninguna	125	(21.0%)
1	256	(43.1%)
2	102	(17.2%)
3	64	(10.8%)
4	16	( 2.7%)
5 o más	31	( 5.2%)
<b>TOTALES</b>	<b>594</b>	<b>(100.0%)</b>

X 2.1 noches

Máxima 71 noches

con la institución y el tipo de pacientes atendidas, así en el Hospital San José, el 85 o/o salió el mismo día del ingreso, en contraste con el IMI en donde solo el 1.2 o/o salió el mismo día. Intermedio está el Hospital San Ignacio con 55.9 o/o da salidas el mismo día de ingreso. (Ver cuadro No. 9).

#### Método Anticonceptivo recomendado a la Dada de Alta

Llama la atención encontrar que al 76.1 o/o (N=452) no se le recomendó ningún método anticonceptivo. A 3.7 o/o (N=22) les practicó ligaduras de trompas, a 9.4 o/o (N=56) se les prescribió orales y al 5.2 o/o (N=31) se les aplicó DIU. (Ver cuadro No. 10).

ción de restos ovulares.

#### COMENTARIOS

Los resultados de este estudio se deben interpretar con prudencia, por no estar involucradas todas las instituciones hospitalarias de Bogotá y por el reducido número de formularios que se obtuvieron. Sin embargo, la información obtenida principalmente en lo relacionado con características socio-demográficas de las pacientes, nos muestra que éstas siguen las mismas tendencias encontradas en otros estudios similares realizados en Colombia y Latinoamérica (7).

El primer punto importante de análisis que nos plantea este estudio ha sido la dificultad encontrada para que todas las instituciones hospitalarias colaboren. Esta difi-

CUADRO No. 10

#### METODO ANTICONCEPTIVO RECOMENDADO

#### AL DAR DE ALTA A LAS PACIENTES

METODO	NUMERO DE PACIENTES	%
Ninguno	452	(76.1%)
DIU	31	( 5.2%)
Orales	56	( 9.4%)
Condón	18	( 3.0%)
Esterilización	22	( 3.7%)
Ritmo	3	( 0.5%)
Inyectables	1	( 0.2%)
Espuma/Diafragma/Jalea	4	( 0.7%)
Otros	6	( 1.0%)
TOTAL	594	(100.0%)

#### Seguimiento Clínico

La mayoría de las pacientes 67.3 o/o (N=400) no tuvo ningún seguimiento. El 0.7 o/o (N=4) se les contactó por teléfono o por correo y el 31.1 o/o (N=185) visitaron el hospital entre las dos y las cuatro semanas. En este grupo se incluyeron cinco pacientes que necesitaron una segunda hospitalización por infección o por reten-

cultad se debió principalmente a la falta de personal con tiempo disponible para llenar formularios, y quizás por ésta misma razón el número de formularios obtenidos fue bastante reducido, ya que prácticamente ninguna de las instituciones diligenció el formulario en todas las pacientes atendidas durante el tiempo programado para este fin. Para obtener información adecuada, de todas las pacientes hospitalizadas, que a la vez sirva para ser analiza-

da y proporcione información que pueda compararse con la obtenida en diferentes lugares, sería ideal que se sistematizara una historia gineco-obstétrica a través de un diseño único específico para el aborto, precodificado y simplificado para ser utilizado por todas las instituciones, no solo de Bogotá, sino de todo el país.

Queremos llamar la atención sobre las dos principales complicaciones: pérdida excesiva de sangre que requirió transfusión de 500 ml o más ml de sangre en el 10 o/o e infección que ocurrió en el 28 o/o (N=167) de las pacientes. Aunque en 147 pacientes la infección se limitó al útero, en 12 de ellas, se extendió a los anexos, hubo 7 casos de peritonitis, y dos de shock séptico, lo cual representa una morbilidad elevada que por lo general compromete el futuro reproductivo de la mujer.

Hubo tres casos de muertes, lo que nos da una tasa de letalidad específica de 50 por 10.000 pacientes atendidas. Brevemente, presentaremos un sumario de cada uno de estos casos.

#### CASO No. 1

H.C. 415.579 IMI.

Paciente de 23 años. Unión consensual, bachillerato incompleto, residencia urbana, sin hijos, ni historia de embarazos previos, no había utilizado anticonceptivos. Al ingreso se clasificó como aborto espontáneo incompleto, con infección limitada al útero, se le practicó curetaje bajo anestesia disociativa, posteriormente se encontró abceso tubo-ovárico el cual se rompió. Recibió más de 1.000 ml de sangre. Murió como consecuencia de septicemia y embolia pulmonar. Duró 26 días hospitalizada.

#### CASO No. 2

H.C. 267.752 IMI

Paciente de 25 años. G.5 P.4. Dos varones y dos mujeres, historia de un aborto provocado. Residencia urbana, unión consensual, educación primaria, no esta-

ba utilizando ningún método anticonceptivo. Al ingreso se hizo diagnóstico de aborto incompleto y septicemia por maniobras abortivas fuera del hospital. Se le practicó histerectomía. En el postoperatorio presentó insuficiencia renal aguda. Al reevaluar el cuadro clínico de la paciente se encontró que ella no había estado embarazada. Murió de peritonitis y coagulación intravascular diseminada. Duró 10 días hospitalizada.

#### CASO No. 3

H.C. 352 969 Hospital Militar Central

Paciente de 32 años, tenía dos hijos varones y cuatro mujeres. Le habían practicado raspado uterino en Fusagasugá un mes antes. Al ingreso se le hizo diagnóstico de aborto incompleto complicado con septicemia como consecuencia de un aborto probablemente espontáneo. Como presentara profusa hemorragia a la admisión, se le practicó histerectomía. Murió de shock séptico a los tres días de hospitalizada.

Las dos principales causas de morbilidad, infección y hemorragia, se pueden considerar prevenibles, para lo cual se necesita que la comunidad adquiera conciencia de los peligros que un aborto, espontáneo o provocado encierran, y que se presten adecuados y oportunos servicios de salud. En cuanto a la comunidad se refiere, parece que la información que se suministra sobre los peligros que el aborto encierra, es bastante limitada. Sería importante desarrollar unos mecanismos que permitieran en forma sistemática llevar a todas las áreas de la comunidad información específica sobre el aborto, los peligros que este encierra y ofrecer a todos los medios necesarios para prevenirlo. Esta responsabilidad nos corresponde en gran parte a los médicos de acuerdo con la capacidad de liderazgo que podamos tener y debe recaer también sobre directivos de empresas, líderes comunales y específicamente sobre el Estado, a través de organismos de salud, educación y más directamente al Institu-

to Colombiano de Bienestar Familiar.

En cuanto a la prestación adecuada y oportuna de los servicios de salud, el médico tiene una responsabilidad más directa, puesto que debe conocer la importancia del manejo clínico correcto para prevenir o controlar complicaciones. Aquí, la responsabilidad del Estado, a través de los Servicios de Salud se hace más notoria, si tenemos en cuenta el déficit de servicios hospitalarios que afronta Bogotá.

Aunque en este estudio hospitalario, la proporción de aborto espontáneo fue ligeramente mayor que la de abortos inducidos, en la comunidad probablemente sea diferente la proporción, pero, como lo dijimos al comienzo, no podemos por la muestra hospitalaria conocer exactamente lo que pasa en la comunidad, más si consideramos el reducido número de camas hospitalarias con que cuenta Bogotá y la distribución inadecuada de estas camas dentro del área urbana, donde prácticamente todas las mujeres de bajos recursos o sin recursos económicos tiene que acudir al IMI, el cual ha estado a punto de cerrarse. Esto hace imperativo un estudio completo sobre la problemática del aborto en la comunidad, antes de fijar cualquier política en esta materia.

En su libro sobre Aborto, Calandra y col, dicen textualmente: "El aborto inducido puede calificarse como un procedimiento de control de la natalidad, desgraciado y objetable desde varios puntos de vista; es el que suele usarse cuando el embarazo indeseado ya existe. La anticoncepción es por el contrario un procedimiento preventivo" (8). Nos preguntamos cuántos de estos abortos hubieran sido prevenibles si tenemos en cuenta que en el mes en que ocurrió el embarazo que ocasionó el aborto determinante de esta hospitalización el 61.1% (N=363) no estaban utilizando ningún método anticonceptivo...?

Pero nuestra responsabilidad es aún mayor, al ver que después de ocurrido el aborto, el 67.3% (N=400) no tuvieron ningún control posterior, y de las 189 pacientes

que tuvieron visita de control, solo a la mitad de ellas se las orientó o se les recomendó algún método de planificación familiar.

Otra conclusión importante que nos proporciona este estudio, para la racionalización del manejo del aborto es crear mecanismos efectivos para que a todas las mujeres que se atienden por aborto se les haga un seguimiento oportuno con una orientación adecuada en planificación familiar. La atención integral de la paciente nunca termina con la salida del hospital, sino que debe considerarse, dentro de un plan eficiente de salud, la orientación y educación de las pacientes para prevenir las enfermedades y este concepto es totalmente aplicable con relación al aborto. Para la prestación de estos servicios debe involucrarse en el equipo de salud, personal paramédico, como enfermeras o trabajadoras sociales, que hagan el seguimiento y proporcionen instrucción a las pacientes en materia de planificación familiar. Esto además de reducir los costos, permite que se utilicen las capacidades del médico en actividades específicas donde sus funciones no puede ser delegadas.

En cuanto al manejo propiamente hospitalario, es importante anotar cómo algunas instituciones, v.gr., el Hospital de San José está tratando el 85% de sus pacientes de aborto en forma ambulatoria, en contraste con la Clínica Fray Bartolomé de las Casas donde la tercera parte de las pacientes dura tres o más días hospitalizada. Hoy día existe una tendencia general a simplificar la atención médica y cada vez es mayor el manejo ambulatorio de pacientes ginecológicas que requieren procedimientos de pequeña cirugía como biopsias de cervix, marzupialización de quistes de Bartholin, raspados uterinos con fines diagnósticos o para el manejo de aborto incompleto (9).

Para establecer el manejo ambulatorio de pacientes con aborto incompleto u otras cirugías ginecológicas menores, es importante sistematizar la atención de estos casos, empezando por una historia simplificada, ojalá unificada para todas las instituciones como ya se mencionó, además de establecer una guía de procedimientos. Prefe-

rir la anestesia local a la general, preferir la aspiración al vacío al curetaje convencional (10) etc. Con estas medidas se acelera la recuperación de las pacientes con las ventajas que esto trae para ellas y para el hospital. Se reducen significativamente los costos de atención, se logra una mayor utilización de los recursos, lo que aumenta la capacidad hospitalaria para atender un mayor número de pacientes.

Para las pacientes también representa una gran ventaja la disminución en los costos, además de tener una recuperación más rápida.

### CONCLUSIONES

Se recomienda la sistematización de la historia gineco-obstétrica unificada, pre-codificada y simplificada, lo cual permite comparar y evaluar la atención médica.

Las dos causas principales de morbilidad y mortalidad por aborto, infección y hemorragia, se pueden considerar prevenibles mediante educación masiva a la comunidad y servicios de salud adecuados y oportunos.

No se debe fijar ninguna política en materia de aborto sin previos estudios exhaustivos de la comunidad sobre comportamiento reproductivo y actitudes relacionadas con el aborto.

La planificación familiar bien orientada se puede considerar un elemento indispensable en la prevención del aborto.

La atención integral de una paciente con aborto debe comprender un seguimiento adecuado y una orientación sobre métodos anticonceptivos.

El manejo ambulatorio del aborto acelera la recuperación de las pacientes y disminuye significativamente los costos de atención hospitalaria y aumenta la capacidad hospitalaria para atender un mayor número de pacientes.

### CONCLUSIONS

Systematization of unified, pre-coded and

simplified gynecologic-obstetrics records is recommended, as it allows the comparison and evaluation of medical assistance.

The two main causes of morbidity and mortality due to abortion, infection and hemorrhage can be prevented through massive education to the community and adequate and timely health services.

An abortion policy can not be stated without previously making complete community studies on reproduction behavior and attitudes towards abortion.

Well oriented family planning can be considered as an essential element in preventing abortion.

Well oriented family planning can be considered as an essential element in preventing abortion.

Integral attention to a patient with abortion must include an adequate following and guidance about contraceptive methods.

Abortion handled through outpatient clinics accelerates the patients recovery, decreases significantly hospital expenses and increases hospital capacity to assist a larger amount of patients.

### BIBLIOGRAFIA

1. Lara, B., Lenis N., Llano G., Datos Preliminares de las encuestas de aborto. Documento presentado a: Tercer Seminario sobre Demografía, Buga, Valle, Abril 20-23, 1966. ASCOFAME /DEP
2. Torres Nieto, Carlos. Programa de Estudios Comparativos de aborto inducido y uso de anticonceptivos en América Latina. Bogotá. ASCOFAME, 1973.
3. Gaslonde, Santiago. Abortion Research In Latin America. Studies in Family Planning 7 (8): 211-217, 1976.
4. ASCOFAME/DEP/FECOLSOG. Estudio de Aborto Hospitalario. Bogotá. Julio 1968-1969.
5. López-Escobar, G., Anticoncepción y Aborto. Mesa Redonda sobre Aborto. XI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Barranquilla, Dic. 2-6 1975.

Riño-Gamboa, G., et al. Manejo Clínico del aborto incompleto en los hospitales universitarios

de Colombia. *Estudios de Población*. 1 (3): 171-186, 1976.

6. López-Escobar, G., "Aborto: Interrogantes, comentarios y resultados parciales de algunas investigaciones colombianas". XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Medellín Diciembre 1-3, 1977.

7. López-Escobar, Guillermo. et. al. "Aborto: Interrogantes, comentarios y resultados parciales de algunas investigaciones colombianas". Vol. 8 Monografía CCRP, 1978.

8. Calandra, D. et. al. "Aborto, Estudio Clínico, Fisiológico, Social y Jurídico". Buenos Aires, Edi. Panamericana, 1973 pg. 195.

9. Corson, S.L., y Loffer, L.D., "Cirugía ginecológica ambulatoria" *Clinical Obst., & Gynecol.* Vol. 22-475, 1979.

10. Eaton, C.J. y Doll K.L., "Aspiración uterina en el tratamiento del Aborto Incompleto" *Surg. Gynec. & Obst.* 129:588, 1969.

---