

FEDERACION COLOMBIANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

F E C O L S O G

ESTUDIO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ABORTO EN 36 INSTITUCIONES
DE BOLIVIA, COLOMBIA, PERU Y VENEZUELA

BOGOTA, DICIEMBRE DE 1990

INVESTIGADORES

Director del Estudio: FRANCISCO PARDO
 Investigador Principal: GERMAN URIZA

COORDINADORES NACIONALES

BOLIVIA	JOSE LARREA
COLOMBIA	GERMAN URIZA
PERU	LUIS TANG
VENEZUELA	ORLANDO GUTIERREZ

COORDINADORES INSTITUCIONALES DE COLOMBIA

NOMBRE	INSTITUCION	CIUDAD
DARIO ZAPATA	SAN JUAN DE DIOS	ARMENIA
VICTOR RODRIGUEZ	<u>COORDINADOR BOGOTA</u>	BOGOTA
LUIS ALFONSO LOPEZ	HOSP. SIMON BOLIVAR	BOGOTA
ARMANDO LOZANO	MATERNAL INFANTIL	BOGOTA
LUIS F. CASTAÑO	SAMARITANA	BOGOTA
JAIRO DE LA CRUZ	MILITAR CENTRAL	BOGOTA
GERMAN PLAZA	LA VICTORIA	BOGOTA
HERNANDO RUIZ	SAN JOSE	BOGOTA
GERMAN BARON	INFANTIL	BOGOTA
MIGUEL RODRIGUEZ	SAN IGNACIO	BOGOTA
OSCAR GOMEZ	RAMON GONZALEZ V.	BUCARAMANGA
RAUL VARGAS	RAFAEL CALVO	CARTAGENA
HERNANDO NAVARRO	EVARISTO GARCIA	CALI
EMILIO ESCALANTE	ERASMO MEOZ	CUCUTA
JOSE CAICEDO	SAN VICENTE DE PAUL	MEDELLIN
GUILLERMO ARBOLEDA	GENERAL	MEDELLIN

COORDINADORES INSTITUCIONALES DEL PERU

NOMBRE	INSTITUCION	CIUDAD
LUIS TANG (Hijo)	CAYETANO HEREDIA	LIMA
AUGUSTO CAM	EL CARMEN DE HUANCAYO	HUANCAYO
FERNANDO LEON	REGIONAL DE PIURA	PIURA
ROBERTO RODRIGUEZ	AREQUIPA	AREQUIPA
LUIS TAVARA	MARIA AUXILIADORA	LIMA
ANTONIO CIUDAD	MATERNIDAD DE LIMA	LIMA
HUGO INGAR	MATERNIDAD DE LIMA	LIMA

COORDINADORES INSTITUCIONALES DE VENEZUELA

NOMBRE	INSTITUCION	CIUDAD
CARMEN PEREZ	MATERNIDAD CONCEP. PALACIOS	CARACAS
YARITZA LOPEZ	MATERNIDAD CONCEP. PALACIOS	CARACAS
MIREYA GONZALEZ	MATERNIDAD CONCEP. PALACIOS	CARACAS
MARY VALERA	MATERNIDAD CONCEP. PALACIOS	CARACAS
CORALIA GONZALEZ	MATERNIDAD CONCEP. PALACIOS	CARACAS
OFELIA UZCATEGUI	MATERNIDAD CONCEP. PALACIOS	CARACAS
CLAMBEL DICURU	JOSE GREGORIO HERNANDEZ	CARACAS
MARIA PILAR ALONSO	JOSE GREGORIO HERNANDEZ	CARACAS
ALEX PINZON	JESUS YERENA	CARACAS
CARMEN AFONSO	INST.VENEZOLANO SEGURO SOCIAL	CARACAS
FELIX PEÑA	INST.VENEZOLANO SEGURO SOCIAL	CARACAS
MENPHIS BELLORIN	INST.VENEZOLANO SEGURO SOCIAL	CARACAS
MARIA E. MENDOZA	ANTONIO MARIA PINEDA	BARQUISIMETO
MAURA ORTEGA	ANTONIO MARIA PINEDA	BARQUISIMETO
YAJAIRA COROMOTO	ANTONIO MARIA PINEDA	BARQUISIMETO
J. R. LOPEZ	ADOLFO PRINCE LARA	PUERTO CABELLO
GASTON MAURE	ADOLFO PRINCE LARA	PUERTO CABELLO
ALBERTO MOLINA	ADOLFO PRINCE LARA	PUERTO CABELLO
HERNAN GONZALEZ	CENTRAL SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL
RUBEN RAGARDIZ	MANUEL NUÑEZ TOVAR	MATURIN
HENDER BOSCAN	HOSPITAL DE CHIQUINQUIPA	MARACAIBO
MANUEL SILVA	GENERAL RUIZ PAEZ	CIUDAD BOLIVAR
JULIO ESPINOZA	GENERAL RUIS PAEZ	CIUDAD BOLIVAR

A G R A D E C I M I E N T O S

- A LA JESSIE SMITH NOYES FOUNDATION POR LA DONACION OTORGADA A LA INVESTIGACION.

- A TODOS Y CADA UNO DE LOS COORDINADORES NACIONALES ~~INSTITUCIONALES YA QUE SIN SU COLABORACION EN LA RECOLECCION DE LA INFORMACION NO HUBIESE SIDO POSIBLE REALIZAR LA PRESENTE INVESTIGACION.~~

C O N T E N I D O

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION
3. PROPOSITO Y OBJETIVOS
4. MATERIAL Y METODOS
5. RESULTADOS.
6. DISCUSION DE RESULTADOS
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. ANEXOS
 1. FORMULARIO
 2. INSTRUCTIVO
10. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

La Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), Miembro de la Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha sido la coordinadora de estudios colaborativos multinacionales del Grupo Regional Bolivariano de FLASOG constituido por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; por problemas de orden interno en el Ecuador este país no ha participado en ninguna de las investigaciones colaborativas del Grupo Regional Bolivariano, por lo cual el presente estudio sobre MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ABORTO, se realizó en Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela.

Participaron 36 instituciones de cuatro (4) países, cinco (5) de Bolivia, quince (15) de Colombia, seis (6) del Perú, y diez (10) de Venezuela y el tiempo de la recolección fue de seis (6) meses del 15 de Marzo al 15 de Septiembre de 1990.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Aprovechando el interés demostrado por la red de investigadores del Grupo Bolivariano de FLASOG que había realizado un estudio colaborativo multinacional en 1989 en cuatro países, sobre embarazo en adolescentes (1), se propuso realizar un estudio sobre Morbilidad y Mortalidad por Aborto, medio frecuentemente utilizado como solución a un embarazo indeseado.

La necesidad de contar con información científica y datos estadísticos fidedignos sobre las mujeres que han sufrido un aborto y la morbilidad y mortalidad asociadas a él, ha sido señalada por varios expertos como una herramienta esencial para movilizar la voluntad política de los gobiernos, las instituciones privadas de salud y centros docentes asistenciales, hacia acciones concretas que prevengan las nefastas consecuencias en la salud materna del aborto producido en condiciones de inseguridad.

El 99%, del medio millón de muertes maternas anuales a nivel mundial, se produce en los países en desarrollo (35.000.00 para América Latina) y aproximadamente el 50% de estas muertes se deben al aborto inducido en condiciones de inseguridad (2). Un informe mundial sobre Mortalidad Materna reporta para Latonamérica una tasa de 270 x 100.000 nacidos vivos, muy superior comparada con la de los países desarrollados (3). Una investigación colaborativa realizada en 25 instituciones colombianas reportó una tasa de mortalidad materna de 232 x 100.000 nacidos vivos de las cuales el 50.8% fueron debidas a aborto que en su mayoría fue séptico (4).

Aun cuando en todos los países de la región existen estudios fragmentarios sobre este problema, no hay hasta el momento una investigación colaborativa multinacional, que utilizando una metodología unificada, permita obtener información que refleje la realidad epidemiológica del aborto en los países que participaron en el estudio.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) organización que agrupa a las Sociedades y Federaciones Científicas de Obstetricia y Ginecología de todos los países Latinoamericanos, tiene establecidos grupos regionales de acuerdo a la localización geográfica de los países miembros. Los cinco (5) países del noreste de suramérica, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela constituyen el Grupo Bolivariano de la FLASOG. Este grupo liderado por la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), realizó en 1989 un estudio colaborativo sobre embarazo en adolescentes en 21 instituciones de Bolivia, Perú, Colombia y Venezuela que será presentado durante el XIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología en Diciembre de 1990. Por las razones ya expuestas en la introducción Ecuador no participó en este estudio colaborativo.

La realización de la presente investigación por destacados obstetras y ginecólogos de los cuatro países, que ocupan la triple posición de docentes universitarios, directores de servicios hospitalarios y líderes de opinión en el establecimiento médico y social de cada país, ha permitido la conformación de una red que representa un gran potencial investigativo y docente. Este grupo ha demostrado especial interés en mejorar la salud reproductiva de las mujeres de la región.

Aprovechando esta favorable situación, se propone la realización de una investigación sobre el aborto como causa importante de morbilidad y mortalidad maternas. Se prevee que los resultados de la investigación permitirán la toma de decisiones políticas a nivel gubernamental que tengan un impacto favorable en la situación actual y ayuden a modificar la actitud de indiferencia y rechazo que sobre el aborto existe actualmente a nivel docente y asistencial.

Es un hecho conocido que el número de mujeres con embarazo indeseado sigue siendo muy significativo y tiene relación directa con el aborto como uno de los medios a su alcance para solucionar su situación. En América Latina este procedimiento es ilegal y por lo tanto es realizado en condiciones de inseguridad lo que aumenta los índices de morbilidad y mortalidad por infección y hemorragia.

3. PROPOSITO Y OBJETIVOS

Propósito: Realizar una investigación sobre mortalidad y morbilidad causadas por aborto en las mujeres que consultan a hospitales seleccionados por el Grupo Bolivariano de la FLASOG en cuatro países miembros.

Objetivo General: Identificar la participación del aborto como causa de la morbilidad y mortalidad maternas en las mujeres de la región, con el fin de proponer intervenciones tendientes a mejorar su salud reproductiva.

Objetivos Especificos:

1. Identificar la magnitud del problema de la morbilidad y mortalidad por aborto en una población seleccionada en países del Grupo Bolivariano de FLASOG.
2. Presentar los resultados de la investigación en el XIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología en Montevideo Uruguay en Diciembre de 1990 y proponer estudios similares a los demás grupos regionales de FLASOG.
3. Proponer a las entidades públicas y privadas responsables de los programas docentes y asistenciales intervenciones tendientes a mejorar la situación encontrada.

4. MATERIAL Y METODOS

Para desarrollar el proyecto se utilizó la red de investigadores del Grupo Regional Bolivariano de FLASOG en cuatro de los cinco países integrantes del grupo siendo la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de cada país la responsable de seleccionar el coordinador del estudio en su respectivo país.

Participaron la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia, la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Venezuela.

Entre Agosto y Septiembre de 1989 se elaboró una propuesta que fué enviada a la agencia donante, quien aprobó la donación en Diciembre, citándose a una reunión de investigadores para elaborar el formulario con su instructivo y seleccionar las instituciones en las cuales se recolectaría la información en cada país.

La reunión de investigadores se realizó en Marzo de 1990 y se seleccionaron 36 instituciones: cinco en Bolivia, quince en

Colombia, seis en Perú y diez en Venezuela. La población de la investigación la constituyeron los abortos atendidos en las instituciones participantes del 15 de Marzo al 15 de Septiembre de 1990.

Los coordinadores nacionales seleccionaron un coordinador institucional, quién fué el responsable de la recolección de la información utilizando el formulario e instructivo diseñados para tal fin (Anexos 1 y 2).

Durante el periodo de la recolección, los coordinadores supervisaron periódicamente el desarrollo de la misma en las instituciones y el director del estudio y el investigador principal hicieron dos visitas de supervisión a Bolivia, Perú y Venezuela. Los formularios diligenciados fueron remitidos a la Sede de FECOLSOG y fueron procesados por computador.

El Cronograma del estudio tuvo cuatro fases: (Ver cronograma)

1. Fase de Planeación: Comprendió la elaboración de la propuesta, el envío de la misma, elaboración de formularios e instructivo y la reunión de coordinadores nacionales del Grupo Regional Bolivariano de FLASOG.
2. Fase de Ejecución: Comprendió la recolección de la información y las visitas de supervisión.
3. Fase de Análisis: Comprendió el procesamiento y el análisis de los datos, la elaboración del informe y el envío del resumen al Comité Científico del XIII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia.
4. Fase de Presentación de Resultados: Comprendió la preparación del material audiovisual de los gráficos y tablas y su presentación el jueves 6 de Diciembre en el XIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología en Montevideo.

C R O N O G R A M A

ACTIVIDAD	AÑO 1989						AÑO 1990											
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
laboración Propuesta	xx	xx																
via Propuesta		xx																
laboración Formulario e Instructivo				xxxx														
unión Grupo Regional								x										
entrenamiento de Encuestadores								x										
colección de Información									xx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xx			
visitas de Supervisión								x					x					
procesamiento de Datos																xxxx		
análisis de Datos														xx	xx		xxx	
laboración de Informe																		x
via a Montevideo (Resumen)																x		
preparación de la Presentación																xxxx	xxx	
asesent. en XIII Cong. Latinoameric.																		x

BR 1500C SH 19. 02. F5V

TA: Todas las actividades implican labores de secretaria y mensajería.
 * El investigador principal actuará como coordinador nacional para Colombia.

35 instituciones
situadas turísticamente
LA carabobes

5. RESULTADOS

Durante los seis meses del estudio ocurrieron en las instituciones participantes 14.501 abortos de los cuales se analizaron 8.871 y se eliminaron 5.630 casos, 50 por haber sido mal diligenciados, 4.376 no encuestados en Venezuela, 165 de Bolivia que llegaron fuera de tiempo cuando ya se había procesado la información, 667 casos del Hospital General de Medellín porque el coordinador institucional se retiró cuando llevaba tres meses de recolección y la persona a quien él dejó recomendada para continuar la investigación no cumplió con este compromiso y 372 del Perú, porque en cinco instituciones no se recolectó información durante 2 meses de huelga de los empleados de la salud, sólo en la Maternidad de Lima se recolectó información durante los seis meses proyectados. Estos casos de fuerza mayor impidieron que se analizaran los 14.501 abortos ocurridos en las instituciones participantes de Marzo 15 a Septiembre 15 de 1990 y así cumplir con la meta mínima de 10.000 casos previstos en el protocolo.

En Bolivia se atendieron 12.382 partos y 948 abortos para una relación aborto-parto de 7.66% (Figura 1). En Colombia se atendieron 46.012 partos y 4.930 abortos que da una relación aborto-parto de 10.71% (Figura 2). En Perú se atendieron 16.962 partos y 2.305 abortos para una relación aborto-parto de 13.06% (Figura 3). En Venezuela se atendieron 38.358 partos y 6.268 abortos para una relación aborto-parto de 16.34% (Figura 4). En todos los países se atendieron 113.714 partos y 14.501 abortos para una relación aborto-parto de 12.75% (Figura 5). Hay una diferencia de 50 casos en el total de abortos que fueron mal diligenciados y que están distribuidos en los 4 países.

5.1 Abortos Según Centro Hospitalario por País:

Participaron 36 instituciones de cuatro países Bolivarianos, 5 de Bolivia, 15 de Colombia, 6 del Perú y 10 de Venezuela. El total de casos analizados fué de 8.871 de los cuales el 48.06% correspondieron a Colombia, con porcentajes similares para Perú, 21.79%, y Venezuela, 21.33%. El menor porcentaje correspondió a Bolivia con 8.83% (Tabla 1).

5.2 Abortos Según Fecha de Admisión:

Los meses que presentaron mayor porcentaje de abortos fueron en Abril con 21.78% y Mayo con 24.27% (Figura 6).

5.3 Edad de la Paciente:

El 13.47% son menores de 20 años, de las cuales 9.2% de los casos se presentaron en niñas adolescentes. La mayor incidencia se presentó en los grupos de 20 a 24 años, 17.38%

Characteristics

FIGURA 1

PORCENTAJE ABORTOS CON RELACION A PARTOS
(BOLIVIA)

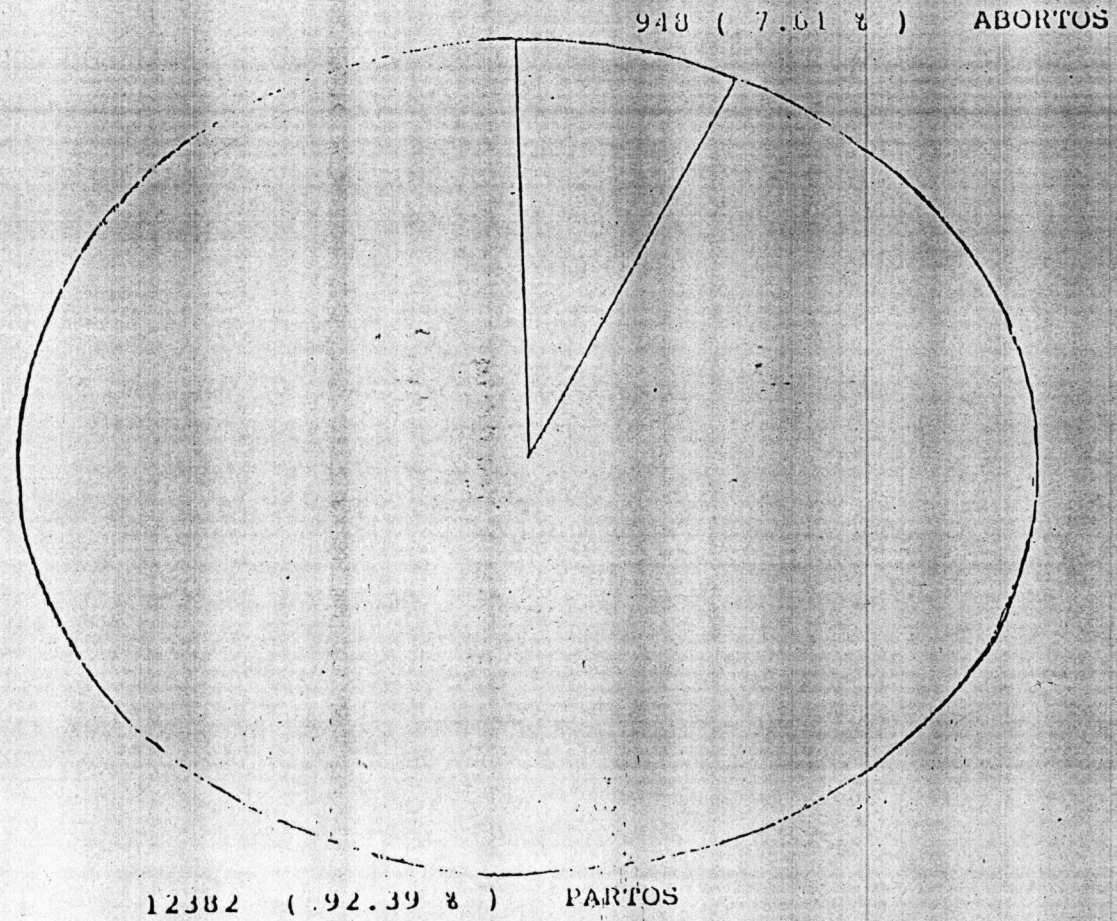


FIGURA 2

% ABORTOS CON RELACION A PARTOS (COLOMBIA)

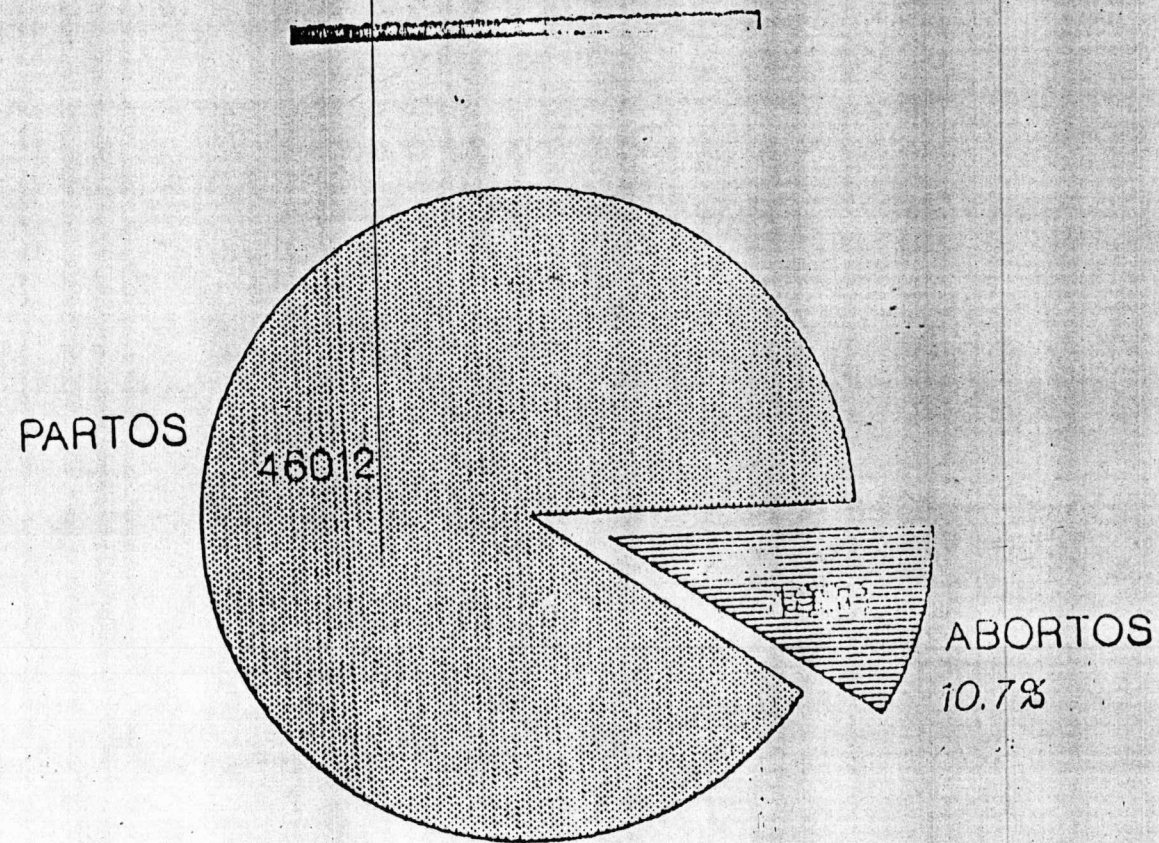


FIGURA 3

% ABORTOS CON RELACION A PARTOS (PERU)

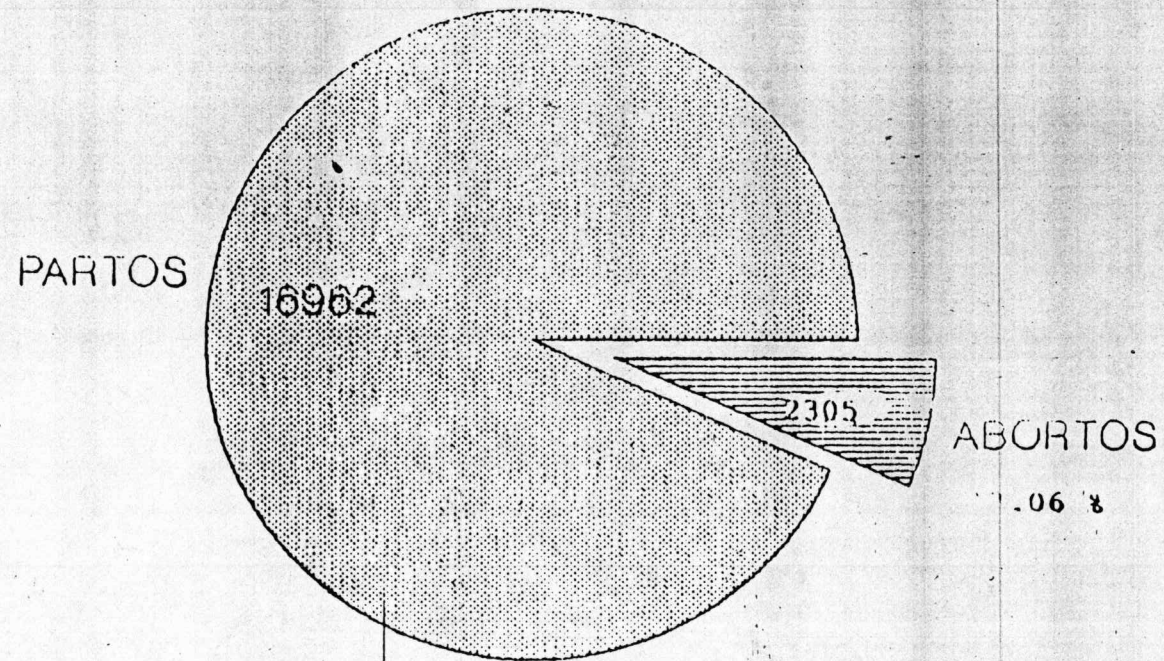
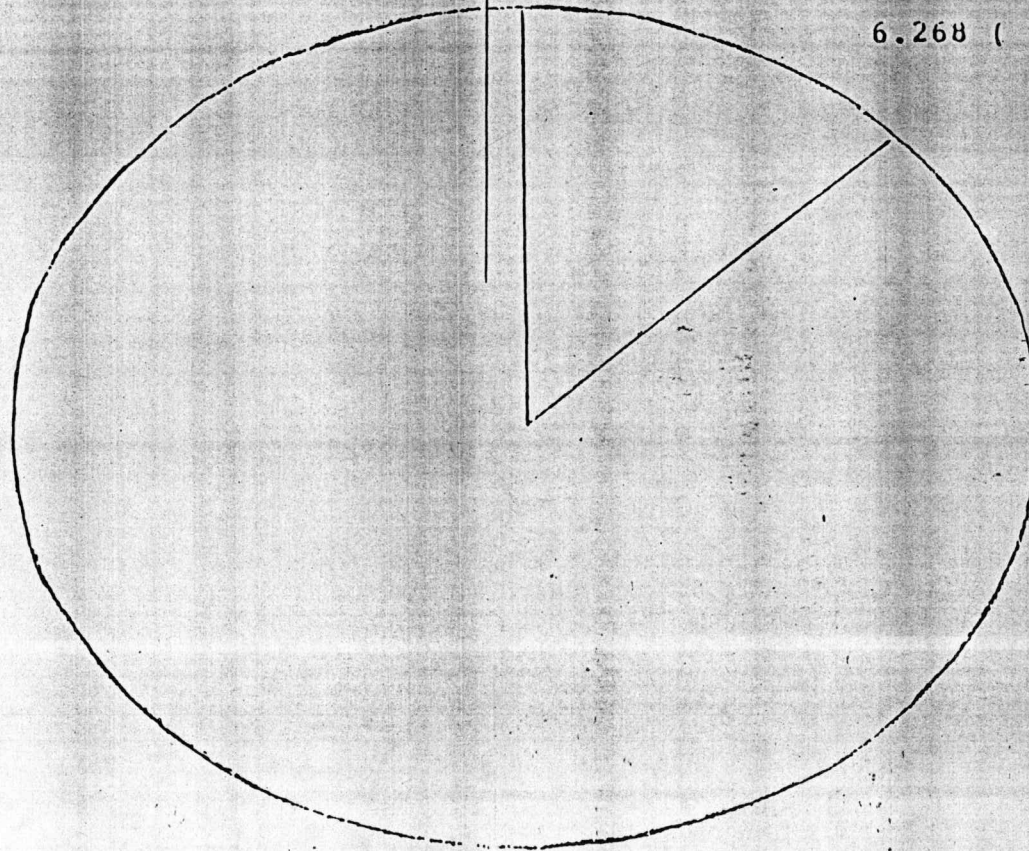


FIGURA 4

PORCENTAJE DE ABORTOS CON RELACION A PARTOS

(VENEZUELA)

6.268 (16.34 %) ABORTOS



38358 () PARTOS

FIGURA 5

PORCENTAJE ABORTOS CON RELACION A PARTOS
(BOLIVIA - COLOMBIA - PERU - VENEZUELA)

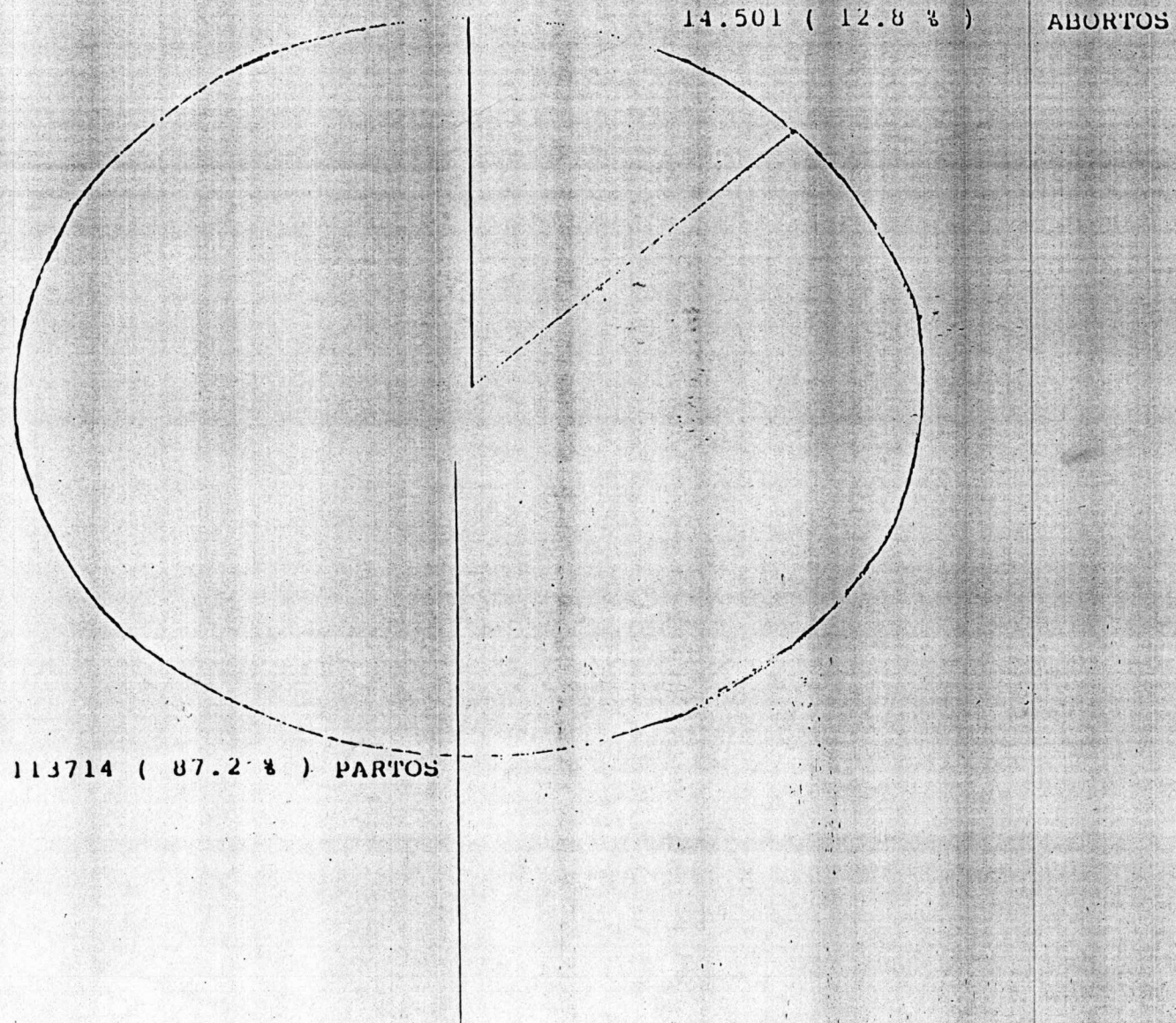


TABLA 1

INSTITUCIONES Y # CASOS X PAIS

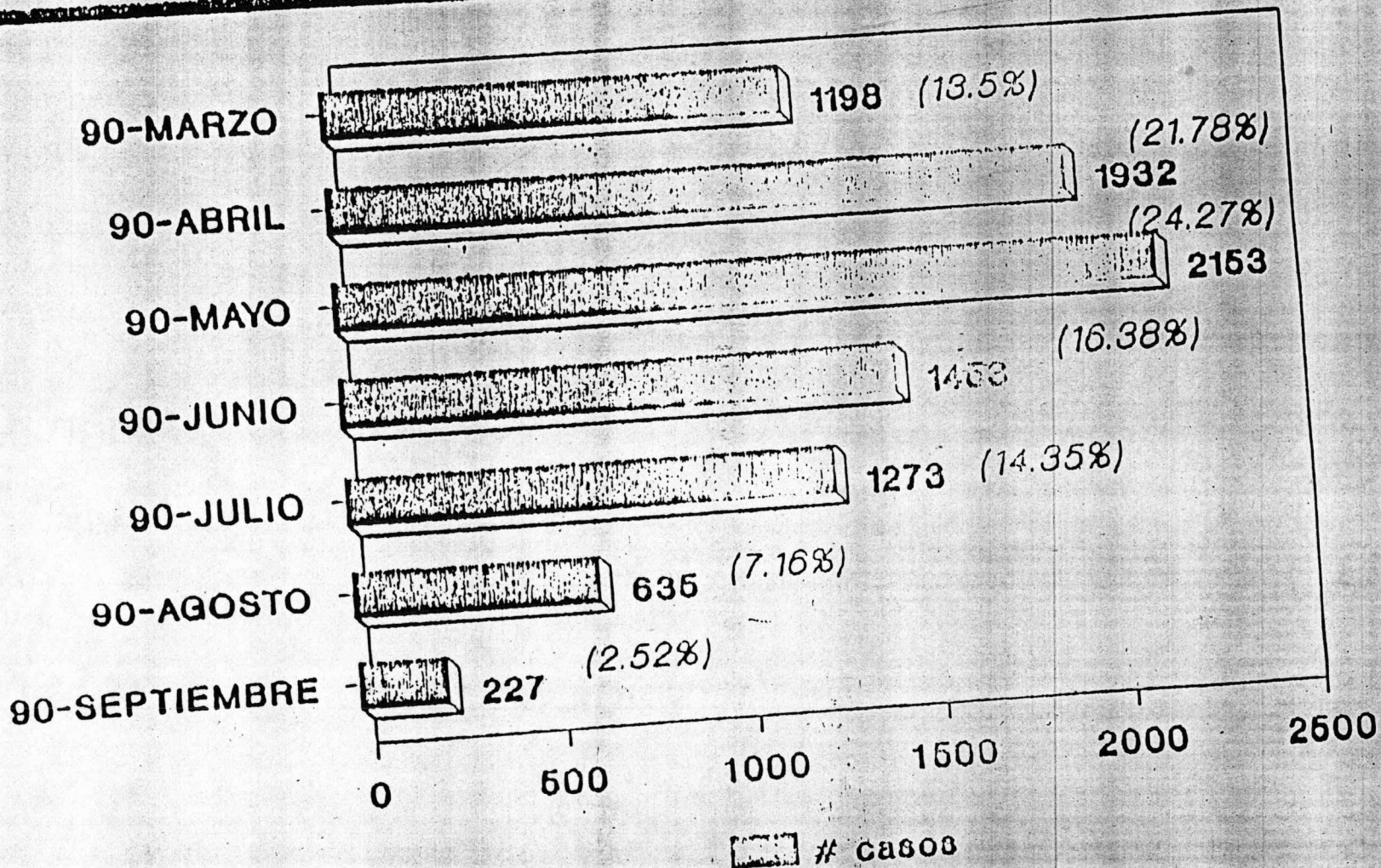
PAIS	# INSTITUCIONES	# CASOS	%
BOLIVIA	5	783	8.83
COLOMBIA	15	4253	48.05
PERU	6	1933	21.79
VENEZUELA	10	1892	21.33
TOTAL	36	8371	100.00

FECOLSOG 1990

DR. RAFAEL J. J. VILLALBA

FIGURA 6

ABORTOS SEGUN FECHA ADMISION



FECOLSOG 1990

BR RIGOC SH.19.02.F9V

y en el grupo de 25 a 29 años con el 25.65%. El promedio de edad fué de 27.01 años. (Figura 7).

5.4 Escolaridad de la Paciente:

El analfabetismo fué solo en el 4.01% de las pacientes; la mayoría habían cursado la primaria completa y la secundaria incompleta, con el 68.8% de las pacientes. La secundaria completa y la universitaria incompleta la cursaron el 6.6%; y las profesionales solo fueron 0.4%. El promedio de años de escolaridad fué de 6.95 años (Figura 8).

5.5. Número de Embarazos Previos:

Cursaban su primer embarazo el 20.54% de las pacientes; la gran mayoría habían tenido uno o más embarazos previos casi el 80% de las pacientes (79%). El promedio fué de 2.48 embarazos previos (Figura 9).

5.6 Número de Abortos Previos:

La mayoría de las pacientes no tenían abortos previos, 69.82%; el 28.2% si tenían este antecedente. El promedio fué de 0.43 abortos previos (Figura 10).

5.7 Estado Marital:

~~La gran mayoría casi el 80% (78.94%) tenían unión estable (Figura 11).~~

5.8 Embarazo Actual Deseable:

En la mayoría de las pacientes 51.98% el embarazo actual fué deseado. El 42.93% de las pacientes reconocieron que el embarazo actual fué indeseado (Figura 12).

5.9 Número Adicional de Hijos:

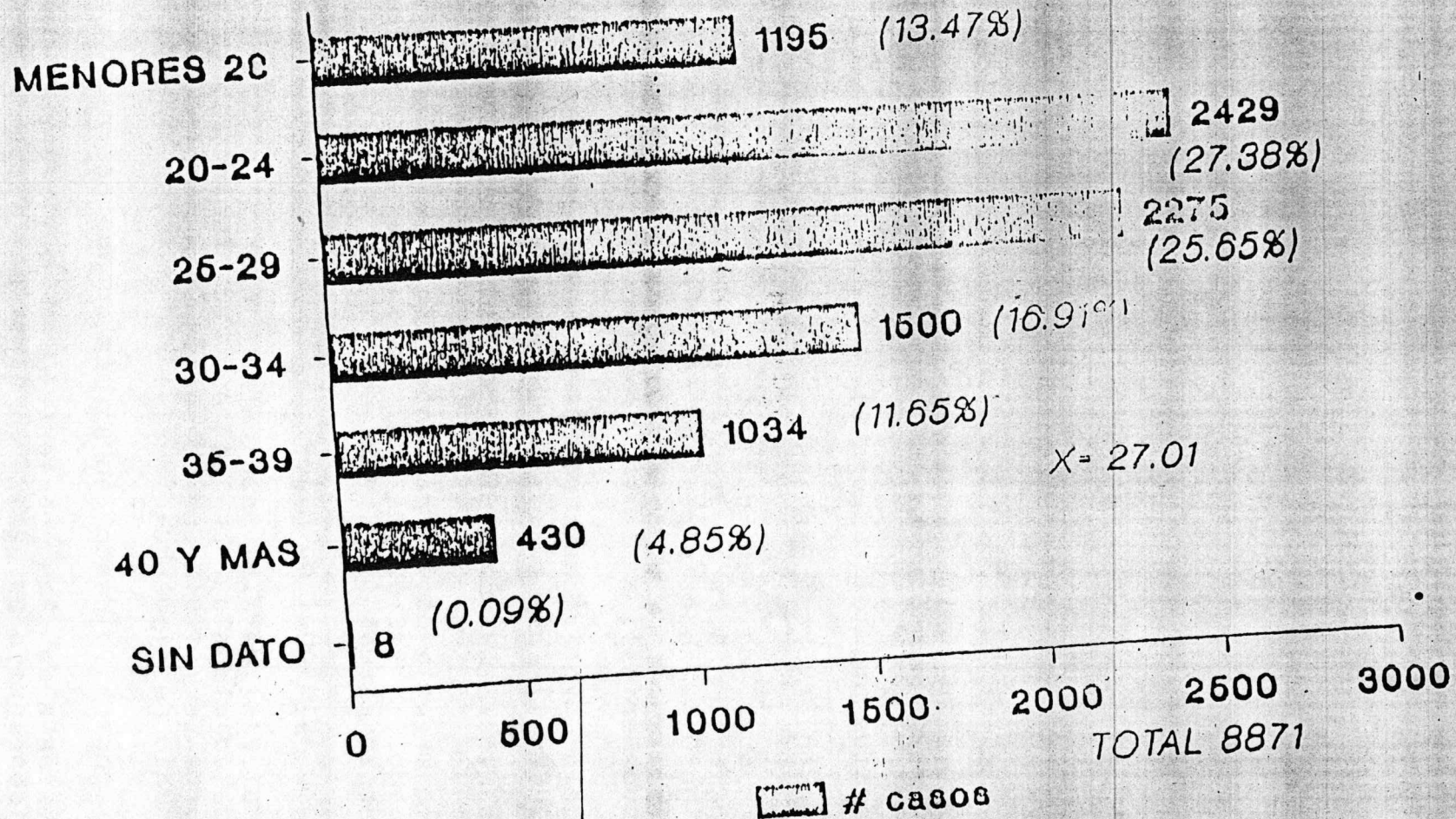
El 51.84% de las pacientes informaron el deseo de tener hijos adicionales a los que ya tenían. Un porcentaje importante 41.61% no deseaban ningún hijo adicional. El promedio de hijos adicionales fué de 0.92 (Figura 13).

5.10 Anticonceptivo Usado (en el más cuando ocurrió el embarazo):

La mayoría de las pacientes ^{30.4} no utilizaban ningún método anticonceptivo 69.62%. El 9.49% utilizaban métodos de baja efectividad lo que hace que la gran mayoría de las pacientes casi el 80% (79.11%) estuvieran altamente expuestas a un embarazo. El 15.52% de las pacientes utilizaban métodos anticonceptivos de alta efectividad (Figura 14).

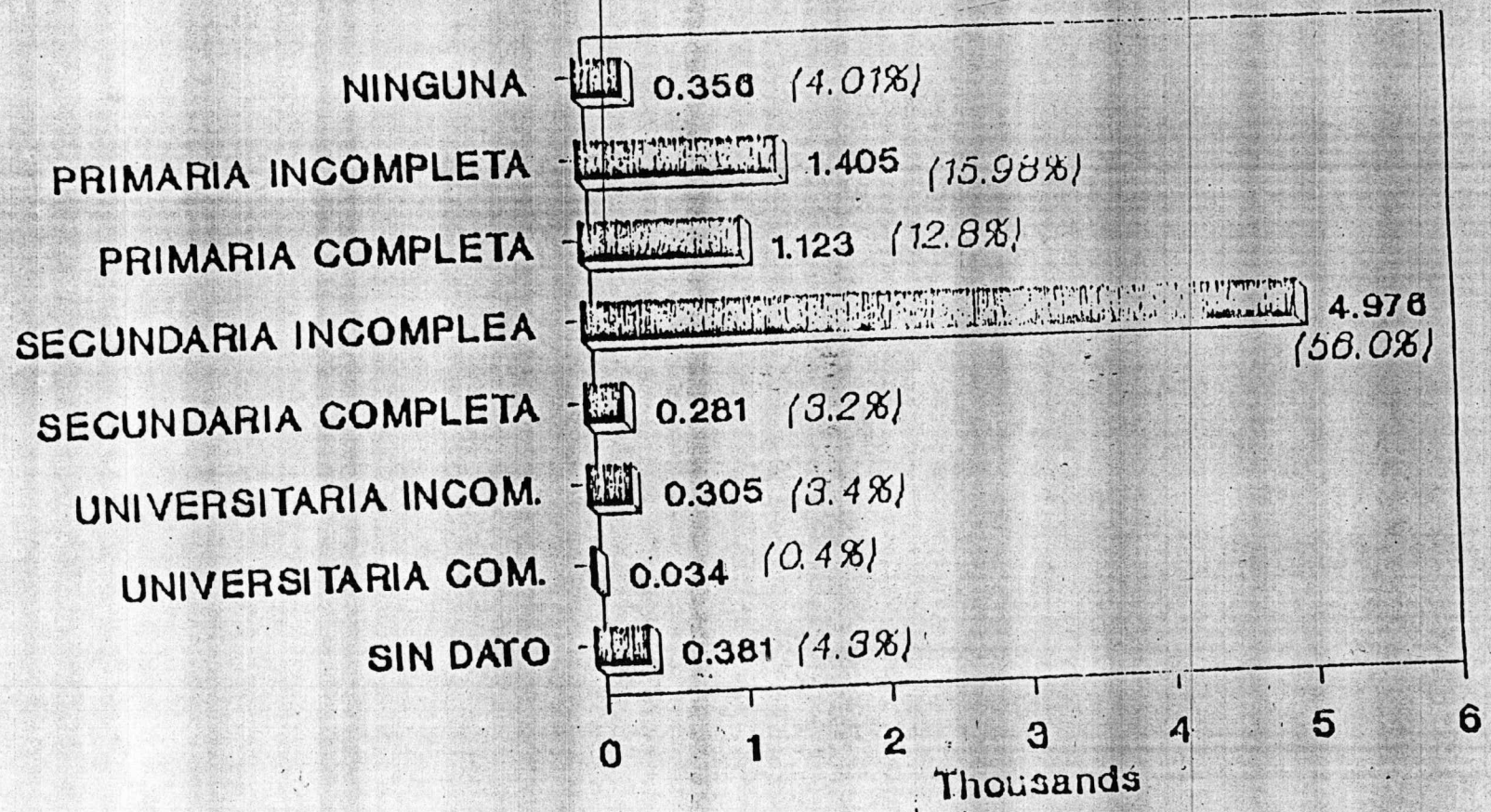
1/2 Ince use of effective methods

EDAD



FECOLSOG 1990

ESCOLARIDAD



casos

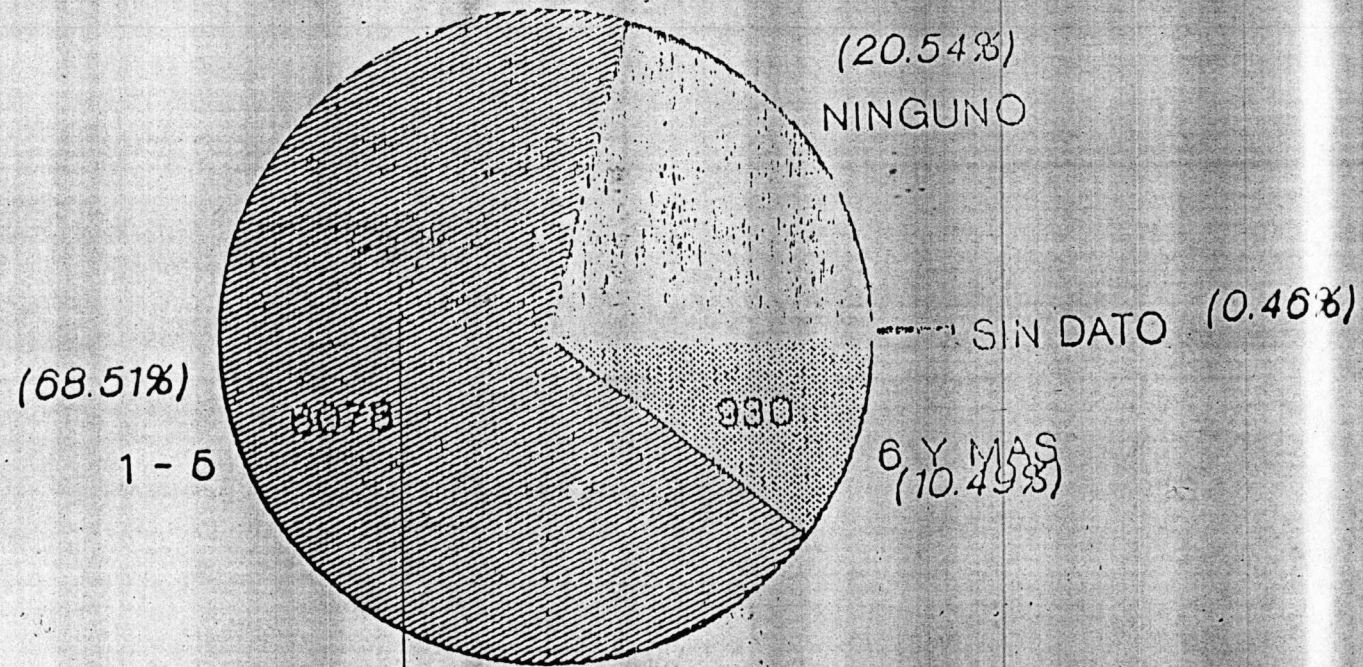
X = 8.95

FECOLSOG 1990

DR KUCUC 27-17-08-F11

FIGURA 9

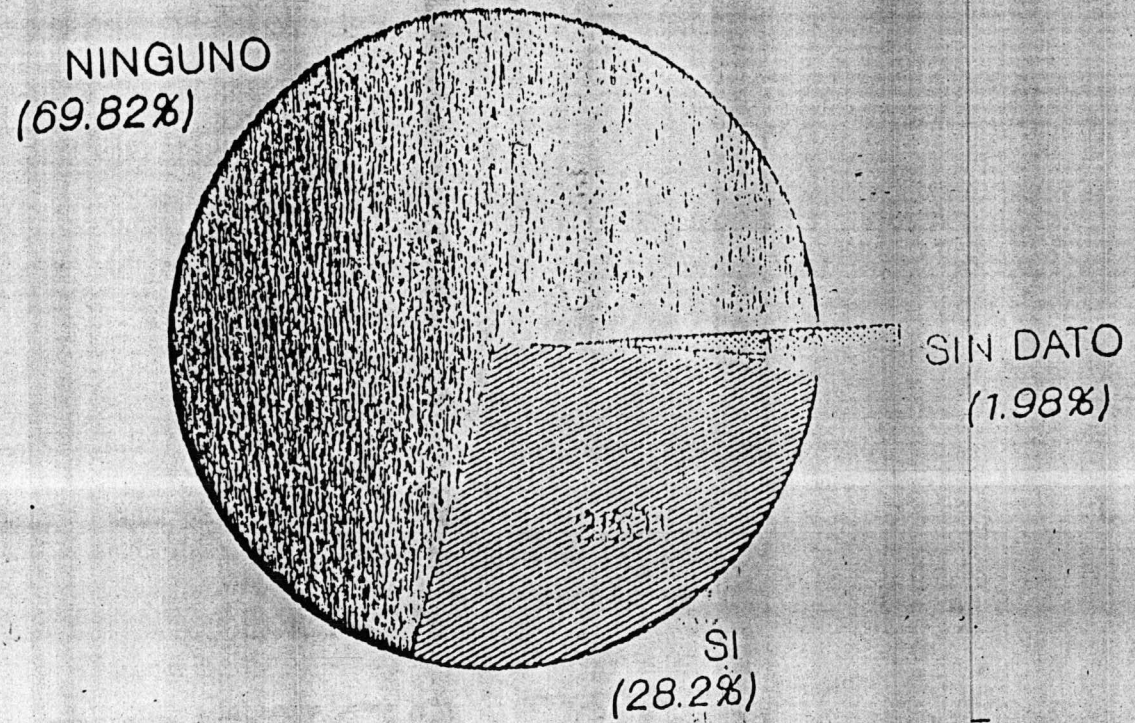
EMBARAZOS PREVIOS



X = 2.48

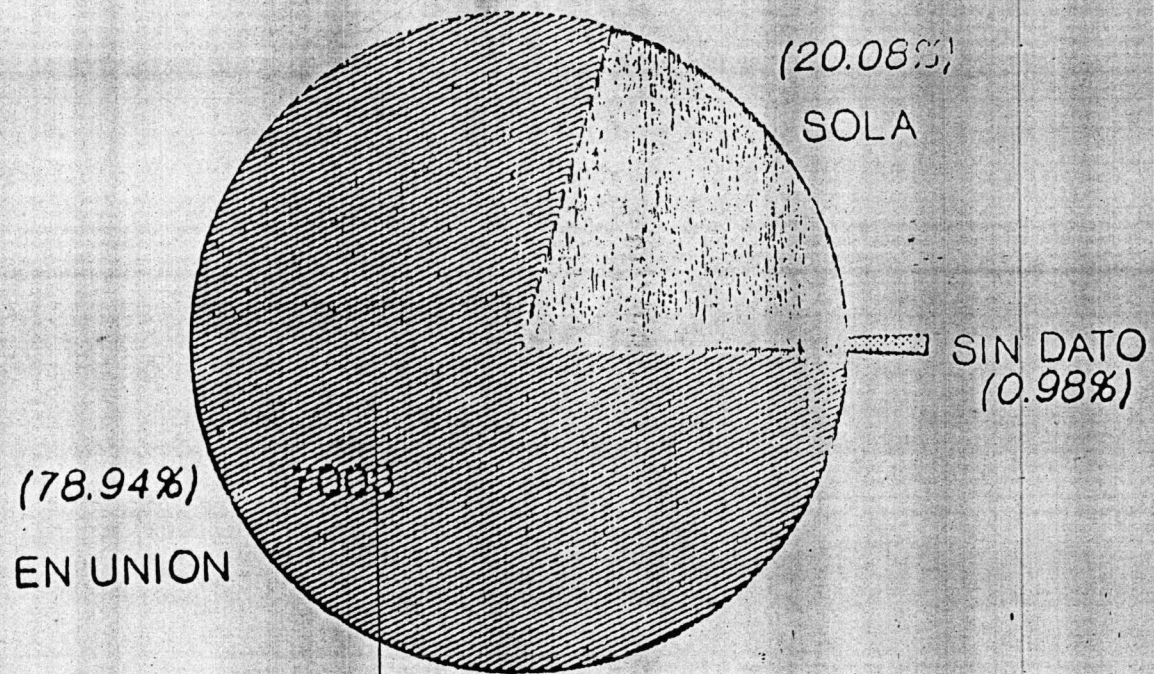
FIGURA 10

ABORTOS PREVIOS



X = 0.43

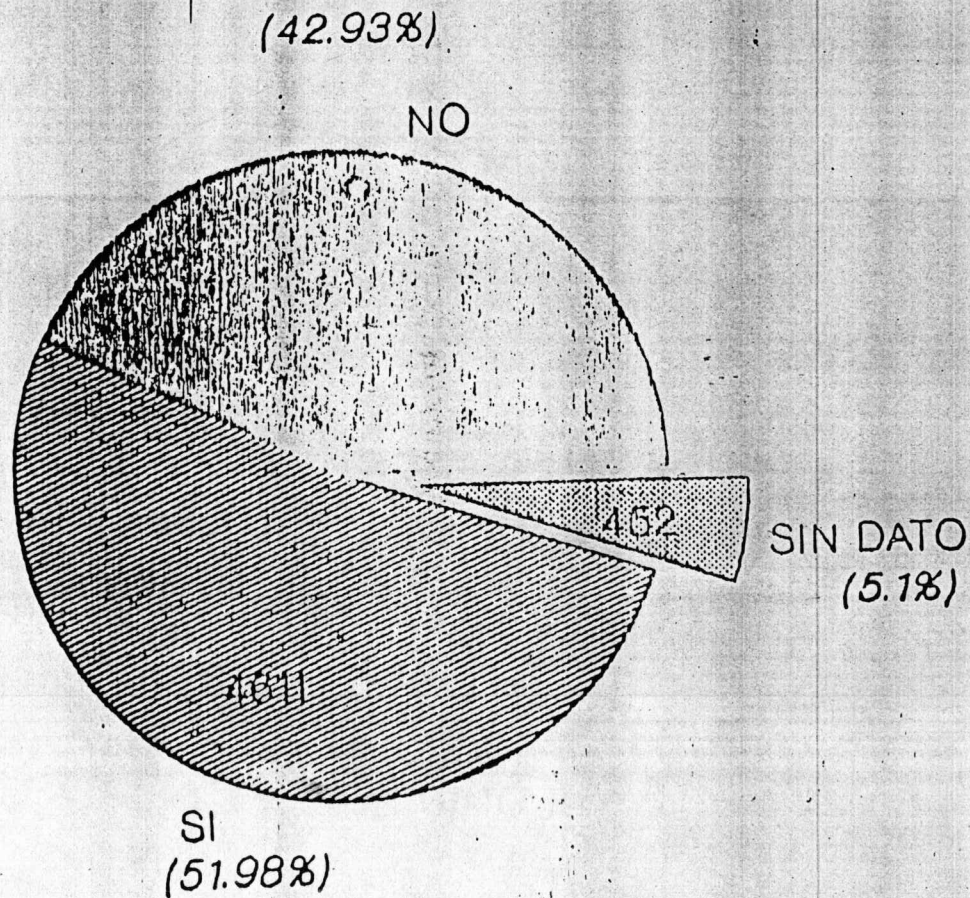
ESTADO MARITAL



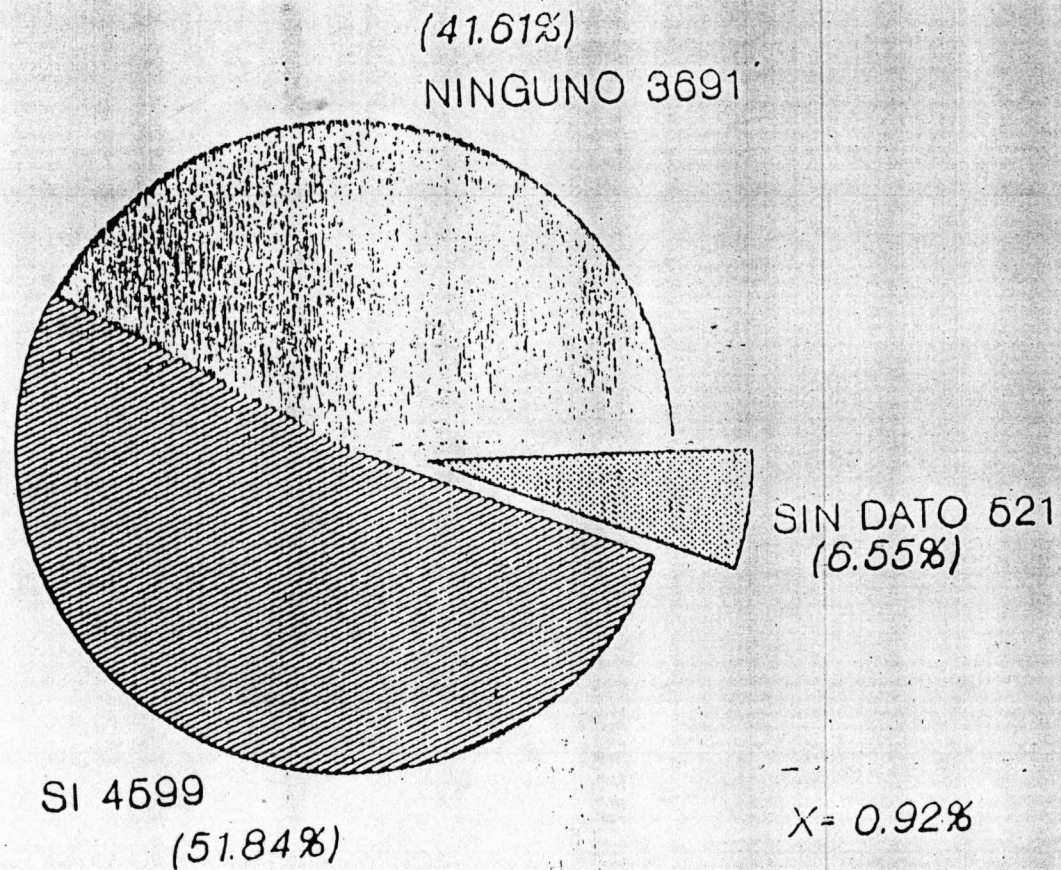
FECOL80G 1990

BR RIGOC 54.19.02.F12V

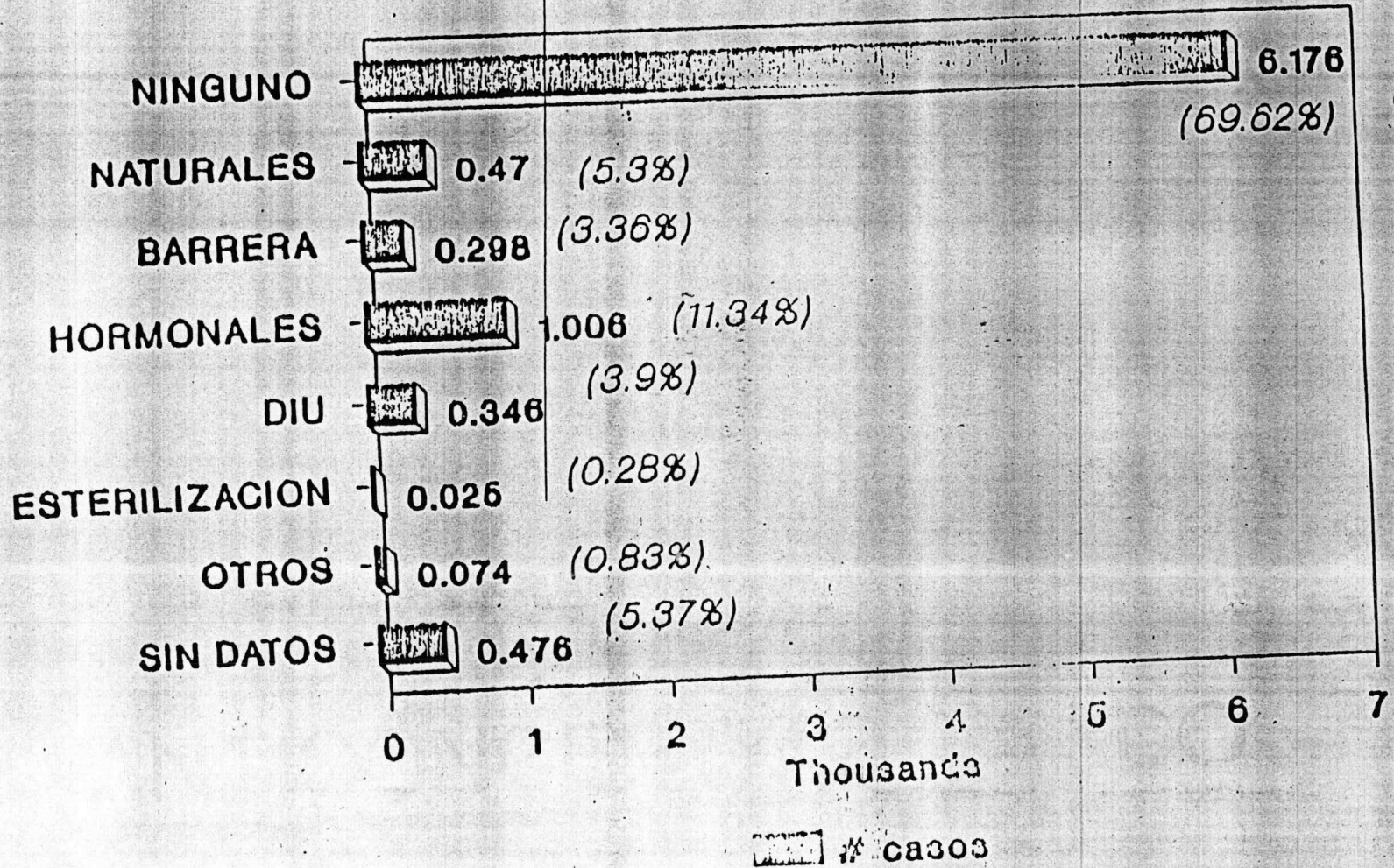
EMBARAZO ACTUAL DESEADO



DESEO ADICIONAL DE HIJOS



ANTICONCEPTIVO USADO



DN 2000-07-17-Vol. 17

5.11 Edad Gestacional:

Hasta 10 semanas de gestación fueron el 46.13% de las pacientes y con 11 y más semanas de gestación el 48.41%. El promedio de semanas de gestación fué de 11.15 semanas (Figura 15).

5.12 Clasificación del Aborto al Ingreso: (Excepto Sepsis)

La mayoría de los abortos fueron incompletos al ingreso, 75.55% (Figura 16).

5.13 Aborto Séptico al Ingreso:

En la mayoría de las pacientes el aborto no fué séptico 84.44%. En el 15.17% el aborto fué clasificado como séptico al ingreso (Figura 17).

% Septic abortions

5.14 Tipo de Infección:

La gran mayoría fué clasificada como endometritis 83.12% presentaban un grado avanzado de infección el 16.88% (Figura 18).

5.15 Fiebre en Grados Centígrados a la Admisión:

La gran mayoría de las pacientes 75.25% no presentaban fiebre. Solo el 13.07% si presentaron fiebre al ingreso (Figura 19).

5.16 Tipo de Aborto:

En la gran mayoría de las pacientes el aborto fué espontáneo, 85.12%. Solo lo reconocieron como provocado el 11.59% (Figura 20).

5.17 Complicación al Ingreso:

La gran mayoría de las pacientes no presentaban complicación al ingreso, 88.87%. Sólo presentaron complicación al ingreso el 9.05% (Figura 21).

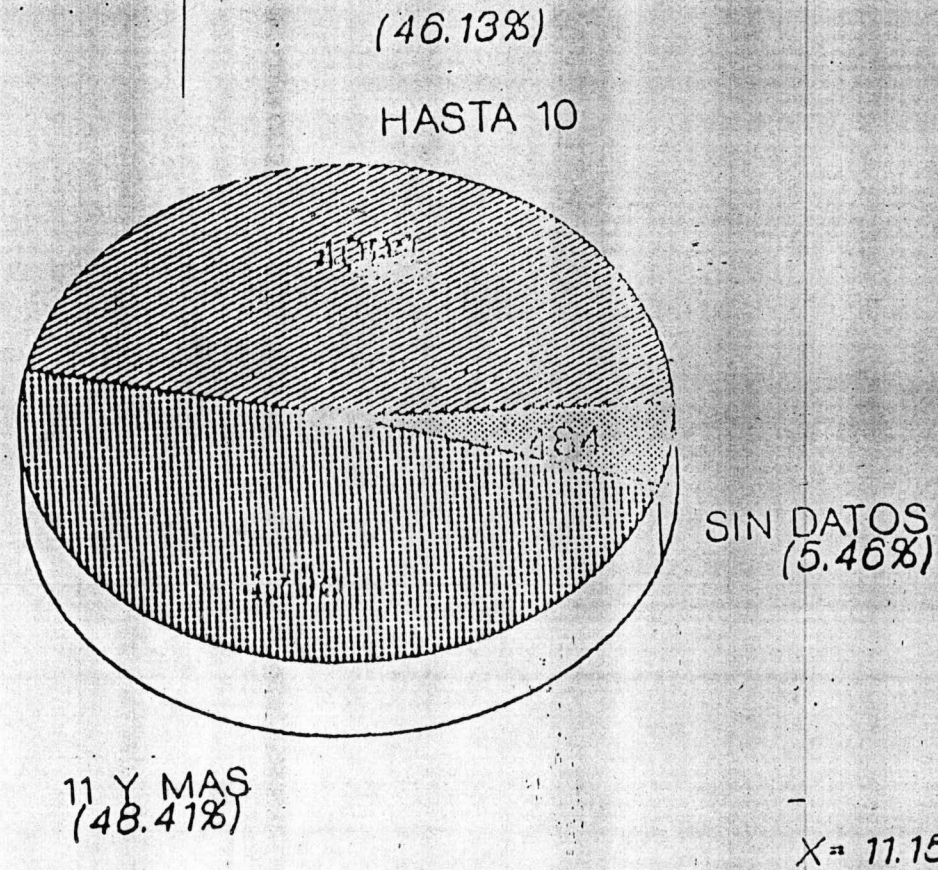
5.18 Tipo de Complicación al Ingreso:

La principal complicación al ingreso fué la pérdida excesiva de sangre 73.35% seguida de la perforación uterina con 6.47% (Figura 22).

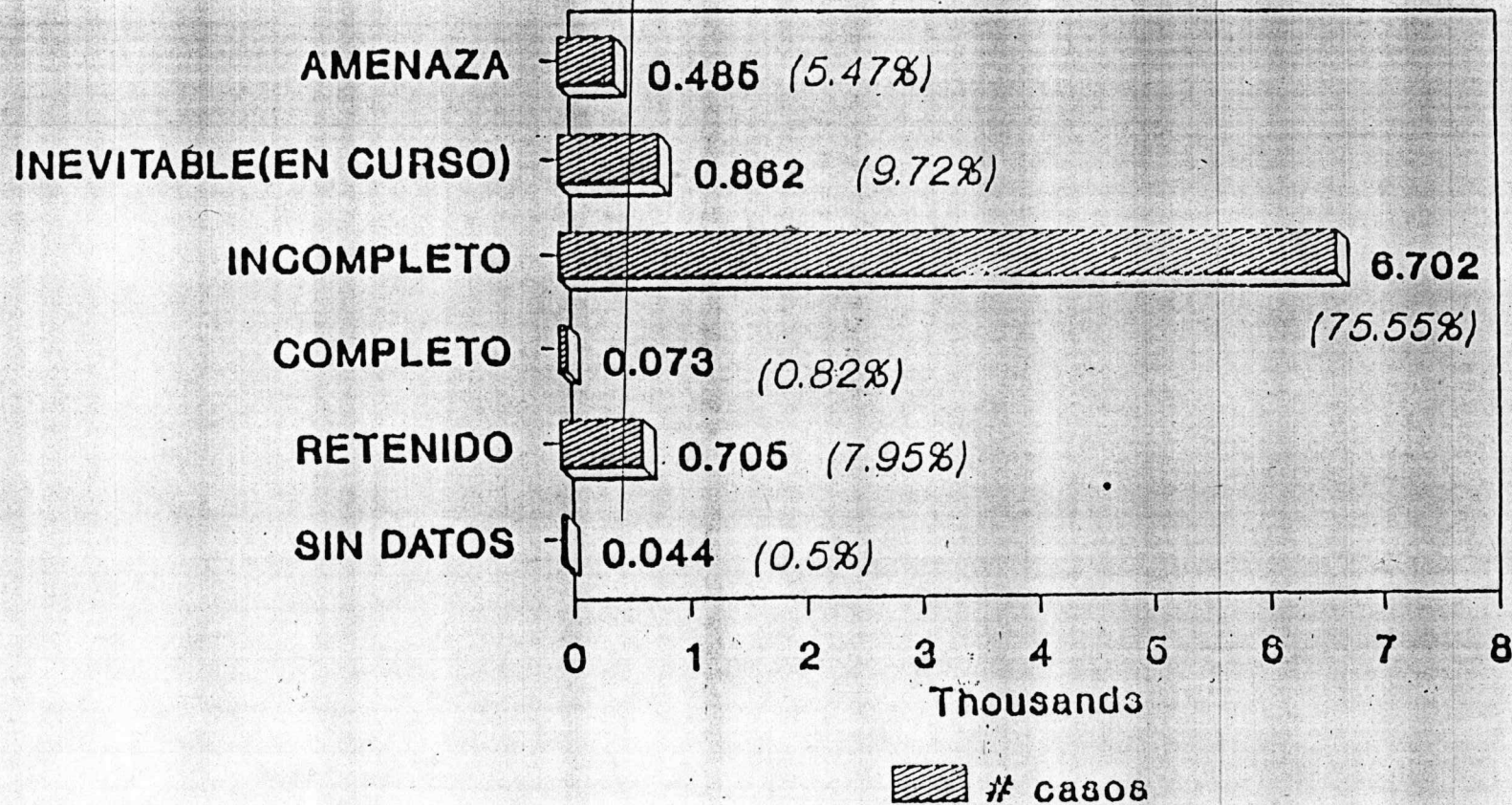
perforated uterus

FIGURA 15

EDAD GESTACIONAL



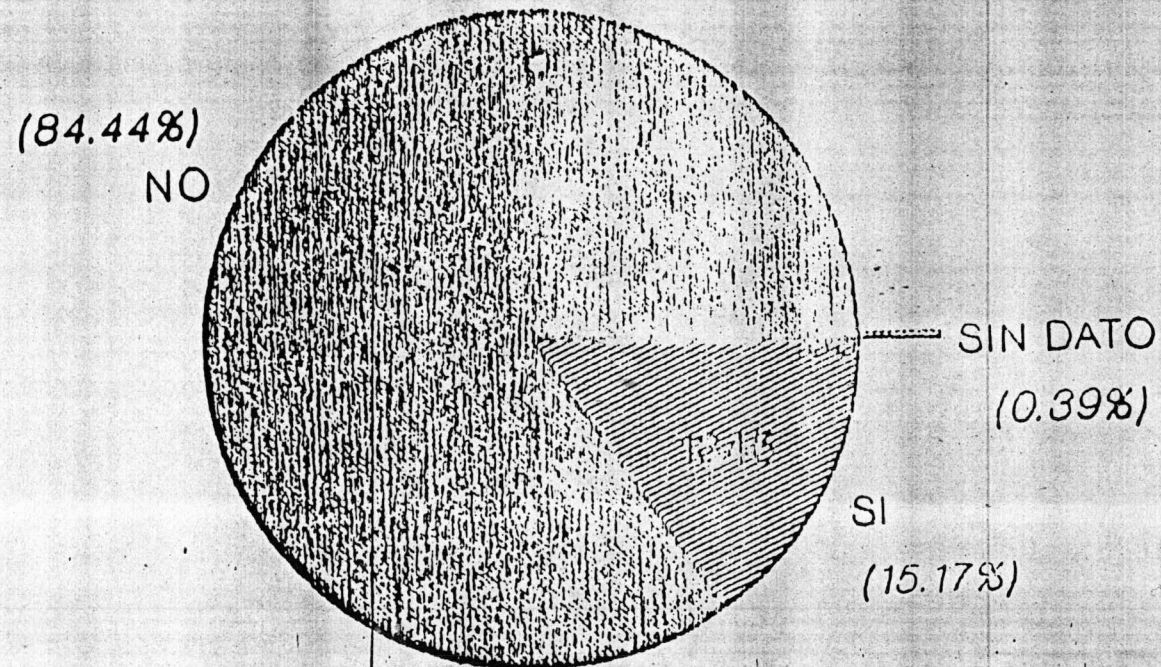
CLASIFICACION DEL ABORTO AL INGRESO



FECOLSOG 1990

BR R3C0C SH.19.02. F15V

ABORTO SEPTICO AL INGRESO



FECOLSOG 1990

TIPO DE INFECCION

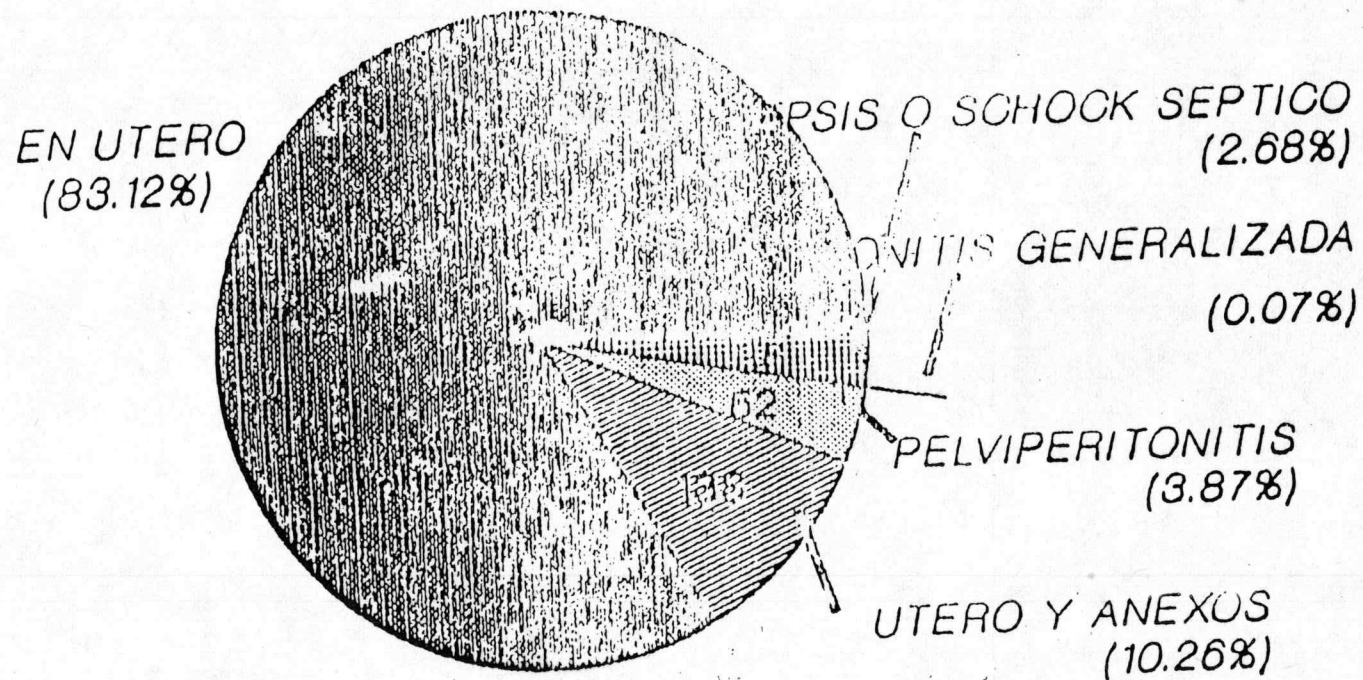
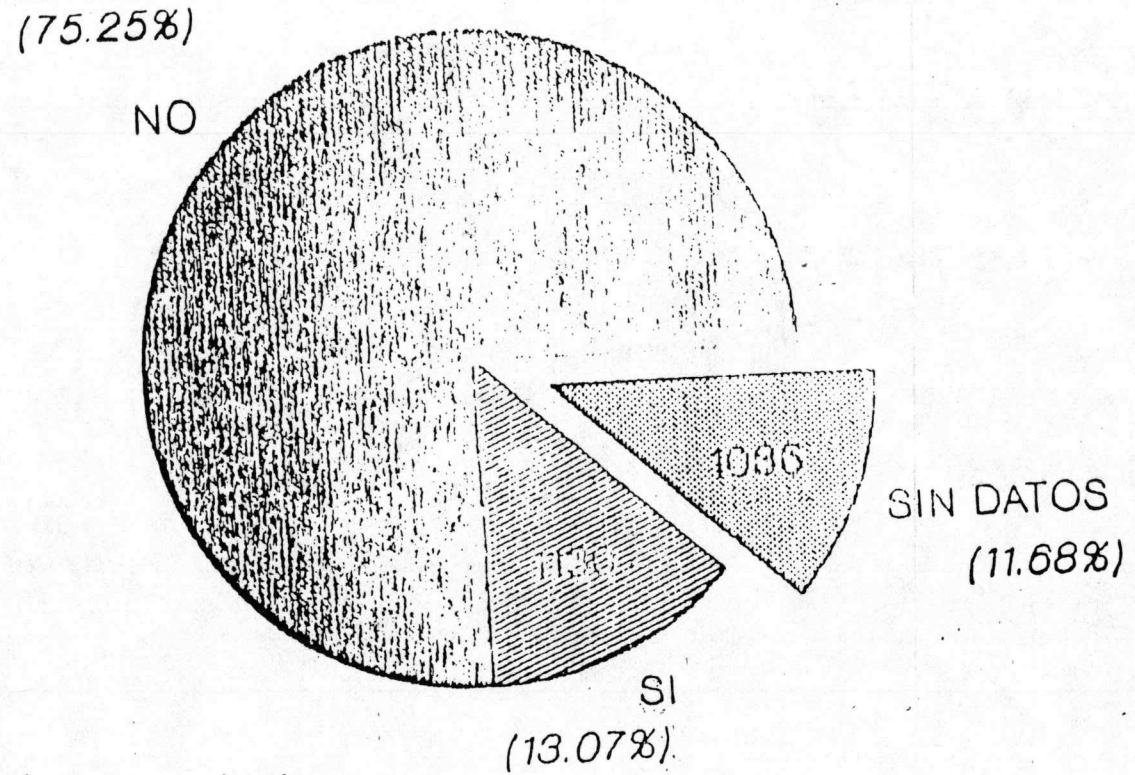


FIGURA 19

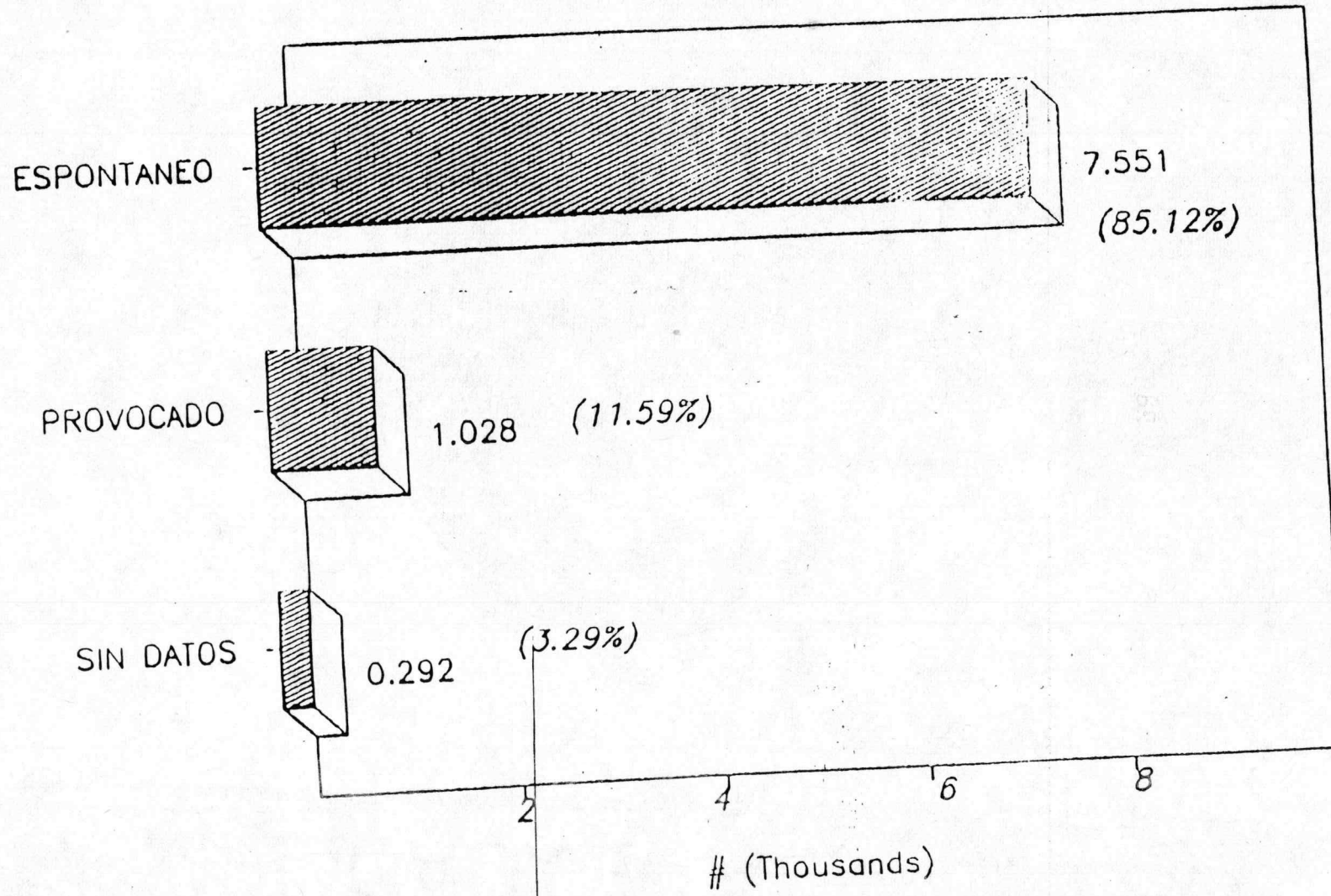
FIEBRE



FECOLSOG 1990

FIGURE 20

TIPO DE ABORTO



FECOLSOG 1990

FIGURA 21

COMPLICACION AL INGRESO

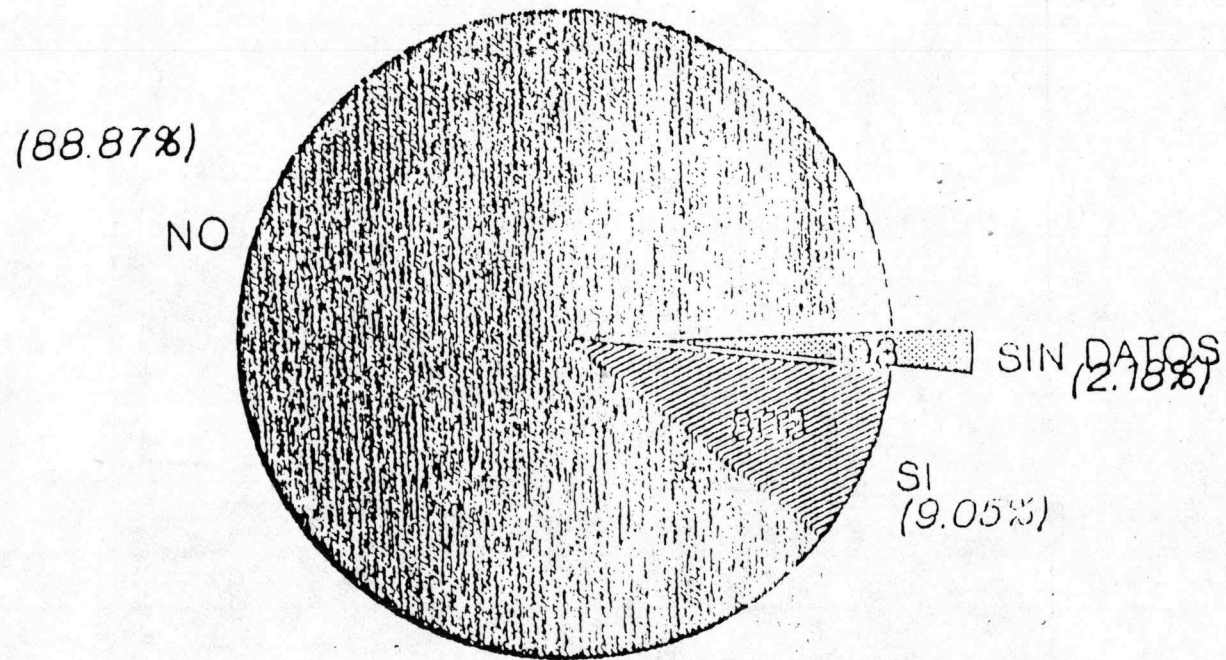
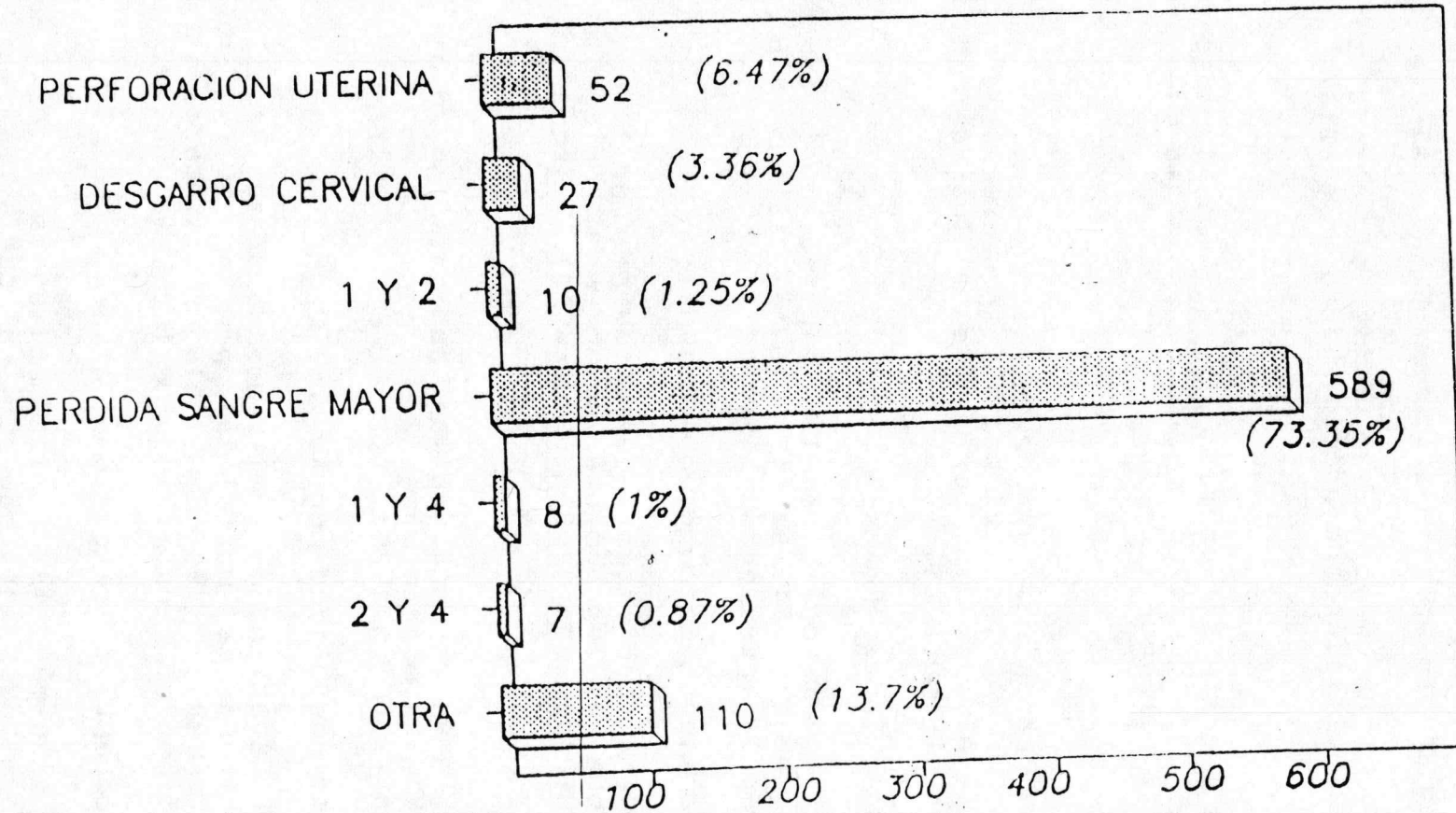


FIGURA 22

TIPO DE COMPLICACION AL INGRESO



5.19 Procedimiento Hospitalario para Evacuar el Utero:

En la gran mayoría se utilizó el legrado uterino 94.76%. Sólo se utilizó otro procedimiento en el 2.37% (Figura 23).

5.20 Anestesia:

En la mayoría de los casos se utilizó la anestesia general 65.48% seguida por otro tipo de anestesia no especificada en el 25.06% (Figura 24).

5.21 Transfusión:

La gran mayoría de las pacientes no requirieron transfusión 94.3%. De las 521 pacientes que requirieron transfusión (5.87%) el promedio por paciente fué de 921 centímetros cúbicos (Figura 25).

5.22 Líquidos Intravenosos:

La gran mayoría de las pacientes recibieron líquidos intravenosos, 84.88%. Sólo el 15.12% no requirieron infusiones intravenosas (Figura 26).

5.23 Procedimiento Quirúrgico Adicional:

De las pacientes que requirieron otro procedimiento adicional al legrado uterino en su mayoría este método fué la histerectomía 32.09% (Figura 27). 430⁺

5.24 Muerte Materna:

En la gran mayoría de las pacientes no se presentó muerte 98.97%. La muerte materna se presentó en el 0.35% de las pacientes (Figura 28). 36 Muertes

5.25 Tasa de Mortalidad por Aborto:

En los 8.871 casos analizados se presentaron 36 muertes que da una tasa de mortalidad por aborto de 406×100.000 (Figura 29). En la Tabla 2 se puede ver las tasas de mortalidad comparativas por país.

5.26 Anticonceptivo Prescrito al Alta:

En la gran mayoría de las pacientes 60.48% no se previó ningún método anticonceptivo al darles de alta. Sólo en el 36.62% salió con fórmula de anticoncepción (Figura 30).

PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO PARA EVACUAR UTERO

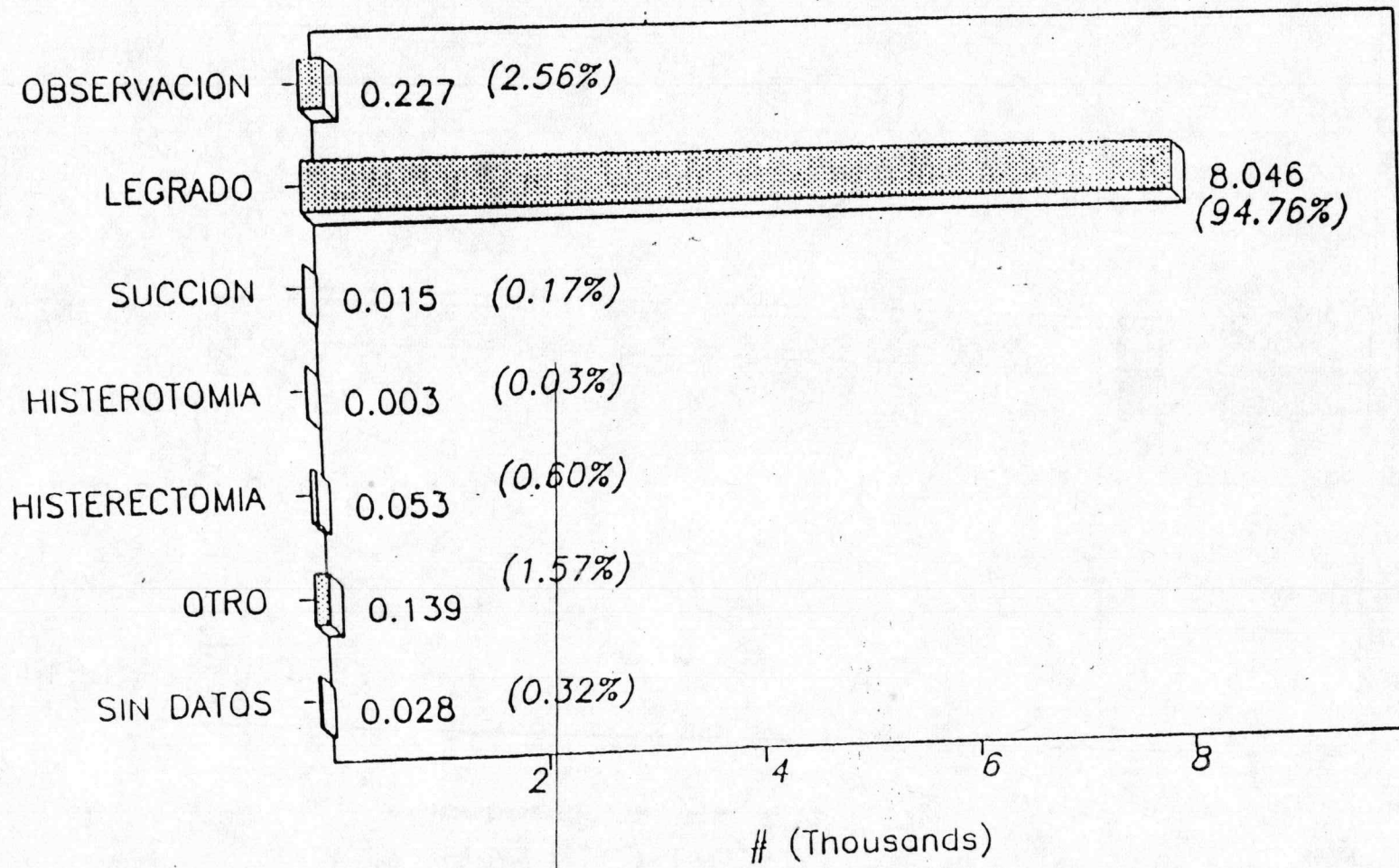
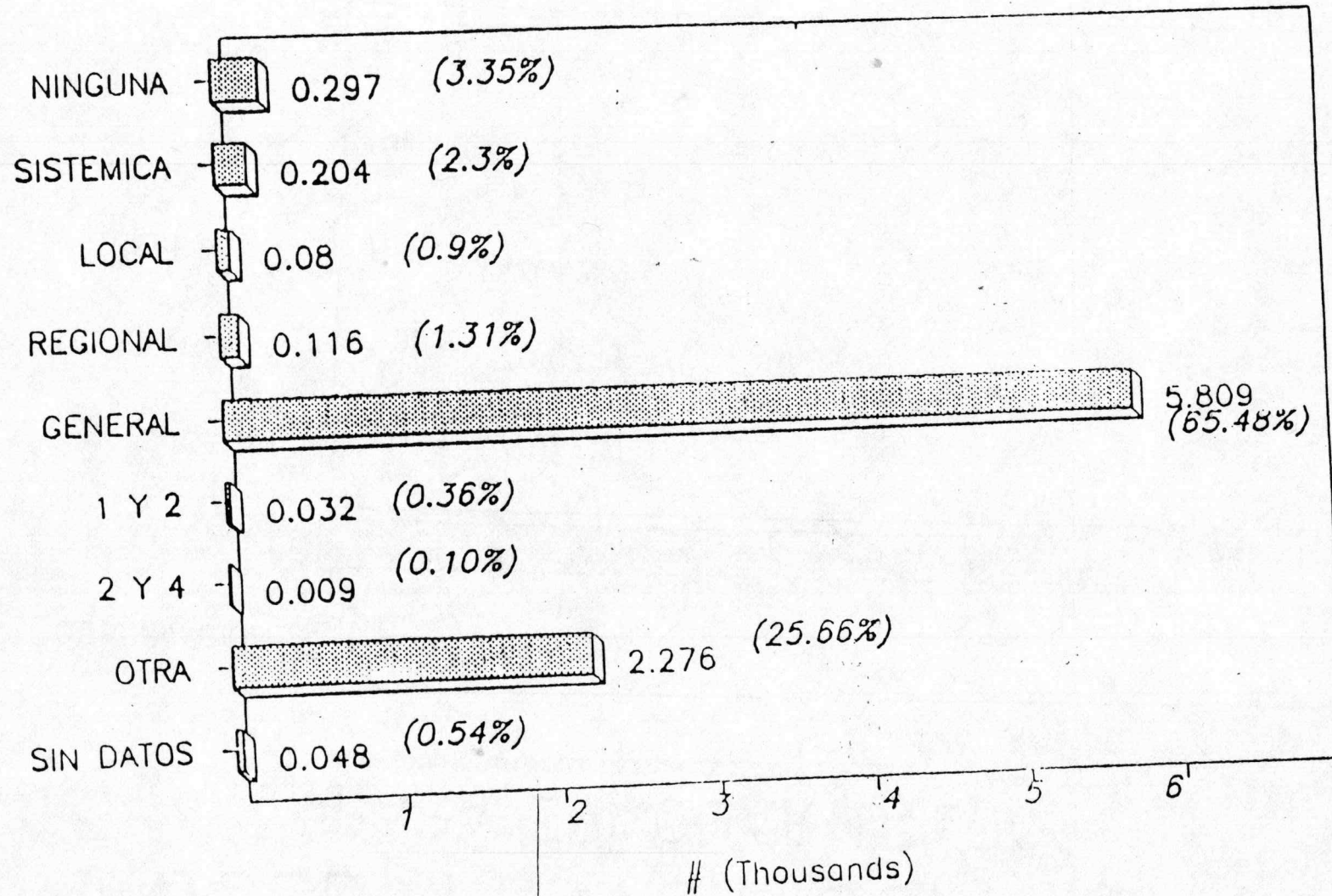
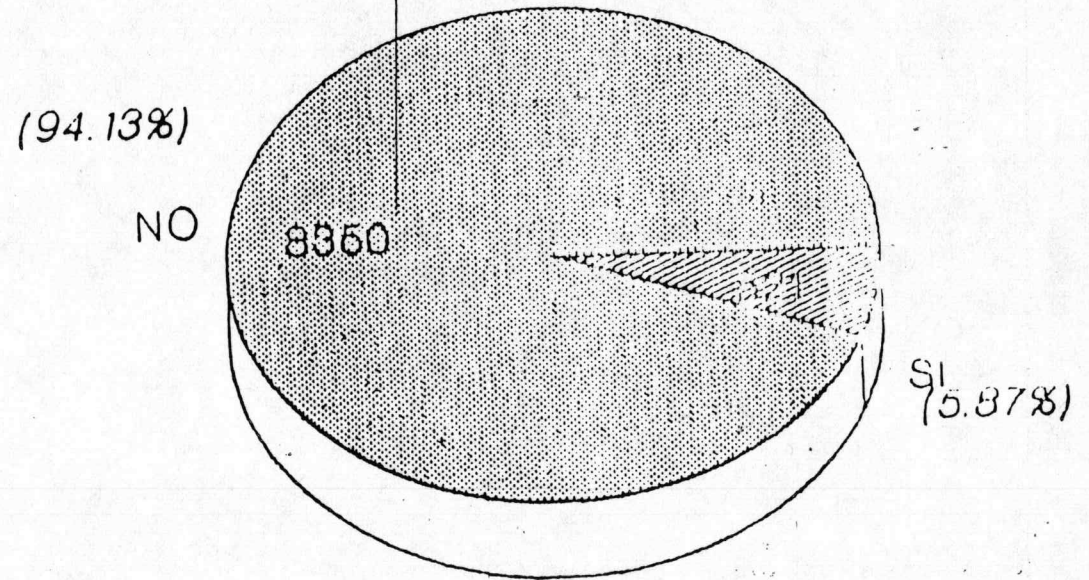


FIGURA 24

ANESTESIA



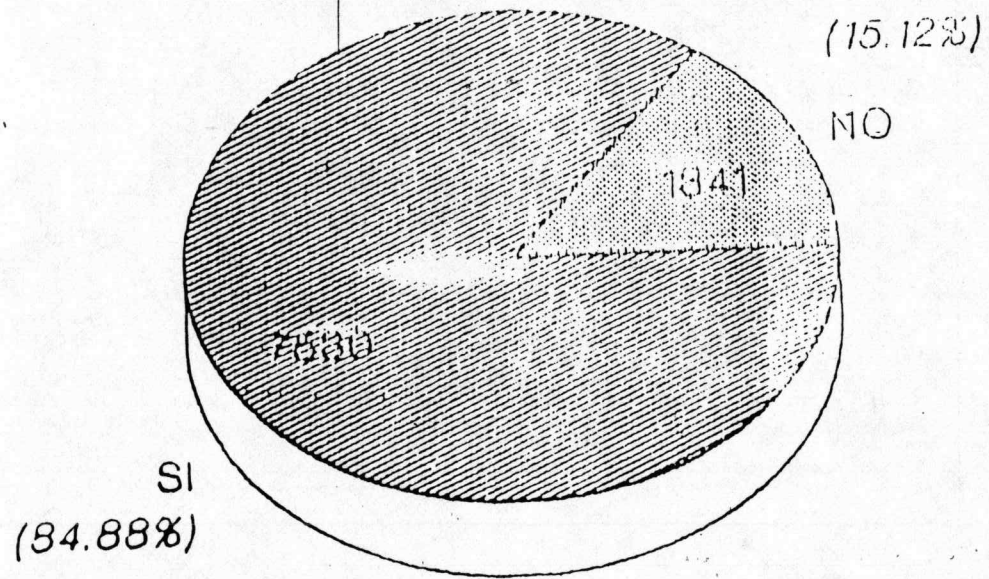
TRANSFUSION



X= 92100

FIGURA 26

LIQUIDOS IV



TIPO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ADICIONAL

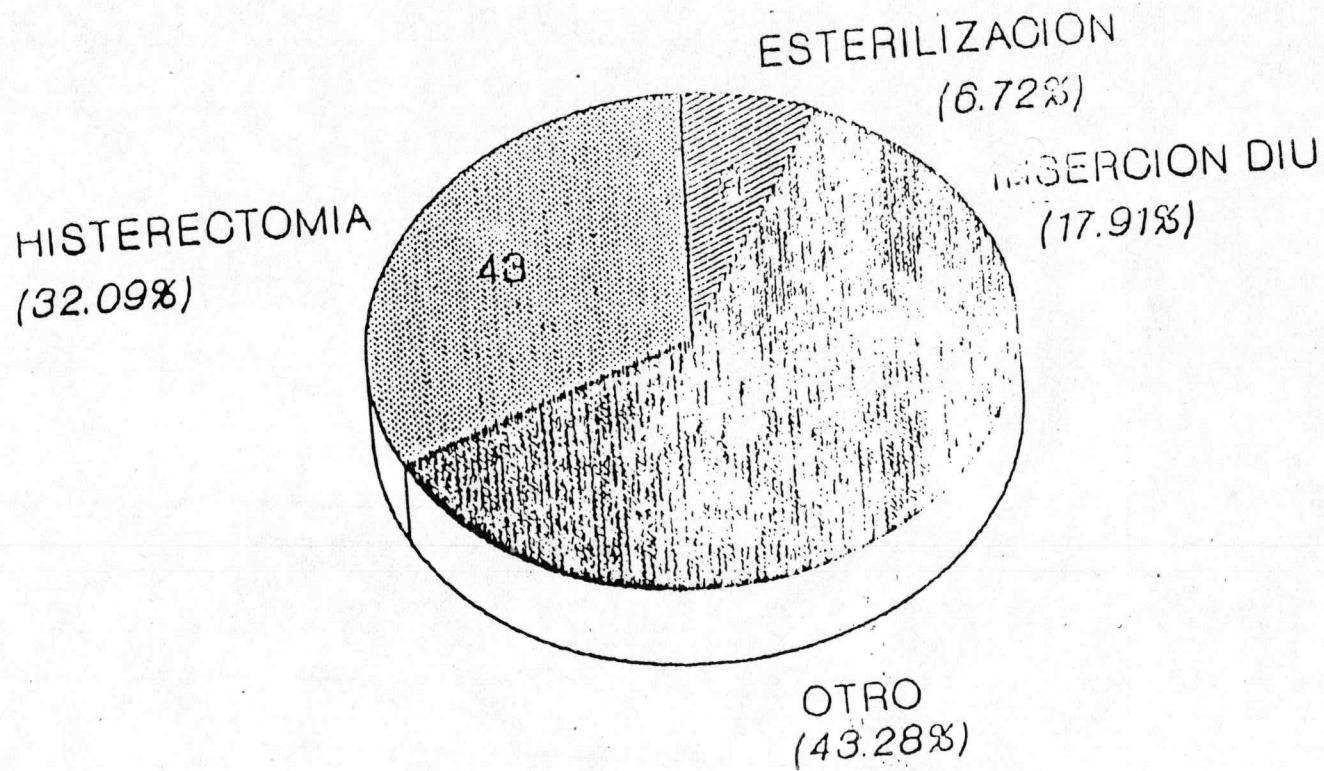
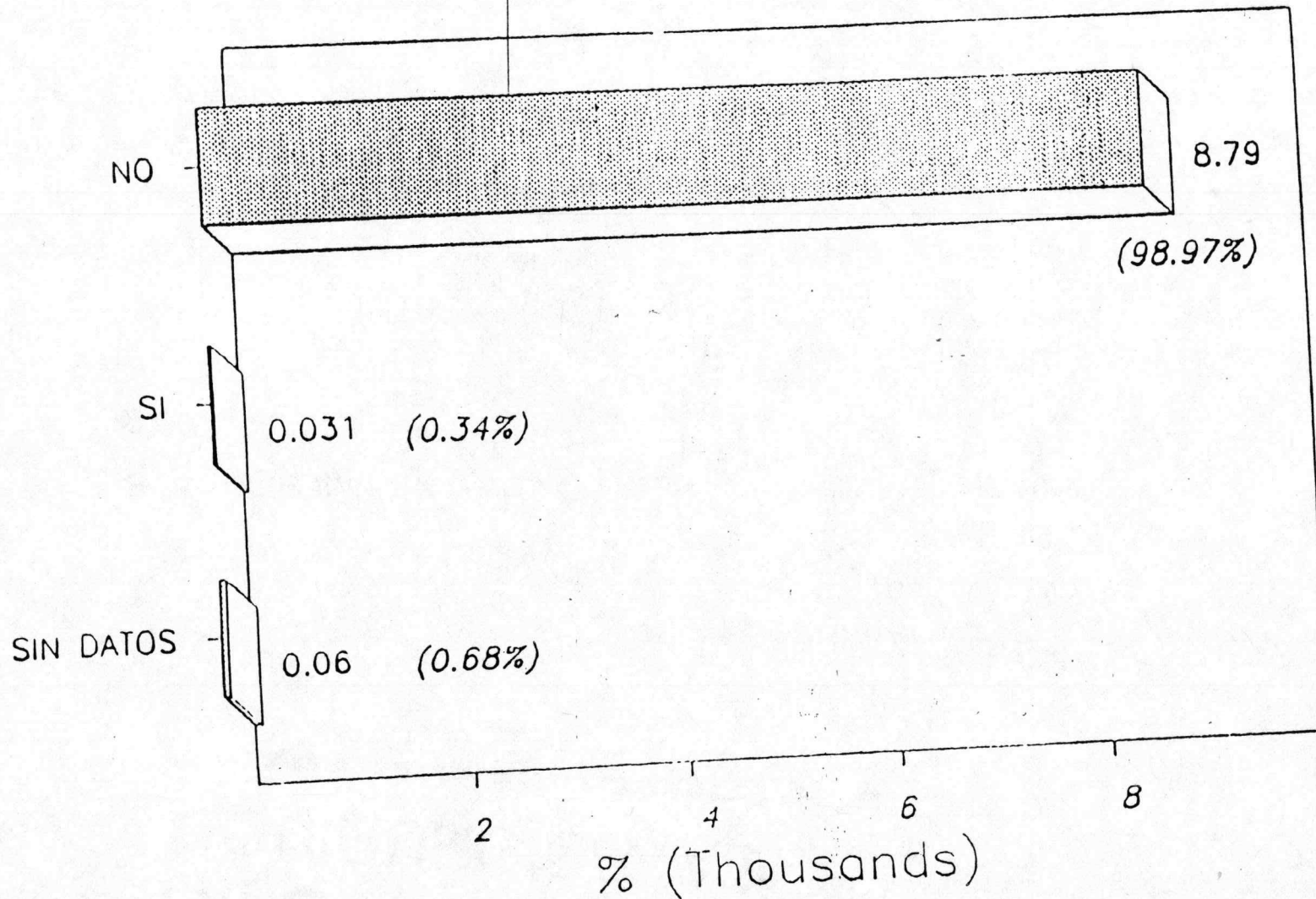


FIGURA 28

MUERTE MATERNA



FECOLSOG 1990

BR R3COC SH.19.02. F22.V

TASAS DE MORTALIDAD X 100000 COMPARATIVAS POR PAIS

PAIS	# MUERTES	# ABORTOS	TASA
BOLIVIA	8	783	1022
COLOMBIA	21	4263	493
PERU	6	1933	310
VENEZUELA	1	1892	53
TOTAL	36	8871	406

FECOLSOG 1990

FIGURA 29

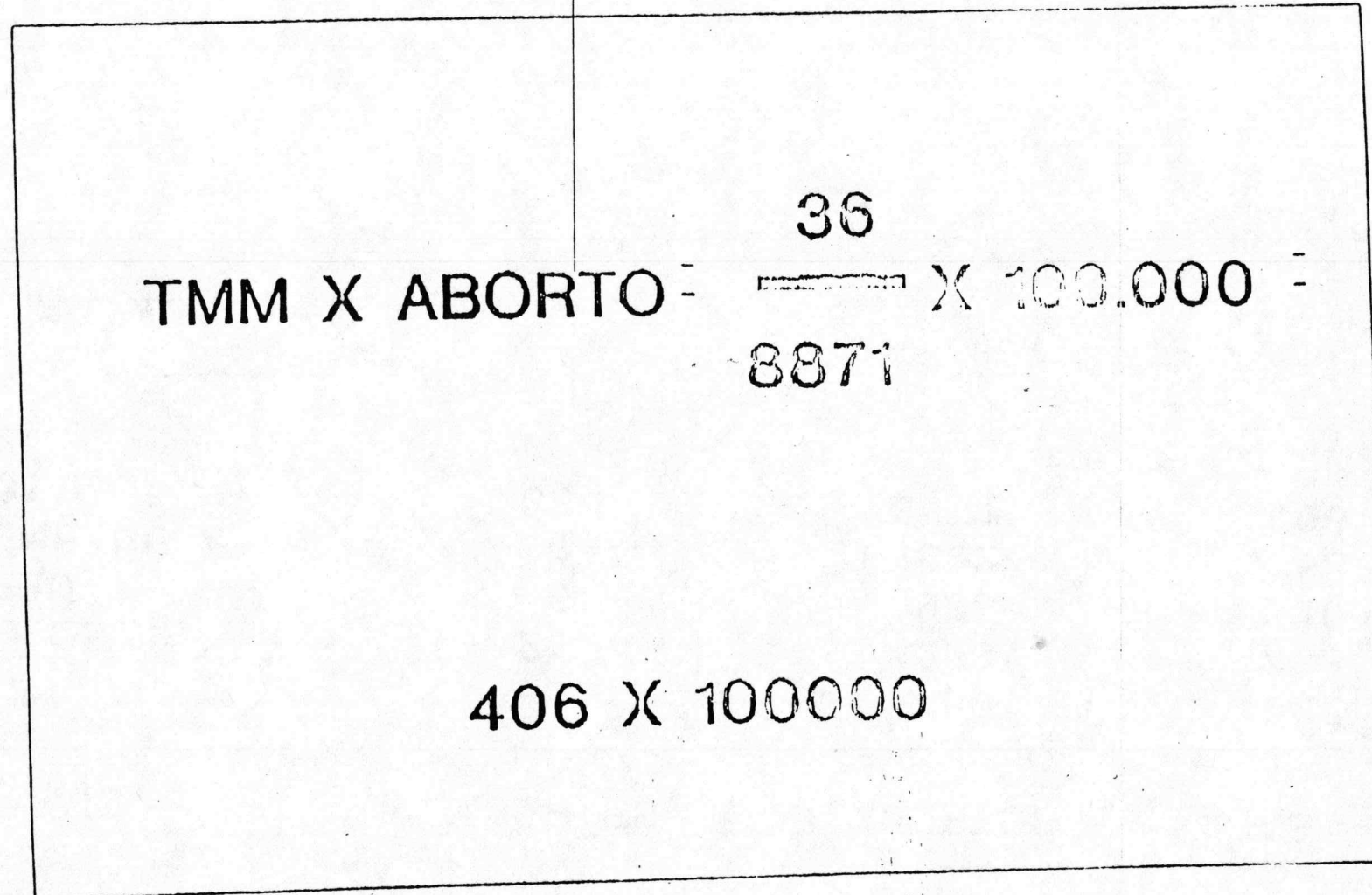
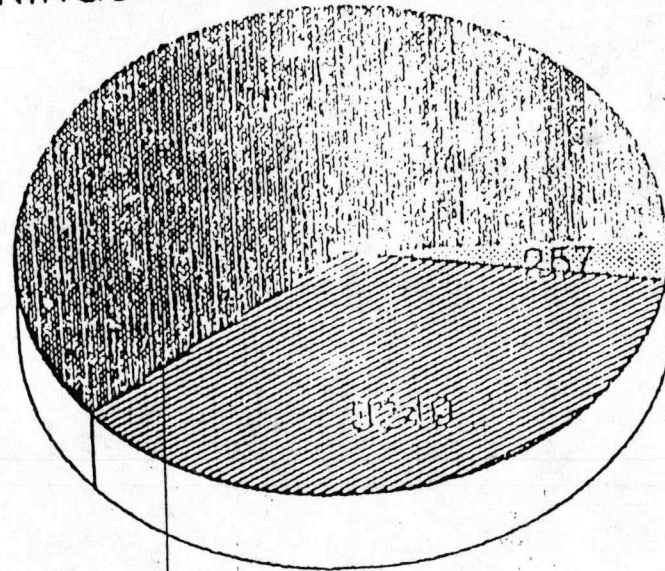


FIGURA 30

ANTICONCEPTIVO PRESCRITO

(60.42%)

NINGUNO



SIN DATOS
(2.9%)

(36.62%)
SI

5.27 Número de Noches Hospitalizada:

La mayoría de las pacientes permaneció más de una noche 44.05%. Una noche el 39.98% y ninguna noche 13.63%. El promedio de estancia hospitalaria fue de 1.8 noches (Figura 31).

5.28 Edad Gestacional Según Estancia:

En los embarazos de menos de 10 semanas la mayoría de las pacientes no permanecieron ninguna noche en el hospital 53.92%, mientras que en las gestaciones de 11 y más semanas la mayoría de las pacientes permanecieron dos o más noches 54.41% (Tabla 3).

5.29 Muerte Materna Según Duración del Embarazo:

De las 36 pacientes que presentaron muerte materna la mayoría, 22 casos (61.10%) cursaban 11 o más semanas de gestación (Tabla 4).

5.30 Muerte Materna Según Diagnóstico del Aborto al Ingreso:

De las 36 pacientes que presentaron muerte materna la gran mayoría, 25 casos (69.40%) el aborto fue clasificado como incompleto al ingreso (Tabla 5).

5.31 Muerte Materna Según Aborto Séptico al Ingreso:

De las 36 muertes maternas la gran mayoría, 27 casos (75%), el aborto fue clasificado como séptico al ingreso (Tabla 6).

5.32 Muerte Según Complicación al Ingreso Excepto Sepsis:

De las 36 muertes cuando no se toma en cuenta la sepsis como complicación al ingreso. 20 pacientes (55.60%) aparecen sin ninguna complicación, 8, (22.2%) con otra complicación no clasificada, 4, (11.1%) hemorragia profusa, y 4, (11.1%) perforación (Tabla 7).

FIGURA 31

de NOCHES HOSPITALIZADA

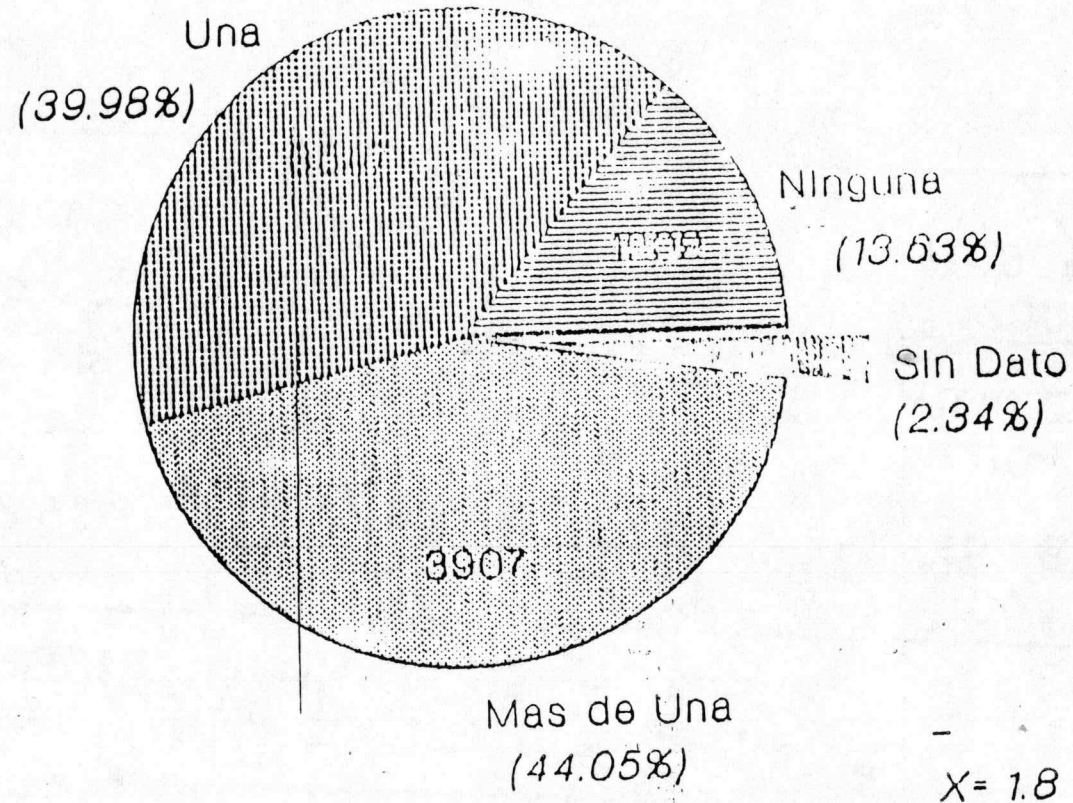


TABLA 3

EDAD GESTACIONAL SEGUN ESTANCIA

EDAD GESTACIONAL	ESTANCIA HOSPITALARIA			TOTAL
	NINGUNA	UNA	MAS DE UNA	
HASTA 10	633 (53.92%)	1692 (50.48%)	1676 (45.59%)	4001 (48.78%)
11 Y MAS	541 (46.08%)	1660 (49.52%)	2000 (54.41%)	4201 (51.22%)
TOTAL	1174 (100%)	3352 (100%)	3676 (100%)	3202 (100%)

FECOLSOG 1990

TABLA 3

EDAD GESTACIONAL SEGUN ESTANCIA

EDAD GESTACIONAL	ESTANCIA HOSPITALARIA			TOTAL
	NINGUNA	UNA	MAS DE UNA	
HASTA 10	633 (53.92%)	1692 (50.48%)	1676 (45.59%)	4001 (48.78%)
11 Y MAS	541 (46.08%)	1660 (49.52%)	2000 (54.41%)	4201 (51.22%)
TOTAL	1174 (100%)	3352 (100%)	3676 (100%)	3202 (100%)

FECOLSOG 1990

TABLA 4

MUERTE MATERNA SEGUN DURACION EMBARAZO

MUERTE MATERNA	DURACION DEL EMBARAZO		TOTAL
	HASTA 10	11 Y MAS	
NO	4059(48.87%)	4247(51.13%)	8306(100%)
SI	14(38.90%)	22(61.10%)	36(100%)

FECOLSOG 1990

BR R1COC 5H.19.02.F26V

MUERTE MATERNA SEGUN DX ABORTO INGRESO

MUERTE MATERNA	DX ABORTO AL INGRESO					TOTAL
	AMEN	CURSO	INCOM	COMP	RET	
NO	471 (5.39%)	857 (9.81%)	6642 (76%)	70 (0.8%)	700 (8%)	8740 (100%)
SI	5 (13.9%)	1 (2.8%)	25 (69.4%)	3 (8.3%)	2 (5.6%)	36 (100%)

FECOLSOG 1990

MUERTE MATERNA SEGUN ABORTO SEPTICO AL INGRESO

MUERTE MATERNA	ABORTO SEPTICO		TOTAL
	NO	SI	
NO	7432(84.92%)	1320(15.08%)	8752(100%)
SI	9(25.00%)	27(75.00%)	36(100%)

FECOLSOG 1990

MUERTE MATERNA SEGUN COMPLICACION AL INGRESO (EXCEPTO SEPSIS)

MUERTE MATERNA	COMPLICACION AL INGRESO					TOTAL
	NO	PERF	DC	HEMO	OTRA	
NO	7819 (90.88%)	66 (0.77%)	34 (0.39%)	589 (6.78%)	102 (1.18%)	8604 (100%)
SI	20 (55.6%)	4 (11.1%)	0	4 (11.1%)	8 (22.2%)	36 (100%)

FECOLSOG 1990

6. DISCUSION DE RESULTADOS

La frecuencia de abortos osciló mucho durante los diferentes meses del estudio, sin que se pueda establecer ningún patrón; intervinieron como factores las huelgas que impidieron la recolección durante seis meses completos en algunas instituciones y en los meses de Marzo y Septiembre durante los cuales solo se recolectó información en la última quincena de Marzo y primera quincena de Septiembre. El porcentaje de abortos con relación a partos de 12.8% es mayor, ya que no se tiene seguridad absoluta sobre el número de abortos ocurridos (Figura 5).

La población del estudio es de mujeres jóvenes siendo en su mayoría 62.08% menores de 29 años con un promedio de 27.01 años (Figura 7).

El analfabetismo es bajo sólo 4.01% de pacientes y mucho más bajo el nivel profesional de sólo 0.4%. Es importante hacer notar que la gran mayoría 91.09% tenían algún nivel de escolaridad. El bajo porcentaje de pacientes con secundaria completa o estudios universitarios se explica por el tipo de instituciones que hacen parte del estudio que son todas instituciones que no atienden un nivel socioeconómico alto como son las clínicas privadas (Figura 8).

Sólo cursaban su primer embarazo el 20.54 de las pacientes, la gran mayoría 79% tenían uno o más embarazos previos. Siendo una población joven el porcentaje de pacientes con más de un embarazo es importante (Figura 9).

A pesar de que la mayoría de las pacientes no tenían abortos previos, 69.82%, es notable que para una población con promedio de edad de 27.01 años y con 62.08% de menores de 28 casi el 30% de ellas (28.2%) ya tenían como antecedente uno o más abortos (Figura 10).

Aún cuando en la mayoría de las pacientes el embarazo actual fué deseado, 51.98%, un porcentaje muy importante de pacientes, 42.93% respondieron que no deseaban el embarazo (Figura 12); que además coincide con el 41.61% de pacientes que manifestaron no querer ningún otro hijo adicional a los que actualmente tenían (Figura 13); y contrasta con el bajo porcentaje de mujeres que aceptaron que el aborto actual fué provocado (11.59%). Es muy llamativo que casi el 70% de las pacientes (69.62%) no utilizaran ningún método anticonceptivo y el 9.49% estaban utilizando métodos de muy baja efectividad, lo que suma casi el 80% (79.11%) de pacientes que estaban altamente expuestas al embarazo. La falla de métodos de alta efectividad como la píldora que la usaban 9.5% de pacientes puede explicarse en que este método exige una alta motivación y un gran cuidado en su uso correcto.

← 20% usava métodos eficaces

less effective methods

heavy bleeding
73.35% of the
wants

Uno de los factores que seguramente incide en la alta tasa de mortalidad por aborto encontrada en el estudio puede ser el alto porcentaje, 48.41% de abortos tardíos (11 y más semanas de gestación) (Figura 15).

El gran porcentaje de abortos incompletos al ingreso, 75.55% puede estar relacionado con la complicación más frecuente encontrada que fué la hemorragia profusa (73.35%) que a su vez está relacionada con la cantidad de líquidos intravenosos que en promedio fué de .945 centímetros cúbicos (Gráfico 21), y con la cantidad de sangre transfundida que en las pacientes que lo requirieron hubo un promedio de 921 centímetros cúbicos (Figura 16).

En una población joven con promedio de edad de 27.01 años, el que se les haya realizado a 43 pacientes histerectomía indica la grave morbilidad a que el aborto expone a la población materna (Figura 27).

43
141,000
hysterec

La tasa de mortalidad por aborto de 406 ^{per} x 100.000 (Figura 29) es muy alta comparada con la mortalidad materna para latinoamérica que en un estudio publicado en 1987 de una tasa de 270 x 100.000 (3); y muy superior a la de 232 x 100.000 de un estudio colombiano (4). Si se compara esta tasa de mortalidad por aborto de 349 x 100.000 con cifras mundiales que dan una tasa de mortalidad por aborto legal en el primer trimestre de gestación de 1.7 x 100.000 por parto de 14.1 x 100.000 y todavía muy superior a tasas de procedimientos riesgosos como la histerectomía con una cifra de 204 x 100.000; según el informe de población número 3 de Marzo de 1976 de la George Washington University Medical Center (5).

La baja prescripción de métodos anticonceptivos al egreso, (36.62%) después de que una paciente ha pasado por una situación como el aborto, es preocupante (Figura 30) y lo es más si vemos que a través de los años esta situación no ha variado incluso es peor si lo comparamos con un estudio que sobre aborto se hizo en hospitales universitarios de Colombia en 1975 cuando la prescripción de métodos anticonceptivos al egreso fué superior (46.1%) (6).

cost

El que la mayoría de las pacientes 44.05% permanecieran más de una noche en el hospital tiene incidencia en un mayor costo para las instituciones y las pacientes (Figura 31).

Analizando los cruces de variables observamos que entre más avanzada sea la gestación cuando ocurre el aborto el número de noches de permanencia hospitalaria aumenta contribuyendo a un aumento en el costo institucional y social (Tabla 3). En la misma forma cuanto más avanzado sea el embarazo cuando ocurre el aborto es mayor la probabilidad de muerte materna (Tabla 4).

Se encontró una mayor mortalidad cuando el aborto fué clasificado como incompleto al ingreso (Tabla 5), puede estar relacionado con la complicación más frecuente que fué la pérdida excesiva de sangre (Figura 22).

A pesar de que la complicación más frecuente al ingreso fué la pérdida excesiva de sangre (Figura 22) al cruzar la variable muerte con la sepsis al ingreso fué precisamente esta complicación la que tuvo una relación mayor con la muerte de la portante (Tabla 6). Este hallazgo es similar al de varios estudios que sobre mortalidad materna se realizaron hace varios años en Colombia (4,7,8,9,10,11). La anterior afirmación se confirma al cruzar la variable complicación al ingreso excluyendo la sepsis en la cual la hemorragia profusa ocupa el tercer lugar y está relacionada con la muerte materna sólo en el 12.9% (Tabla 7).

muerte ↑

complicaciones ↑ tiempo gestacional ↑ tiempo de
permanencia

7. CONCLUSIONES

- 7.1 La población de mujeres del estudio es joven, con un promedio 27.01 años.
- 7.2 El analfabetismo fué bajo y la mayoría de las pacientes habían cursado uno o más años de escolaridad.
- 7.3 En casi la mitad de las pacientes el embarazo fué indeseado.
- 7.4 Casi la mitad de las pacientes no deseaban ningún hijo adicional al que tenían.
- 7.5 La mayoría de las pacientes no utilizaban ningún método anticonceptivo o utilizaban métodos de baja efectividad. A la mayoría no se les prescribió ningún anticonceptivo al egreso.
- 7.6 La mitad de los casos cursaban 11 semanas o más de gestación.
- 7.7 La complicación infecciosa más frecuente fué la endometritis.
- 7.8 En la mayoría de las pacientes el aborto fué clasificado como incompleto al ingreso.
- 7.9 La complicación al ingreso más frecuente fué la pérdida excesiva de sangre.
- 7.10 La tasa de mortalidad por aborto (406 x 100.000) es el doble de la mortalidad materna para la región.
- 7.11 La sepsis fué la complicación más relacionada con la muerte materna.
- 7.12 Los costos que demandó la atención de las pacientes, se vieron incrementados por el elevado requerimiento de: líquidos intravenosos, sangre, anestesia general y estancia hospitalaria.

8. RECOMENDACIONES

El bajo uso de métodos anticonceptivos sumado al alto porcentaje de pacientes que reconocieron que el embarazo actual fue indeseado y a la mayoría de las pacientes que no querían ningún hijo adicional al que actualmente tenían, hace suponer que a pesar de que no lo reconocen, la mayoría de los abortos posiblemente fueron provocados.

La alta tasa de mortalidad por aborto y la sepsis como complicación más relacionada con la muerte materna, hace suponer que estos abortos en su mayoría fueron provocados y realizados en condiciones de inseguridad.

El grupo de investigadores ante estos hallazgos se permite hacer las siguientes recomendaciones:

- 8.1 Mejorar el conocimiento y la accesibilidad de los métodos anticonceptivos para así reducir el número de mujeres expuestas al riesgo de un embarazo indeseado.
- 8.2 Aumentar, promover y en algunos casos incluir la educación sexual en todas las instituciones docentes desde los colegios hasta las universidades.
- 8.3 Interesar a las instituciones públicas y privadas responsables de programas docentes y asistenciales, en la implementación de las recomendaciones anteriores, pues del análisis comparativo con investigaciones sobre el tema, realizadas hace 15 o más años en la región, se evidencia que la situación lejos de mejorar está igual y en algunos casos peor.

9. ANEXOS

FORMULARIO

INSTRUCTIVO

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO DEL
ESTUDIO COLABORATIVO MULTINACIONAL, SOBRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD
MATERNA POR ABORTO EN EL GRUPO REGIONAL BOLIVARIANO DE FLASOG.**

1. Usar sólo números arábigos.
2. No dejar casillas en blanco, cuando la información no se conoce colocar el número nueve.
ejemplos:

Item 6 edad desconocida

Item 17 última regla desconocida
día mes año

Si la información se conoce pero es negativa llenar con ceros. Ejemplos:

Item 10 ningún parto

Item 7 analfabeta

3. En el ítem 4 anote en orden consecutivo los casos en cada institución, anotando para el primer caso y siguiendo el segundo caso con el etc.
4. En los ítems que tienen códigos para las diferentes alternativas (Items: 1, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33 y 34), coloque en la casilla en blanco el número a que corresponde la respuesta. Ejemplos:

Item 16. Método anticonceptivo usado en el mes cuando ocurrió el embarazo, si la respuesta es DIU usar el número 1 , si la respuesta es naturales usar el número 6,

5. En los ítems donde se solicite especificación utilizar los renglones en blanco. Ejemplos:

Item 23. Complicación al ingreso. La respuesta es otra, se utiliza el número ocho y en los renglones en blanco especificar el tipo de complicación en letra clara e imprenta.

6. En las cifras de más de un dígito, iniciar el llenado de las casillas de derecha a izquierda. Ejemplo:

Item 3. Historia clínica hospitalaria número 95227 llenar así:

Item 8. 2 embarazos previos

7. Para responder los ítems de características de la paciente: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 y el ítem 22 sobre tipo de aborto, se requiere hablar personalmente con la paciente.
8. El investigador responsable en cada país, le asignará el código de identificación a cada institución participante por ejemplo:

Si el país es Colombia usar en el ítem 1 el número dos y si la institución es el Instituto Materno Infantil de Bogotá y el investigador nacional le asignó el código uno el ítem 2 será

Si el país es Venezuela usar en el ítem 1 el número cinco y si la institución es la Maternidad Concepción Palacios y el investigador nacional le asignó el código dos el ítem 2 será

9. Para comunicaciones y correspondencia:

FECOLSOG BOGOTA - COLOMBIA

**ESTUDIO COLABORATIVO MULTINACIONAL SOBRE
MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO.
GRUPO BOLIVARIANO DE FLASOG.**

IDENTIFICACION

- 1. 1) Bolivia. 2) Colombia. 3) Ecuador. 4) Perú. 5) Venezuela
- 2. Número del centro en cada país
- 3. Historia Clínica Hospitalaria
- 4. Número consecutivo del caso (en su institución)
- 5. Fecha de admisión de la paciente
día mes año

CARACTERISTICAS DE LA PACIENTE

- 6. Edad (en años cumplidos)
- 7. Educación (años cursados)
- 8. Número de embarazos previos (sin el actual)
- 9. Número de abortos previos (sin el actual)
- 10. Número de partos
- 11. Número de mortinatos
- 12. Hijos actualmente vivos
- 13. Estado marital. 0) sola 1) en unión
- 14. Embarazo actual deseado 0) NO. 1) SI.
- 15. Número adicional de hijos deseados
- 16. Método anticonceptivo usado en el mes cuando ocurrió el embarazo:
 0) Ninguno. 1) DIU. 2) Orales. 3) Condón. 4) Esterilización. 5) Inyectables.
 6) Naturales. 7) Vaginales. (Diafragma, espermicidas).
 8) Otros.
 Si es 8 especifique. _____

DATOS MEDICOS

- 17. Fecha de la última menstruación
día mes año
- 18. Duración del embarazo en semanas completas
- 19. Clasificación del aborto al ingreso: 1) Amenaza. 2) Inevitable o en curso.
 3) Incompleto. 4) Completo. 5) Retenido.
- 20. Aborto Séptico al ingreso: 0) NO. 1) Infección del Utero. 2) Infección del Utero y ane-
 xos. 3) Pelviperitonitis. 4) Peritonitis generalizada. 5) Sépsis o Shock séptico.

23. Complicación al Ingreso (excepto Sépsis): 0) Ninguna. 1) Perforación Uterina. 2) Desgarro cervical. 3) 1 y 2. 4) Pérdida excesiva de sangre/Anemia. 5) 1 y 4. 6) 2 y 4. 7) 1, 2 y 4. 8) Otra.

Si es 8 especifique: _____

24. Procedimiento hospitalario para evacuar el Utero: 0) Solo observación. 1) Legrado. 2) Succión. 3) Histerotomía. 4) Histerectomía. 8) Otro.

Si es 8 especifique: _____

25. Anestesia: 0) Ninguna. 1) Analgesia sistémica por inhalación. 2) Local. 3) Regional. 4) General. 5) 1 y 2. 6) 2 y 4. 8) Otra.

Si es 8 especifique: _____

26. Cantidad de sangre transfundida (en C.C.) durante la hospitalización

27. Cantidad de líquidos IV en C.C. durante la hospitalización

28. Procedimientos quirúrgicos adicionales al ítem No. 24: 0) Ninguno. 1) Inserción DIU. 2) Esterilización femenina. 3) Histerectomía. 8) Otro.

Si es 8 especifique: _____

CODIGOS PARA LOS ITEMS 29 y 30: 0) Ninguna. 1) Sospecha de perforación Uterina. 2) Desgarro cervical. 3) Infección tratada con antibióticos. 4) Pérdida excesiva de sangre. 5) Complicación de la anestesia. 6) Combinación (más de un código). 8) Otra.

29. Complicación (es) principal (es) inmediata (s) al ítem 23. Los códigos 3, 5, 6 u 8 deben especificarse:

30. Complicación (es) secundaria (s) inmediata (s) al ítem 23. Los códigos 3, 5, 6 u 8 deben especificarse.

31. Fiebre de 38°C. o más después del tratamiento: 0) NO. 1) Dentro de las primeras 24 horas. 2) Dentro de 24 horas y continuó. 3) Después de 24 horas.

32. Muerte Materna: 0) NO. 1) SI antes de cualquier procedimiento. 2) SI durante el procedimiento. 3) SI después del procedimiento.

33. Autopsia: 0) NO. 1) SI. (Especifique la causa de muerte según la autopsia).

34. Método anticonceptivo prescrito antes del alta: 0) Ninguno. 1) DIU. 2) Orales. 3) Condón. 4) Esterilización. 5) Inyectables. 6) Naturales. 7) Vaginales. (Diafragma - Espermicidas). 8) Otro.

Si es 8 especifique: _____

35. Fecha de salida

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
día	mes	año

36. Número de noches hospitalizada

BIBLIOGRAFIA

- (1) Pardo Francisco, Uriza Germán: "Estudio de Embarazo en Adolescentes en 11 Instituciones Colombianas", Bogotá, 1989 (para publicación No. 2 del Vol. 42 de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 1991).
- (2) Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo. Nairobi, Kenya, Febrero, 1987. World Bank, W.H.O., UNFPA, pag. 6.
- (3) Family Health International: "Maternal Mortality is Global Problem". Network Vol. 9, No. 1, 1987.
- (4) Uriza Germán; López Guillermo, Riaño Germán, Estrada Alcides: "Estudio Hospitalario de Mortalidad Materna". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. XXXIII, No. 5, Sept-Oct. de 1982.
- (5) López Guillermo, Riaño Germán, Lenis Nelson: "Aborto", Monografías de la Corporación Centro Regional de Población, Vol. 8, pag. 22, Diciembre de 1987.
- (6) Riaño Germán, Ferguson James, Goldsmith Alfredo: "Manejo Clínico del Aborto Incompleto en los Hospitales Universitarios de Colombia". Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, pag. 11, 1979.
- (7) Rojas Laura, Ramirez Rafael, Cantillo Jaime: "Morbilidad Materna en el Instituto Materno Infantil de Bogotá Colombia". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. XXV No. 2, 1974.
- (8) Sánchez T. Fernando: "Mortalidad Materna en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, 1971-1973. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. XXV, No. 6, 1974.
- (9) Jubiz H. Alfonso, Sánchez M. Carmen: "Mortalidad Materna Comparativa entre dos Periodos 1963-1967, 1968-1972. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. XXVII, No. 3, 1976.
- (10) Sánchez T. Fernando: "Mortalidad Materna". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. XXVIII, No. 6, 1977.
- (11) Jubiz H. Alfonso, Sánchez M. Carmen: "Muertes Maternas en el Hospital Universitario San Vicente de Paul". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. XXIX, No. 4, 1978.