

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES
HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO**

Estudio descriptivo sobre las características clínicas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula de marzo a agosto de 2013.

BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES
HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO**

Estudio descriptivo sobre las características clínicas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula de marzo a agosto de 2013.

BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES
HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Estudio descriptivo sobre las características clínicas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula de marzo a agosto de 2013.

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE DE 2013.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
DR. CARLOS ESTUARDO GÁLVEZ BARRIOS**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. HeidyJeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Córdón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.Sc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, Octubre de 2013.

Señores:

Miembros del Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables Señores:

En cumplimiento a lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes el trabajo de graduación titulado:

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES
HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO**

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciatura.

Esperando que el presente trabajo de investigación llene los requisitos para su aprobación, me suscribo.

Atentamente,



Bianka Nataly Orellana Duarte

Chiquimula, 02 de septiembre de 2013.

A:

Dr. Carlos Arriola Monasterio

Revisor de Tesis -CUNORI-

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos y bendiciones en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente, es para indicarle de manera muy atenta que la estudiante Biana Nataly Orellana Duarte, con número de carne 200741855, ha terminado satisfactoriamente la revisión del informe final de tesis, titulado: **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO.**

Sin otro particular se le agradece su atención, esperando que el estudio se logre con éxito.

Atentamente,


Dra. Lilian Judith Durán
Especialista en Epidemiología Aplicada
Colegiado No. 8,998

*DR. LILIAN JUDITH DURAN GARCIA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 8.998*

Chiquimula, 02 de septiembre de 2013.

A:

Dr. Carlos Arriola Monasterio

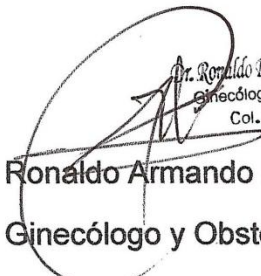
Revisor de Tesis -CUNORI-

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos y bendiciones en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente, es para indicarle de manera muy atenta que la estudiante Bianka Nataly Orellana Duarte, con número de carne 200741855, ha terminado satisfactoriamente la revisión del informe final de tesis, titulado: **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO.**

Sin otro particular se le agradece su atención, esperando que el estudio se logre con éxito.

Atentamente,



Dr. Ronaldo Retana Albanés
Ginecólogo Obstetra
Col. 10535

Dr. Ronaldo Armando Retana
Ginecólogo y Obstetra
Colegiado No. 10,535



Chiquimula, 08 de Octubre 2013.

Ref. MYCTG-45-2013.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante **BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE** carné 200741855, ha finalizado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO"**, el cual fue asesorado por la Médica y Cirujana, especialista en Epidemiología Aplicada, Dra. LILIAN JUDITH DURÁN GARCÍA, colegiado numero 8,998, y el Médico y Cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, Dr. RONALDO ARMANDO RETANA ALBANÉS, colegiado 10,535, quienes avalan y dictaminan favorablemente en relación al estudio, y revisado en cada una de sus fases por el Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés, MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio, Dr. Rory René Vides Alonzo y el Ing. Agr. Christian Sosa Sancé, miembros del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el título de Médica y Cirujana.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"



MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI

"36 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 10 de Octubre 2013.

Ref. MYCTG-44-2013.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante **BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE** carné 200741855, ha finalizado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO"**, el cual fue asesorado por la Médica y Cirujana, especialista en Epidemiología Aplicada, Dra. LILIAN JUDITH DURÁN GARCÍA, colegiado numero 8,998, y el Médico y Cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, Dr. RONALDO ARMANDO RETANA ALBANÉS, colegiado 10,535, quienes avalan y dictaminan favorablemente en relación al estudio, y revisado en cada una de sus fases por el Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés, MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio, Dr. Rory René Vides Alonzo y el Ing. Agr. Christian Sosa Sancé, miembros del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el título de Médica y Cirujana.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"36 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

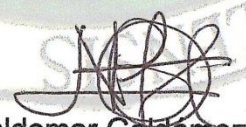
Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor

D-TG-MyC-072/2013

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **BIANKA NATALY ORELLANA DUARTE** titulado **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIGNÓSTICO DE ABORTO”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el catorce de octubre de dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



MSc. Nery Waldemar Galdamez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por ser mí fuerza, fortaleza y sostén en los momentos buenos y en los malos. Porque con su palabra ha cambiado mi vida y me invita a diario a ser una mejor persona.

A MIS PADRES:

Carlos Enrique Orellana León y Hualda Noemí Duarte de Orellana, mil gracias por darme la vida. Por sus esfuerzos, consejos, sacrificios y por darme la oportunidad de formarme como profesional. Por siempre estar a mi lado y creer en mí. Este triunfo es de ustedes, los amo.

A MIS HERMANAS:

Paola, mi mejor amiga, mi cómplice, confidente, orgullo, fuente de admiración y superación; gracias por vivir. Suzanne desde el cielo, que vive en mi corazón y en mis recuerdos, como te extraño.

A MI SOBRINITO:

Cheke te quiero, espero que mi logro te sirva de motivación.

A MI NOVIO:

Gracias por su amor sincero y apoyo incondicional en todo momento, lo amo mucho.

A MIS ABUELOS Y TÍOS:

Con amor y respeto para ustedes.

A MIS AMIGAS:

Lucia Vanegas, Gaby Córdón y Alejandra Alvarado, saben que las quiero y que son mis hermanas, con muchísimo cariño.

A MIS AMIGOS DE LA UNIVERSIDAD:

A todos y todas, gracias por los momentos que compartimos, aprendí mucho de cada uno de ustedes. Les deseo éxitos.

A MIS ASESORES:

Dra. Lilian Durán, muchísimas gracias por ser mi amiga, por abrirme las puertas de su casa y las de su familia. Gracias por sus ideas, aquí tiene el resultado. La quiero mucho.

Dr. Ronaldo Retana, por su apoyo, accesibilidad y confianza en mi persona.

A MIS REVISORES:

Doctores: Carlos Arriola, Edvin Mazariegos y Rory Vides, por todos los consejos y el apoyo que me brindaron durante este proceso, por darme ánimos cuando los necesite, se los agradezco mucho.

A MIS CATEDRÁTICOS:

A cada uno de ustedes que a lo largo de seis años, contribuyeron en mi formación. Gracias por su amistad, los recordaré siempre.

Especialmente a:

Dra. Carolina Perdomo, por su linda amistad y sus sabios consejos. A la distancia un fuerte abrazo. La quiero mucho.

Dra. Lilian Durán, eternamente agradecida, lo resumo; la quiero muchísimo.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE:

Por ser mi máxima casa de estudios, por ayudarme a crecer como persona y lograr mi meta.

INDICE GENERAL

Contenido	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Hallazgos y estudios realizados	4
1.3 Definición del problema	7
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	9
2.1 Delimitación teórica	9
2.2 Delimitación geográfica	9
2.3 Delimitación institucional	9
2.4 Delimitación temporal	9
III. OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo general	10
3.2 Objetivos específicos	10
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. MARCO TEÓRICO	12
5.1 Definición	12
5.2 Epidemiología	12
5.3 Clasificación	
5.3.1 Según causa	12
5.3.2 De acuerdo a edad gestacional	13
5.3.3 Otras causas	13
5.4 Etiología	
5.4.1 Factores ovulares	15
5.4.2 Factores maternos	15
5.4.3 Factores endocrinos y metabólicos	16
5.4.4 Factores infecciosos y parasitarios	17
5.4.5 Causas de origen tóxico	18
5.4.6 Factores traumáticos	18

5.4.7 Factores nutricionales	18
5.4.8 Factores psicógenos	18
5.5 Formas clínicas y sintomatología del aborto	19
5.6 Técnicas para evacuación endouterina	21
5.7 Efectos psicológicos del aborto	23
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	25
6.1 Tipo de estudio	25
6.2 Área de estudio	25
6.3 Universo o muestra	25
6.4 Sujeto u objeto de estudio	25
6.5 Criterios de inclusión	25
6.6 Criterios de exclusión	25
6.7 Variables estudiadas	26
6.8 Operacionalización de variables	26
6.9 Técnica e instrumentos de recolección de datos	27
6.10 Procedimientos para la recolección de información	27
6.11 Plan de análisis	27
6.12 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	28
6.13 Cronograma	28
6.14 Recursos	
6.14.1 Humanos	29
6.14.2 Físicos	29
6.14.3 Financieros	29
VII. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	30
VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	48
IX. CONCLUSIONES	51
X. RECOMENDACIONES	53
XI. PROPUESTA	54
XII. BIBLIOGRAFÍA	55
XIII. ANEXOS	57

RESUMEN

Mundialmente el aborto constituye un problema social, representando una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva, siendo una carga económica alta para los servicios hospitalarios.

Es un estudio descriptivo, realizado para conocer las características clínicas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula, durante los meses de marzo a agosto del año 2013, con una muestra de 166 pacientes, obteniendo la información por medio de una boleta de recolección de datos, entrevista dirigida y revisión de expedientes clínicos.

Después del análisis de resultados se determinó que el grupo etario predominante fue de 27 a 31 años (28%). El 53% eran unidas, predominando la educación primaria (74%), las amas de casa correspondían al 84% y la mayoría provenían del municipio de Chiquimula con 33%.

Además, que un 76% de los abortos se clasificaron como incompletos y 71% de las pacientes no planearon embarazarse. El 34% son primigestas y un 13% referían abortos previos. El 72% tenían período intergenésico mayor de 2 años. Únicamente 18% usaban métodos de planificación familiar. El 65.5% de los abortos fueron clasificados como precoces. Un 94% de las pacientes ingresaron estables y 6% inestables, siendo la anemia, hipotensión y sepsis las principales complicaciones. El tratamiento aplicado más común fue la aspiración manual endouterina (AMEU) (85%), el uso de antibióticos fue predominante en el legrado instrumental uterino. El 100% de las pacientes egresaron mejoradas, no se reportaron muertes maternas relacionadas al aborto.

INTRODUCCIÓN

El aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación y con un peso inferior a los 500 gramos. Este fenómeno puede suceder de forma espontánea, en donde la pérdida se produce sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación o de forma inducida, en donde se excita premeditadamente el cese del embarazo; esta última siendo penada por la ley en Guatemala.

El tema del aborto genera importantes controversias, debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; con las leyes y la política; valores éticos, morales y religiosos; con las condiciones socioeconómicas de las mujeres; y con las ideas que predominan dentro del contexto cultural respecto a la feminidad y la maternidad.

En este estudio descriptivo se presentan datos sobre las características clínicas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula, registrándose un total de 166. Siendo interesante observar cómo los datos demográficos de esta región del país resultan similares a los encontrados a nivel nacional e internacional.

Se hace evidente el desconocimiento de las pacientes en estudio, sobre temas de salud sexual y reproductiva, como la importancia de un adecuado control prenatal y del uso de métodos de planificación familiar para el espaciamiento de los hijos, obligándonos a plantear nuevas perspectivas de posible solución para este problema; ya que, aunque actualmente no es posible hablar de terminar con dichas complicaciones, si es válido crear estrategias que permitan conocer el entorno de las afectadas y así disminuir la cantidad de nuevos casos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El aborto se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación, el feto habrá de pesar menos de 500 gramos (OMS 2004, Cunningham *et al* 2006, DeCherney *et al* 1997, Gonzáles 1995, Malagón y Londogo 1992). Este puede ser catalogado como aborto inducido o aborto espontáneo, siendo el primero el que produce mayor número de complicaciones, dentro de las cuales la mortalidad materna es la más grave.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto abortista Alan Guttmacher (AGI) en el mundo se realiza entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22% de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año) lo que representa, para quienes consideran al embrión como vida humana, la principal causa de mortandad en la especie.

De entre los 42 y 46 millones de abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros, es decir, abortos en los que la vida de la mujer está en peligro. En América Latina y en el Caribe, en el 2000, se realizaron 29 abortos inseguros por cada mil mujeres de entre 13 y 44 años de edad, más del doble del promedio mundial de 14 abortos por cada mil mujeres y 32 abortos por cada mil nacimientos.

Se estima que el aborto inseguro constituye la tercera, entre las causas directas (13%), después de las hemorragias (25%) y las infecciones (15%) de las 536,000 muertes maternas que se producen cada año en el mundo, aunque en América Latina la fracción de muertes maternas debidas al aborto inseguro alcanza el 17%. En América Latina y en el Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52 por ciento no son planeados y el 21 por ciento de ellos terminan en un aborto (Prada *et al* 2006).

La gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca; aproximadamente una cuarta parte de ellos está comprendida entre los 10 y 19 años y tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América según la OMS.

En Guatemala, según la Agencia de Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC) durante el año 2011 se realizaron aproximadamente 65 mil abortos inducidos. Prueba de ello es que de los 22 departamentos, en nueve esta práctica fue la primera causa de mortalidad materna: Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Totonicapán, Sololá, San Marcos, El Progreso, Petén y Zacapa. Y en otros tres, la segunda. Más de 21 mil mujeres fueron hospitalizadas para recibir tratamiento por complicaciones derivadas de esos procedimientos, y de acuerdo con las autoridades de salud, el aborto fue la tercera causa de muerte materna en el país; lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva.

Esta tasa, es más alta que las tasas en muchos otros países en donde el procedimiento está mucho menos restringido. Cada año más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados en Guatemala, se resuelven a través del aborto inducido. Las dos regiones de Guatemala que tienen las tasas más altas de aborto son la Metropolitana y Suroccidente (Suchitepéquez, Retalhuleu, Sololá, San Marcos, Quetzaltenango y Totonicapán) con 30 y 29 abortos por mil mujeres, respectivamente, siendo las dos más populosas del país.

La mayor parte de los abortos en Guatemala no son practicados por profesionales capacitados. Se cree que las comadronas tradicionales proveen casi la mitad de los abortos en el país, mientras que una fracción mucho más pequeña es provista por médicos (PAI 2001).

Durante el año 2012, en el Hospital Nacional de Chiquimula en el servicio de Ginecología, se atendieron a 832 mujeres con diagnóstico de aborto y durante el mes de enero del año en curso han sido atendidas a 52 pacientes, no precisan con exactitud la clasificación del mismo.

La Jefatura de Área de Salud de Chiquimula, durante el año 2012, reportó 16 muertes maternas en edades comprendidas entre los 16 y 40 años. Encontrándose que la tercera causa de mortalidad materna fueron complicaciones secundarias al aborto.

Aunque el aborto es ilegal en Guatemala y sólo es permitido para salvar la vida de la mujer en situación de riesgo, es una práctica común y no existe una política para prevenirla.

1.2 HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

Según estimaciones de la OMS anualmente se realizan entre 42 y 46 millones de abortos, considerando que aproximadamente 19 millones se realizan de forma insegura, los cuales producen el mayor número de complicaciones, en donde la mortalidad materna es la más grave.

La situación legal del aborto varía en todo el mundo, desde la prohibición completa hasta técnicas electivas a demanda. Aproximadamente dos terceras partes de las mujeres del mundo disponen de la posibilidad de realizar un aborto legal; alrededor del 9% de todas las mujeres pertenecen a países con importantes prohibiciones sobre el aborto.

Durante el mes de mayo de 2004 en Honduras, se realizó un estudio sobre las características clínico-epidemiológicas de mujeres con diagnóstico de aborto, determinando que el 54.3% tenía bajo nivel de escolaridad, con educación primaria incompleta o ninguna educación formal, pudiendo ser la causa del uso incorrecto de los métodos de planificación familiar. Concluyendo que la educación y cultura general de la mujer son determinantes en la salud sexual y reproductiva de ella misma y de su familia. Por lo tanto, las intervenciones educativas en grupos con estas características requieren atención especial (OMS 2004).

En Argentina durante el año 2006, se realizó un registro del número de abortos y análisis sobre los aspectos socioeconómicos de pacientes con diagnóstico de aborto en el Servicio de Ginecología del Hospital J. R. Vidal en la ciudad de Corrientes. Mostrando que el aborto predomina en mujeres menores de 30 años, con pareja estable y desocupadas; un tercio de las mismas con antecedentes de 1 o más abortos previos; 7 pacientes fueron diagnosticadas con aborto séptico y 3 de ellas fallecieron. En todos los casos se constataron maniobras destinadas a evitar la progresión del embarazo, realizadas por la propia embarazada o por otra persona. Numerosas publicaciones coinciden en afirmar que, en los casos de

aborto, existe un sub registro de abortos provocados, hecho que radica en la ilegalidad del mismo en el país (Prada *et al* 2006).

En noviembre de 2011, en Estados Unidos, se realizó un estudio sobre las particularidades epidemiológicas de pacientes con abortos, demostrando que 26% se llevan a cabo en adolescentes de 11 a 19 años y 45% de las jóvenes menores de edad lo hacen sin el consentimiento de sus padres (Williams 2011).

Del año 1999 al 2001, se realizaron varios estudios sobre las características clínicas y epidemiológicas en diferentes regiones de Guatemala. En el departamento de Zacapa, en el Hospital Regional, la incidencia de aborto superó los 40 por mil nacidos vivos, el grupo etario en el que se registró mayor número de casos correspondió a las edades entre 15 y 29 años, y la mayor procedencia de la población fue de la cabecera municipal. El tipo de aborto más frecuente fue el incompleto (80.9%) y el tratamiento brindado al 100% fue la reposición de líquidos y electrolitos. En relación a los procedimientos quirúrgicos, al 99.6% del total de pacientes se les realizó legrado instrumental uterino (LIU), ya que no se practicaba el aspirado manual endouterino (AMEU). Reportando una complicación de una enfermedad inflamatoria pélvica.

En el Hospital Nacional de Jutiapa, la incidencia de aborto fue de 31 abortos por mil nacidos vivos durante los tres años del estudio. El grupo etario mayormente afectado fue de los 20 a 29 años de edad (44%), el 73% de las pacientes profesaba una religión; el 94.4% era ama de casa; el 92.2% tenían una relación estable de pareja y el 47% vivían en la cabecera departamental.

El aborto incompleto fue el más frecuentemente reportado (88%) y el tratamiento más utilizado fue el LIU (98.8%). Seis pacientes presentaron alguna complicación y la más frecuente fue la hemorragia. El 97% eran residentes del departamento de Jutiapa y el 3% restante distribuido en varios departamentos (Singh, Prada y Kestler 2003).

En el Hospital Nacional de Chimaltenango, la tasa en los tres años fue de 21 abortos por cada mil nacidos vivos registrados con un total de 1,008 abortos. La mayor frecuencia de aborto se encontró en las pacientes con edades de 20 a 24 años con un 26.7%, y las de 25 a 29 años con un 19.4%. Las pacientes de 10 a 19 años representaron un 13.6%. La edad del producto de la gestación al momento del aborto fue mayor de ocho semanas en un 49.5%, siendo de 8 a 12 semanas de gestación las de mayor porcentaje con un 22.6%, de 13 a 16 semanas con un 13.7%. En un 81.3% se reportó aborto incompleto. Entre las complicaciones, la endometritis se reportó 5 casos y tres de ellos fueron complicación de aborto incompleto. El 94.5% de los abortos fueron tratados con LIU realizándose en el 80.4% de los abortos incompletos. El tratamiento farmacológico de elección fue la reposición de líquidos y electrolitos en un 90% de los casos.

En el Hospital Nacional Regional de Escuintla durante el año 2007, se realizó un estudio sobre las características epidemiológicas del aborto, utilizando la observación sistemática de registros clínicos; encontrando que la prevalencia del mismo en el departamento de Escuintla fue de 1.39 por mil mujeres en edad fértil, el 84% de los abortos ocurrieron en el grupo de edad comprendido de 11 a 30 años, 47% estaba unida en una relación estable, 84% eran amas de casa, 79% era alfabeto y 57% proveniente del área urbana. Al ingreso 87% del diagnóstico fue aborto incompleto, siendo el 62% correspondiente a edad gestacional mayor de 12 semanas; realizando al 72% tratamiento quirúrgico con AMEU (Singh, Prada y Kestler 2003).

Durante el año 2010 en el Hospital Regional Nacional de Coatepeque, la prevalencia de aborto encontrada fue de 23.61 por mil mujeres en edad fértil, el 74% de los abortos ocurrieron en el grupo de edad comprendido entre los 16 a 30 años, 46% estaba unida en una relación estable, 77% eran amas de casa, 72% es alfabeto, procedían del área rural el 45%. En el 100% presentaron dolor abdominal y orificios abiertos como principal signo y sintomatología de ingreso al hospital, en el 85% de los casos ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto al igual que

de egreso en el 81%, como complicaciones, el 18% presentó hemorragia y 15% sepsis. El tratamiento utilizado fue el AMEU en el 62% de los casos (Williams 2011).

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El aborto se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación, con un peso inferior a los 500 gramos; ya sea espontáneo o inducido. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de cuidados intensivos neonatales (OMS 2004, Cunningham *et al* 2006, DeCherney *et al* 1997, Gonzáles 1995, Malagón y Londogo 1992).

La amenaza de aborto es una de las complicaciones más comunes en mujeres gestantes, ocupando alrededor del 25% y a pesar de todos los esfuerzos realizados para evitarlo, un poco más de la mitad terminan en aborto (Cunningham 2006).

Según el Centro de Derechos Reproductivos, el rango jurídico del aborto es uno de los grandes barómetros del respeto de los derechos reproductivos de la mujer, causando altos niveles de aborto ilegal e inseguro, lo que a su vez tiene un nexo comprobado con la mortalidad materna.

En la actualidad más del 60% de la población mundial vive en países donde el aborto inducido se permite bajo criterios amplios o sin mayores restricciones. Cerca del 39% restante, vive en países con marcos normativos altamente restrictivos, en donde se le prohíbe completamente o se permite únicamente para salvar la vida o preservar la salud de la mujer. Según la OMS 47,000 mujeres murieron en el 2008 producto de abortos en condiciones inseguras (CDM 2011).

En el Código Penal de Guatemala, está contemplado única y exclusivamente el aborto terapéutico, que se practica con el propósito de proteger la salud de la madre.

La Agencia de Comunicación e Información de la Mujer en 2011, reportó que más de 21 mil mujeres recibieron tratamiento por complicaciones derivadas del aborto, hecho que impone una carga económica alta sobre los servicios hospitalarios en Guatemala.

En los países subdesarrollados el aborto sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad, esto como consecuencia de la mala práctica de personal facultativo y no facultativo, por el hecho de que un alto porcentaje se efectúan bajo condiciones de riesgo, y por ser estos de tipo clandestino, lo cual también entorpece la disponibilidad de información confiable y limita la planificación de acciones encaminadas a disminuir la morbilidad materna. Ante esto es importante preguntarse ¿Qué características clínicas tienen las pacientes que son hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional de Chiquimula?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

2.1 DELIMITACIÓN TEÓRICA

El enfoque teórico de la presente investigación es clínico epidemiológico, ya que se pretende el estudio y la distribución del fenómeno del aborto.

2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El departamento de Chiquimula, se encuentra situado en la región Nor-Oriental de Guatemala, limita al norte con el departamento de Zacapa, al sur con la República de El Salvador y el departamento de Jutiapa, al este con la República de Honduras, y al oeste con los departamentos de Jalapa y Zacapa. Cuenta con una extensión territorial de 2,376 kilómetros cuadrados, con una altitud media de 424 msnm. Se encuentra dividida en 11 municipios. Tiene una población actual de 306,682 habitantes; sus idiomas oficiales son el Español y el Ch'orti'.

2.3 DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Nacional de Chiquimula “Carlos Manuel Arana Osorio”: fue construido e inaugurado en junio de 1974, las instalaciones están ubicadas en la 2da calle 14-71 Zona 1. Tiene una extensión de 39,962.07 metros cuadrados, distribuidos en los servicios de emergencia, cirugía, medicina interna, pediatría, nutrición, gineco-obstetricia, unidad de cuidados intensivos, sala de operaciones, traumatología y aislamiento.

2.4 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizará durante el período de marzo a agosto del año 2013.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

Caracterizar clínicamente a las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula, durante los meses de marzo a agosto del año 2013.

3.2 Específicos:

1. Establecer la frecuencia y clasificación del tipo de aborto de las pacientes en estudio.
2. Determinar la proporción de embarazos planeados y no planeados de las pacientes en estudio.
3. Establecer la historia obstétrica de las pacientes en estudio.
4. Determinar la edad gestacional a través de Fecha de Última Regla (FUR) y Ultrasonido (USG) al momento del diagnóstico de las pacientes en estudio.
5. Describir la condición clínica de ingreso de las pacientes en estudio.
6. Establecer el tratamiento brindado a las pacientes en estudio.
7. Identificar las complicaciones más frecuentes en las pacientes en estudio.
8. Describir la condición clínica de egreso de las pacientes en estudio.

IV. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial el aborto constituye un problema social, en donde representa una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y una carga económica alta en todos los servicios hospitalarios

Según reportes de la OMS, alrededor de 42 a 46 millones de abortos son practicados anualmente, de los cuales 19 millones se llevan a cabo en condiciones inseguras. En América Latina el 52% de los embarazos no son planeados y 21% de ellos terminan en aborto.

La gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca. Aproximadamente una cuarta parte de ellos está comprendida entre los 10 y 19 años, tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente y la principal tasa de mortalidad materna de Centro América según la OMS (OMS 2004).

Durante el año 2011, complicaciones relacionadas al aborto constituyeron la principal causa de mortalidad materna en 9 departamentos de Guatemala, incluyendo a Chiquimula.

En el Hospital Nacional de Chiquimula, fueron atendidas durante el año 2012 a 832 pacientes con diagnóstico de aborto. Durante el mismo, año de acuerdo a registros de la Jefatura de Área de Salud, el aborto se situó como la tercera causa de mortalidad materna con un 13% de las 16 defunciones reportadas.

Por tal motivo, es necesario conocer los factores desencadenantes en torno al aborto propios de nuestra región; a través del estudio de las características clínicas de pacientes que consultan con esta patología.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Defición

El aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación, el feto habrá de pesar menos de 500 gramos. El concepto de viabilidad se considera entonces de acuerdo con la duración del embarazo, el peso fetal y la disponibilidad de los recursos tecnológicos en el área neonatal (OMS 2004, Cunningham *et al* 2006, DeCherney *et al* 1997, Gonzáles 1995, Malagón y Londogo 1992).

5.2 Epidemiología

La gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca: Aproximadamente una cuarta parte de los guatemaltecos está entre los 10 y 19 años. Guatemala tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América. La tasa de aborto en Guatemala es de 24 por 1,000 mujeres en edad reproductiva es similar a la tasa estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Centroamérica (OMS 2004).

5.3 Clasificación

5.3.1 Según su causa: (Cunningham *et al* 2006, Arias 1994, Novak *et al* 1998, OMS 2000, Scott y Danforth 1990)

Esponáneo o Involuntario: Los espontáneos, se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, o dicho con otras palabras es la terminación del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del útero.

Provocado, Producido, Inducido o intencional: Los provocados, son aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

5.3.2 De acuerdo a edad gestacional:

Precoz: si ocurre antes de la semana 12 de gestación.

Tardío: si ocurre entre la semana 12 a 20 de gestación.

La OMS divide el aborto en precoz y tardío, ésta clasificación es importante por sus implicaciones, ya que la morbilidad es mayor en los tardíos que en los precoces también existe otra clasificación en relación a la edad gestacional:

- a. Aborto Ovular: desde la fecundación hasta la segunda semana de gestación.
- b. Aborto Embrionario: de la tercera a la séptima semana de gestación.
- c. Aborto Fetal: de la octava a la vigésima séptima semana de gestación.

El aborto fetal es la más importante por sus implicaciones, ya que la morbilidad y mortalidad es mayor en ésta categoría (Malagón y Londogo 1992, Schwarcz y Duverges 1998).

5.3.3 Otras causas

Aborto terapéutico: se practica sin la intención de procurar directamente la muerte del producto y con el sólo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotados los recursos científicos y técnicos. (Ej. Cardiopatía descompensada, enfermedad vascular hipertensiva, carcinoma de cérvix).

Aborto Legal: (electivo o voluntario) Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud de la madre o enfermedad fetal, se produce sólo en países donde su práctica está legalizada por lo que éste tipo de aborto no se realiza en Guatemala.

Aborto Profiláctico: Es cuando existe temor médicamente fundamentado de que el embarazo exacerbe o reactive un estado patológico preexistente en la madre.

Aborto Eugenésico: Es la interrupción del embarazo luego de haberse comprobado por medios científicos aceptados por la medicina, que el feto sufre de infecciones graves, deformaciones o enfermedades heredadas de sus padres o parientes.

Aborto por razones sentimentales o éticas: Se refiere a la interrupción del embarazo a consecuencia de un acto no consentido por la mujer (violación), se incluyen los coitos realizados a adolescentes menores de 12 años, mujeres desprovistas de sentido o razón, o imposibilitada a defenderse por enfermedad o cualquier otra causa; para que el aborto sea posible requiere una denuncia previa del delito cometido.

Aborto Ilegal: Es la interrupción del embarazo en cualquier período de éste, causado por la madre, un médico u otra persona, sin que exista alguna de las razones mencionadas anteriormente, y que es común en nuestra sociedad donde solo está legalizado el aborto terapéutico (Malagón y Londogo 1992).

5.4 Etiología

Varía según el origen del aborto (espontáneo y provocado)

Según la literatura y a diversos estudios realizados se han logrado determinar las principales causas del aborto espontáneo, que a continuación se describen.

Aunque es un hecho infortunado para la pareja, una alta proporción de los productos son anormales; al parecer éste fenómeno selectivo elimina casi el 95% de los errores morfológicos y cito genéticos. (Cunningham *et al* 2006, Arias 1994, Scott y Danforth 1990, Schwarcz y Duverges 1998).

5.4.1 Factores ovulares

Son también llamados abortos endócrinos y generalmente ocurren antes de las 12 semanas de edad gestacional. La proporción estimada para éste tipo de aborto supera el 50%, se dice que cuanto más precoz, mayor es el porcentaje de anomalías detectadas. La mayoría de abortos precoces tienen su origen en el proceso de maduración del ovocito o en anomalías de la fertilización (Malagón y Londogo1992).

5.4.2 Factores maternos

5.4.2.1 Anomalías anatómicas:

Es toda patología uterina relacionada con su conformación anatómica. Ya sea de origen congénito o adquirido, son causantes del 10 a 15% de todos los abortos con desarrollo fetal adecuado.

- Sinequias uterinas: Son bandas estructurales entre las paredes del útero que pueden llegar a obliterar casi por completo la cavidad uterina, éstas son adquiridas y la mayoría de los casos son resultado de infecciones intrauterinas, combinadas con traumatismos quirúrgicos secundarios a la

retención de productos de la concepción tras un aborto o un parto (Arias 1994).

- Anomalías Müllerianas: Anomalías del desarrollo o fusión incompleta del conducto mülleriano que dan lugar a anomalías como útero tabicado y el bicorne. Estos se asocian con la pérdida precoz del embarazo debido a que la implantación ocurre en el tabique, siendo el mismo avascular. Otras como el útero doble y el unicornio se manifiestan con más frecuencia en el trabajo de parto pretérmino (Malagón y Londogo 1992).
- Cérvix Incompetente: Suele ser secundario a un traumatismo cervical y se debe por lo general a la dilatación mecánica al final del embarazo, también atribuible a laceraciones cervicales profundas y a conización ampliada como tratamiento de la displasia cervical (Cunningham *et al* 2006).
- Hipoplasia Uterina: Es la disminución del tamaño uterino, se ha observado en un 70% de mujeres expuestas a DES (dietilbestrol).
- Tumores benignos del útero: son también responsables en gran parte de pérdidas del embarazo, los más frecuentes son los miomas.
- Posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroversión y retroflexión marcada.
- La endometriosis es causa reconocida de esterilidad pero su papel en el aborto ha sido puesto en evidencia en los últimos años.

5.4.3 Factores endócrinos y metabólicos

Para un adecuado desarrollo del embarazo debe producirse una compleja interacción de hormonas, un fallo en cualquiera de las hormonas implicadas en éste proceso puede llegar a provocar un aborto espontáneo.

- Deficiencia de Progesterona: dado su conocido efecto de mantener la quiescencia uterina, su deficiencia conlleva a la pérdida de la función lútea durante las primeras siete semanas (Malagón y Londogo 1992).
- Deficiencia tiroidea: es raro que una deficiencia o un exceso de hormona tiroidea sea la causa de la pérdida precoz, aunque las pacientes con disfunción tiroidea pueden presentar trabajo de parto pretérmino normalmente aparece después de la semana 24.
- Diabetes: las diabéticas con niveles elevados de glucosa y de hemoglobina, tienen un riesgo elevado de aborto en el primer trimestre así como de anomalías congénitas fetales, estando más predispuestas las insulín dependientes.
- Síndrome del ovario poliquístico: parece ser que la concentración sérica elevada de hormona luteinizante que caracteriza a éste síndrome posee un efecto nocivo sobre el cuerpo lúteo.
- Andrógenos aumentados: El exceso de andrógenos produce una disfunción del cuerpo lúteo, la pérdida del embarazo suele producirse por fallecimiento del feto alrededor de la semana 14.
- Enfermedad sistémica: como el Lupus Eritematoso y Coagulopatías.

5.4.4 Factores infecciosos y parasitarios

La infección es una causa relativamente infrecuente de pérdida precoz del embarazo. Cualquier infección aguda, con bacteriemia o viremia, puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria (Malagón y Londogo 1992, Arias 1994, Schwarcz y Duverges1998).

5.4.5 Causas de origen tóxico

Se asocia con frecuencia el aborto en las mujeres que consumen alcohol y/o tabaco independientemente de los efectos tóxicos que ejercen sobre los fetos que alcanzan a viabilidad, mujeres expuestas al plomo, mercurio, arsénico, y fósforo tienen más posibilidades de pérdida precoz del embarazo así como aquellas expuestas a sales de quinina, el permanganato de potasio y el dietilbestrol (Schwarcz y Duverges 1998).

5.4.6 Factores traumáticos:

- Traumatismos: los traumas físicos de toda orden, directos o indirectos son causa frecuente de aborto, en los que se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanzan al útero, produciendo lesión placentaria o lesión directa del embrión o del feto.
- Amniocentésis del segundo trimestre: se ha descrito un riesgo del 1% de aborto luego de practicar la punción y aspiración amniótica, ésta cifra puede variar dependiendo de que se practique en condiciones óptimas.

5.4.7 Factores nutricionales

Deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales) aumentan la frecuencia de aborto, sin embargo no hay pruebas que una dieta deficiente de un determinado elemento nutritivo sea una causa importante de aborto (Schwarcz y Duverges 1998).

5.4.8 Factores psicógenos

En la actualidad no existen datos que demuestren claramente relación causa-efecto entre alteraciones psicológicas y aborto habitual. Los abortos repetidos y la frustración resultante provocan importante estrés psicológico, lo cual es posible que tenga participación en el desarrollo de futuros embarazos (Malagón y Londogo 1992).

5.5 Formas clínicas y sintomatología del aborto

5.5.1 Aborto subclínico: aborto sin signos clínicos, cuando entre el momento de la implantación y la semana después de la fecha esperada de la siguiente menstruación se produce el aborto. Sólo en casos excepcionales puede establecerse el diagnóstico seguro.

5.5.2 Amenaza de aborto: Es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. En 20 a 25% de las embarazadas hay goteo de sangre o hemorragia, se presentación dolor hipogástrico tipo cólico que coincide con contracciones uterinas, hemorragia vaginal escasa y orificio cervical interno cerrado. (Cunningham *et al* 2006, Scott 1990, Schwarcz y Duverges 1998).

5.5.3 Aborto inminente: amenaza de aborto exagerada, los dolores son más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos.

5.5.4 Aborto en curso: se agrega al anterior; la dilatación cervical y al tacto se percibe el producto en el endocérvix.

5.5.5 Aborto inevitable: se puede notar presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal con rotura de membranas ovulares o hemorragia, se acompaña de dolor y dilatación del orificio cervical interno.

5.5.6 Aborto incompleto: Cuando ocurre la expulsión parcial de los productos de la concepción de la cavidad uterina; ya sea que sobresalen por el orificio cervical externo o están en la vagina. Persiste la hemorragia y el cólico, ambos orificios están dilatados, el útero blando y grande (Schwarcz y Duverges 1998).

5.5.7 Aborto completo: Se identifica por el cese del dolor y hemorragia, después de que se expulsan todos los tejidos del embarazo. El producto de la gestación ha sido expulsado en su totalidad, el útero disminuye de tamaño, los orificios están cerrados, puede haber poco sangrado y no hay dolor.

5.5.8 Aborto recurrente o habitual: tres o más pérdidas gestacionales espontáneas, consecutivas en el primer trimestre.

Se subdivide en primario: en mujeres que nunca han tenido un embarazo a término y secundario: cuyo aborto repetitivo sigue a un parto con producto vivo, afecta a una decada 200 parejas, en el 3 al 5% de las parejas que experimentan un aborto recurrente, se ha encontrado alguna anomalía genética (Scott 1990).

5.5.9 Aborto diferido: Cuando fallece el producto de la concepción sin que ocurra su expulsión. Una de las complicaciones más preocupantes del aborto diferido es la aparición de Coagulopatía de consumo por un proceso de Coagulación Intravascular Diseminada, desencadenado por el uso de sustancias trombotóxicas de origen ovular a la circulación materna.

5.5.10 Aborto séptico: La sepsis tras aborto está provocada muchas veces por patógenos de la flora intestinal o vaginal, aunque casi siempre se asocia a aborto provocado. Hay dolor pélvico, hipersensibilidad, fiebre, secreción fétida y complicaciones como: endometritis, parametrites o peritonitis; pero puede progresar a convertirse en septicemia y shock séptico. Fue causa importante de mortalidad materna, se ha vuelto cada vez menos frecuente con la liberación de las leyes de aborto en algunos países.

5.6 Técnicas para evacuación endouterina

5.6.1 Técnicas quirúrgicas

Dilatación cervicouterino seguida de evacuación del contenido del útero.

- Legrado
- Aspiración por vacío
- Dilatación y evacuación
- Dilatación y extracción

Aspiración menstrual

Laparotomía

- Histerotomía
- Histerectomía

5.6.2 Técnicas médicas

Oxitocina intravenosa

Líquido hiperosmótico intraamniótico

- Solución salina al 20%
- Solución de urea al 30%

Prostaglandinas E2, E1 y análogos

- Inyección intraamniótica
- Inyección extraovular
- Inyección parenteral (Cunningham *et al* 2006).

5.6.3 Métodos de evacuación uterina

Evacuación uterina es la extracción del contenido del útero. Al utilizar un método de evacuación uterina se debe evaluar la dilatación cervical, las semanas de edad gestacional, presencia y gravedad de la hemorragia.

Legrado instrumental uterino (LIU)

Se conoce además con el nombre de dilatación y curetaje. El LIU es un método quirúrgico de evacuación uterina. En el tratamiento de las complicaciones del aborto el LIU se utiliza tanto en el primer trimestre como en el segundo trimestre. La OMS recomienda que deba utilizarse únicamente en casos en que no se disponga de AMEU (Aspiración Manual Endouterina) por las posibles complicaciones. Debe ser realizado solamente por personal capacitado, de preferencia médico (Herrick, MacInerney y Castleman 2004).

Aspiración manual endouterina (AMEU)

Es un procedimiento de evacuación uterina principalmente para el primer trimestre de gestación, respaldada por la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la OMS junto con UNICEF y el Banco Mundial, considera la AMEU como una tecnología esencial para la evacuación endouterina.

Puede ser realizada por un ginecólogo, un médico general o por cualquier otro personal de salud que esté capacitado. Realizándose como un procedimiento ambulatorio disminuyendo la estancia hospitalaria.

Según la OMS la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método de primera elección para el tratamiento de la atención post aborto; cabe mencionar que aunque la OMS recomienda el AMEU en muchos establecimientos de salud aún se utiliza el LIU (Bajo, Melchor y Mercé 2007).

5.6.4 Seguridad y eficacia clínica

En cuanto a seguridad y eficacia clínica, la AMEU en comparación al LIU, permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, de lesión cervical y de perforación uterina; además, con la AMEU la necesidad de dilatar el cuello uterino es menor, el sangrado no es tan abundante, la estancia hospitalaria es más corta y la necesidad de administrar medicamentos anestésicos es menor.

El AMEU es bien aceptado por las mujeres, ya que requiere niveles bajos de manejo del dolor, es por esto que el tratamiento de la atención post aborto puede proporcionarse en ámbitos de pacientes en consulta externa, y las mujeres suelen preferir esta opción a una larga estancia hospitalaria.

5.6.5 Complicaciones de los procedimientos LIU Y AMEU

- Evacuación incompleta con retención de restos placentarios
- Lesión cervical o uterina, como perforación/laceración
- Infección pélvica
- Complicaciones de la anestesia
- Sepsis
- Choque
- Hemorragia
- Hematómetra agudo (Herrick, McInerney y Castleman 2004, Bajo, Melchor y Mercé 2007, Velazco, Gómez y Chambers 2006).

5.7 Efectos psicológicos del aborto

Además de las complicaciones físicas, las mujeres que han atravesado por un aborto, sufren emocional y espiritualmente. Estas manifestaciones pueden variar considerablemente de una mujer a otra, tomando en cuenta el nivel de conciencia de la madre, la vivencia propia del aborto, el momento del ciclo vital en el que se encontraba, la condición en la que se embarazó, ideologías y creencias al respecto.

Sin embargo, todo aborto supone una pérdida, de algo que estuvo y que ya no existe, como toda pérdida requiere de un proceso de duelo y en la mayoría de los casos de reparación.

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un

aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres. La Organización Mundial de la Salud por su parte, informa que las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto. Otros estudios muestran que las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto y salud, tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas (Lieberman 2005).

Los efectos a nivel psicológico, pueden ser cambios en el estado de ánimo, sentimientos como irritabilidad, miedo, ansiedad, dolor y culpa, muchas veces se puede interiorizar el aborto como una experiencia traumática, puede generar un estado de depresión, desconexión con los propios sentimientos, aislamiento social y separación con la pareja.

Existe el Síndrome Post Aborto descrito como similar al Stress Post Traumático. En la literatura lo relacionan a la predisposición al consumo excesivo de sustancias, abuso de drogas, y consultas psiquiátricas por trastornos ansiosos. En otras personas, las consecuencias de un aborto se manifiestan en la negación de esta experiencia y los sentimientos asociados a ella hasta que se desencadenan muchos años después.

Las mujeres que han tenido que pasar por la experiencia de un aborto deben vivir un proceso que las ayude a sanar las heridas de la pérdida sufrida, poder reanudar su conexión consigo mismas, con su cuerpo y el entorno, a fin de encontrar nuevamente el equilibrio y la paz interna.

Poder integrar el cuerpo con la mente y las emociones para poder comprender al ser humano de manera íntegra, es trabajo multidisciplinario que corresponde a los profesionales de la salud. En ese sentido, los cambios y alteraciones que ocurren en la mente siempre tienen su correlato en el cuerpo y viceversa. Aprender a mirar estos cambios y unir las correlaciones es un desafío que todavía queda pendiente en la medicina y psicología actual (Cabrera y Reardon 1991).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Ginecología del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” del departamento de Chiquimula.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Para la realización de la presente investigación, el procedimiento para la toma de la muestra, considerando que la población (“N”) de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto se conoce, es decir, es una población finita; se empleó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N}{N (d^2) + 1}$$

En donde “N” es el total de la población (832 pacientes) y “d” es la precisión (97%), por lo que la muestra ascendió a 166 pacientes.

6.4 SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que ingresan con diagnóstico de aborto.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que ingresan con amenaza de aborto.
- Pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo molar.

6.7 VARIABLES ESTUDIADAS

- Variable independiente: Pacientes con diagnóstico de aborto.
- Variable dependiente: Características clínicas.

6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Independiente Pacientes con aborto	Paciente que cursa con expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación, con un peso inferior a los 500 gramos.			
Dependiente Características clínicas	Es todo razonamiento clínico de los eventos ginecológicos y obstétricos de la vida reproductiva de una mujer, condición del paciente a su ingreso y egreso, basado en los elementos de la historia clínica, examen físico y otros auxiliares diagnósticos.	Datos sociodemográficos Clasificación del aborto Satisfacción del embarazo Historia obstétrica Edad gestacional Condición clínica de ingreso y egreso Tratamiento brindado Complicaciones más frecuentes	Cualitativo Cualitativo Cualitativo Métrica Cualitativo Cualitativo Cualitativo Cualitativo	Nominal Nominal Categórico Discreta Ordinal Nominal Nominal Categórico

6.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una boleta para la recolección de los datos, la cual consta de ocho apartados. Los cuales se describen a continuación: datos sociodemográficos como nombre, edad, estado civil, escolaridad, religión, lugar de procedencia y ocupación; clasificación del aborto, satisfacción del embarazo, historia obstétrica, edad gestacional, condición clínica de ingreso y egreso, tratamiento brindado y las complicaciones más frecuentes.

Dicha información se obtuvo mediante una entrevista dirigida a las personas en proceso de evaluación, para luego proceder al registro de los datos de dicha boleta. (anexo 1).

6.10 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron dos visitas al día al servicio de Ginecología; utilizando la boleta de recolección de datos diseñada, se entrevistaron a 3 pacientes en promedio, a quienes se les abordó durante su estancia en dicho servicio. Las preguntas se hicieron de forma directa a las pacientes y sus respuestas se anotaron en la boleta. Para saber la clasificación del aborto, edad gestacional, condición clínica de ingreso y egreso, tratamiento brindado y las complicaciones más frecuentes se apoyó con la información contenida en los registros clínicos.

6.11 PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos se tabularon y analizaron por medio de polígonos de frecuencia, diagramas de sectores y cuadros.

6.12 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se solicitó el consentimiento a las pacientes con diagnóstico de aborto que forman parte de la muestra del estudio, las cuales se agruparon por número y no por nombre, para asegurar la confidencialidad de las mismas. Los datos recolectados fueron tabulados únicamente por la investigadora y el análisis de los resultados será expuesto bajo fines puramente formativos.

6.13 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Meses Año 2013																											
	Marzo				Abril				Mayo				Junio				julio				Agosto				Septiembre			
<i>Planificación</i>																												
<i>Aprobación del Tema</i>																												
<i>Realización de Anteproyecto</i>																												
<i>1era Revisión del Anteproyecto</i>																												
<i>2da Revisión del Anteproyecto</i>																												
<i>Trabajo de Campo</i>																												
<i>Procesamiento de Datos</i>																												
<i>Análisis e Interpretación de Datos</i>																												
<i>Elaboración del Informe Final</i>																												
<i>Revisión del Informe Final</i>																												
<i>Presentación del Informe Final</i>																												

6.14 RECURSOS

A. HUMANOS

- Investigadora
- Revisores de investigación
- Asesores de investigación

B. FÍSICOS

Materiales y suministros:

- 166 fotocopias del instrumento de recolección de datos
- Internet
- Útiles de oficina
- Registros clínicos

Mobiliario y equipo:

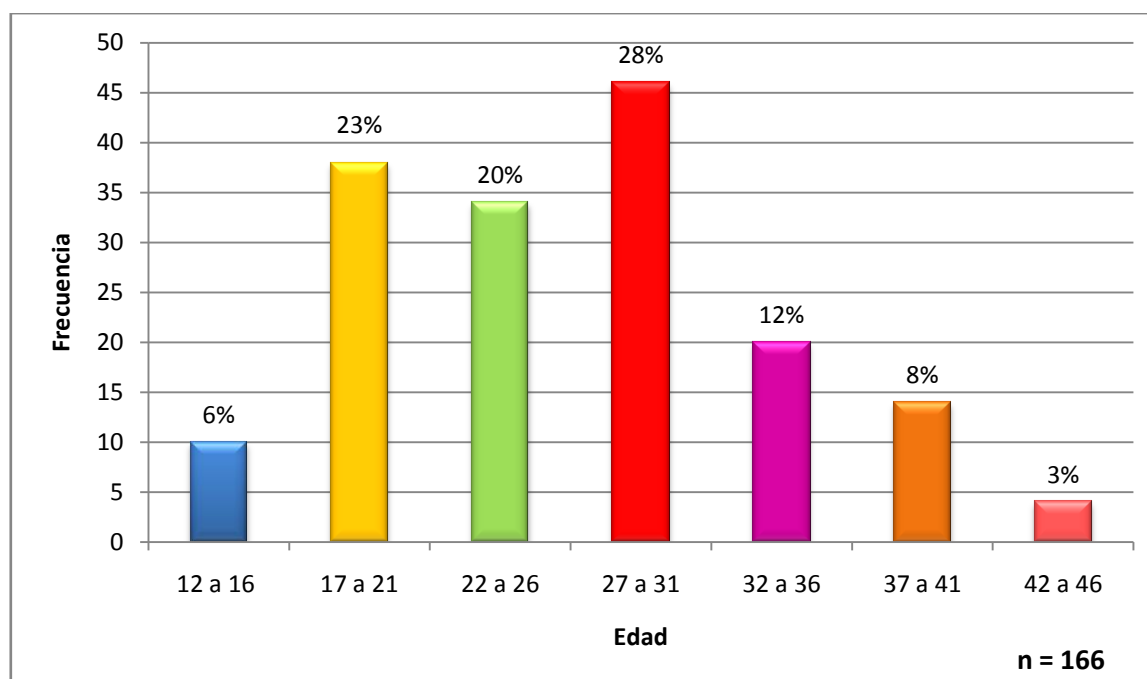
- Computadora
- 1 impresora
- Tinta para impresora

C. FINANCIEROS

- | | |
|--------------------------------------|--------------------|
| • Fotocopias, impresiones e internet | Q. 1,600.00 |
| • Equipo de oficina | Q. 700.00 |
| • Combustible | <u>Q. 700.00</u> |
| • Total | Q. 3,000.00 |

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

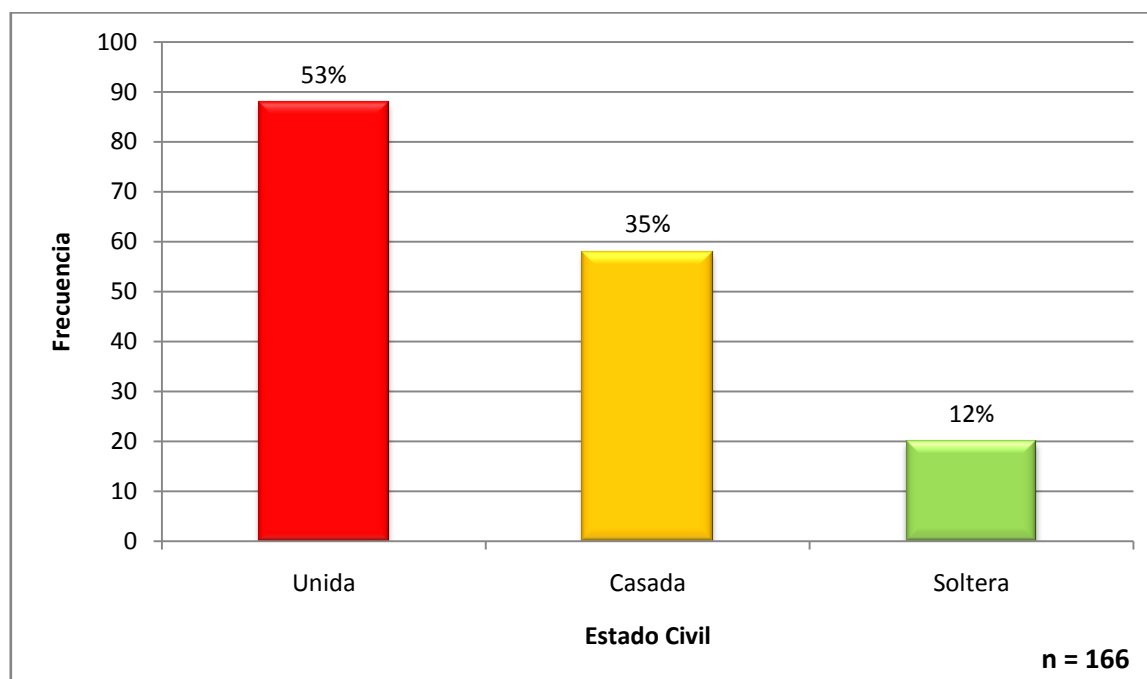
Gráfica 1. Distribución según la edad de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Los grupos etarios predominantes fueron el de 27 a 31 años (46 pacientes), seguido las edades de 17 a 21 años (38 pacientes) y las edades de 22 a 26 años (34 años); haciendo un total del 61% de la población total del estudio.

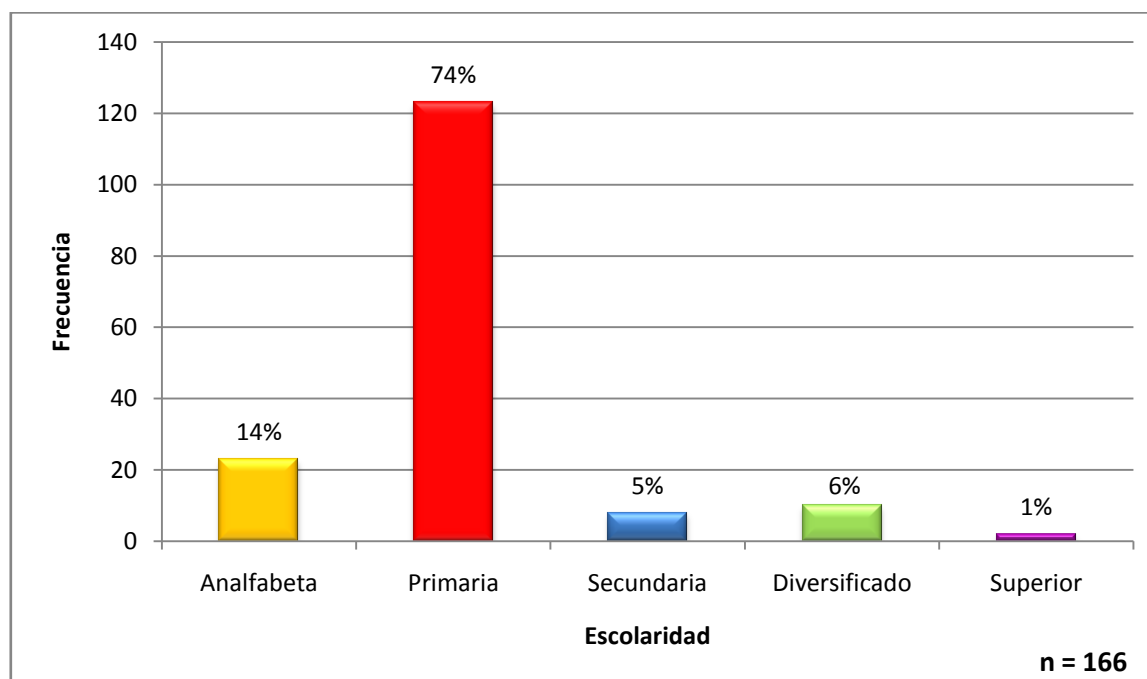
Gráfica 2. Distribución del estado civil de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Se evidencia que el 53% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto mantienen unión de hecho (88 pacientes), 35% son casadas (58 pacientes) y el 12% restantes son solteras (20 pacientes).

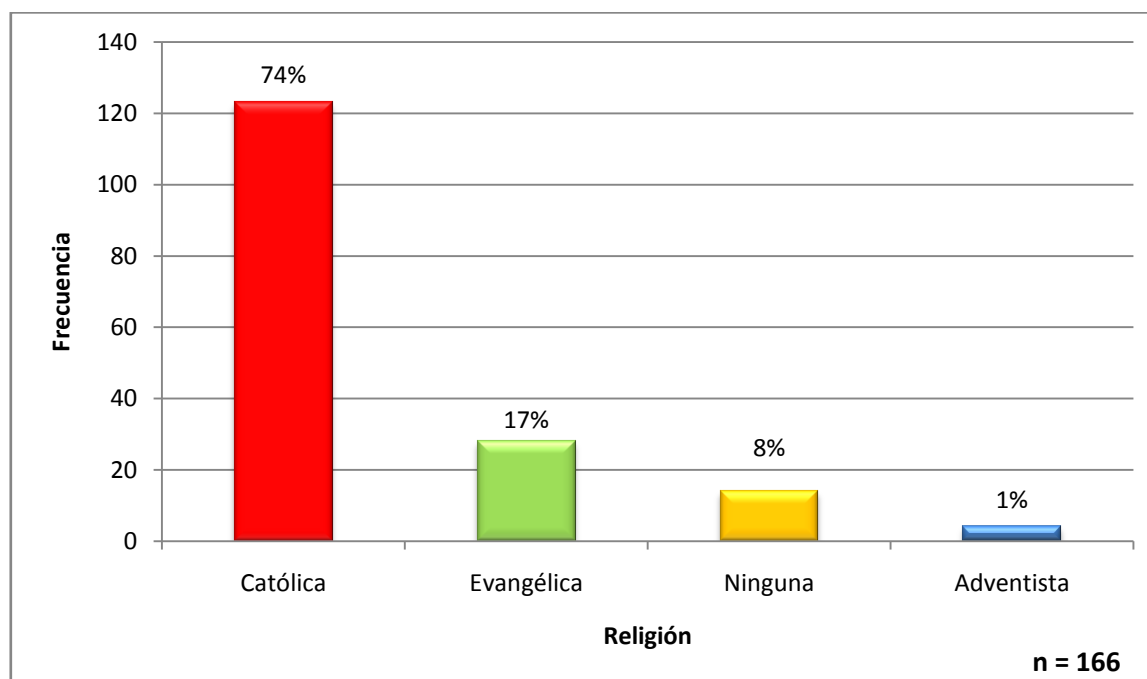
Gráfica 3. Distribución según la escolaridad de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

El 74% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto cursaron algún grado de primaria (123 pacientes), el 14% son analfabetas (23 pacientes) y únicamente 1% tienen estudios superiores (2 pacientes).

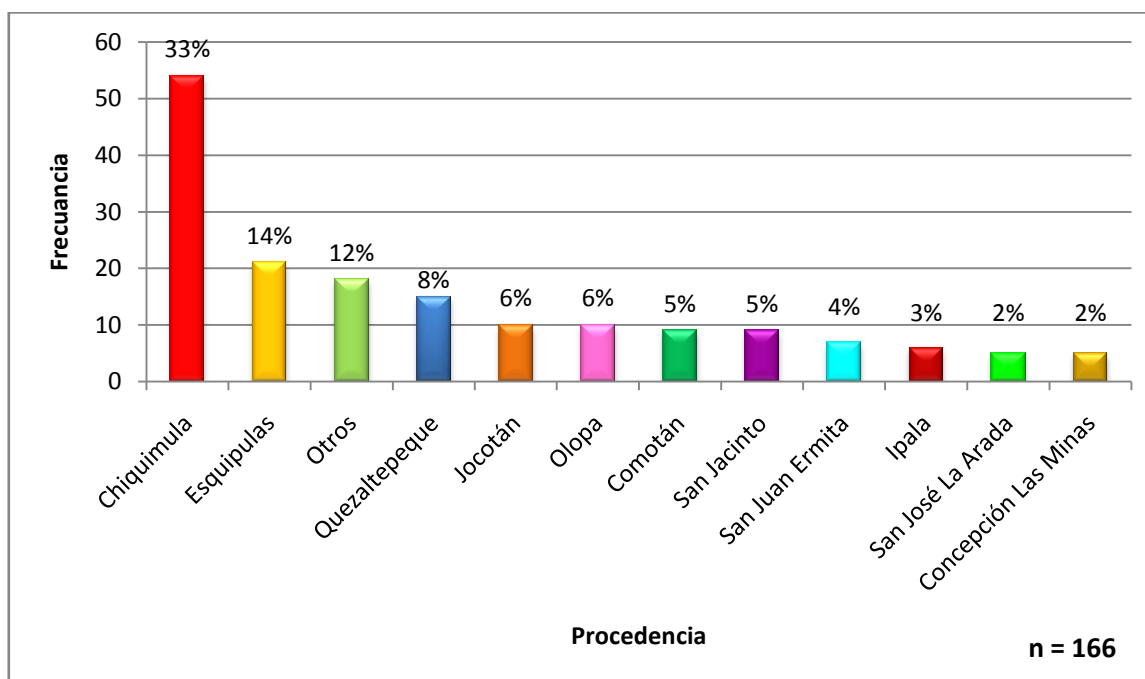
Gráfica 4. Distribución según la religión de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

El 74% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto asisten a la iglesia católica (123 pacientes), 17% son evangélicas (28 pacientes), 1% son adventistas (1 paciente) y 8% no profesan ninguna religión.

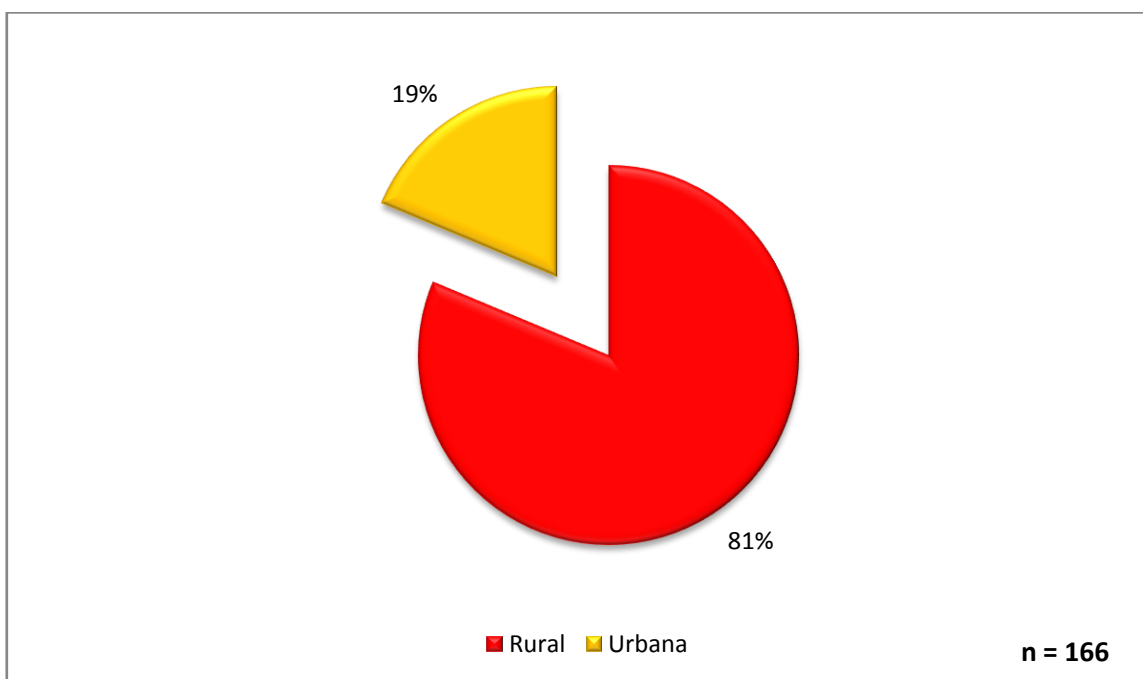
Gráfica 5. Distribución según la procedencia de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Esta gráfica muestra que el 33% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto proceden del municipio de Chiquimula (54 pacientes), seguido de 14% de Esquipulas (21 pacientes) y el 12% de otros lugares como: Jutiapa, Jalapa, Zacapa y Copán Ruinas (18 pacientes).

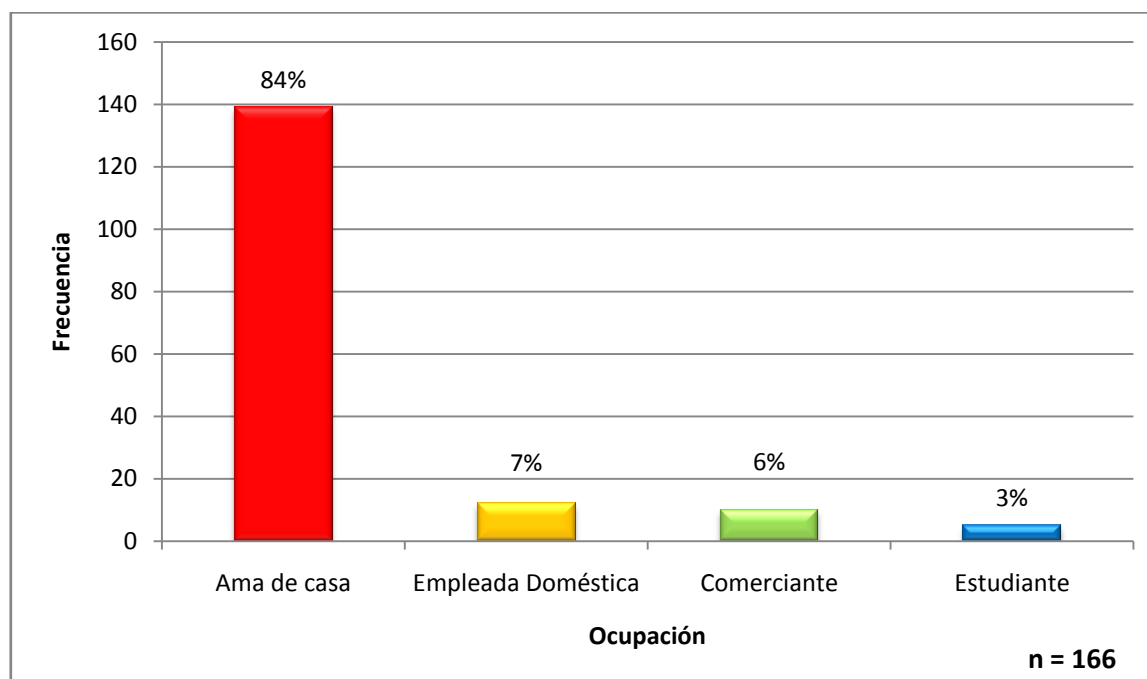
Gráfica 6. Distribución según el área de procedencia de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Se observa que el 81% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto (135 pacientes) provienen del área rural y el 19% restantes son del área urbana (31 pacientes).

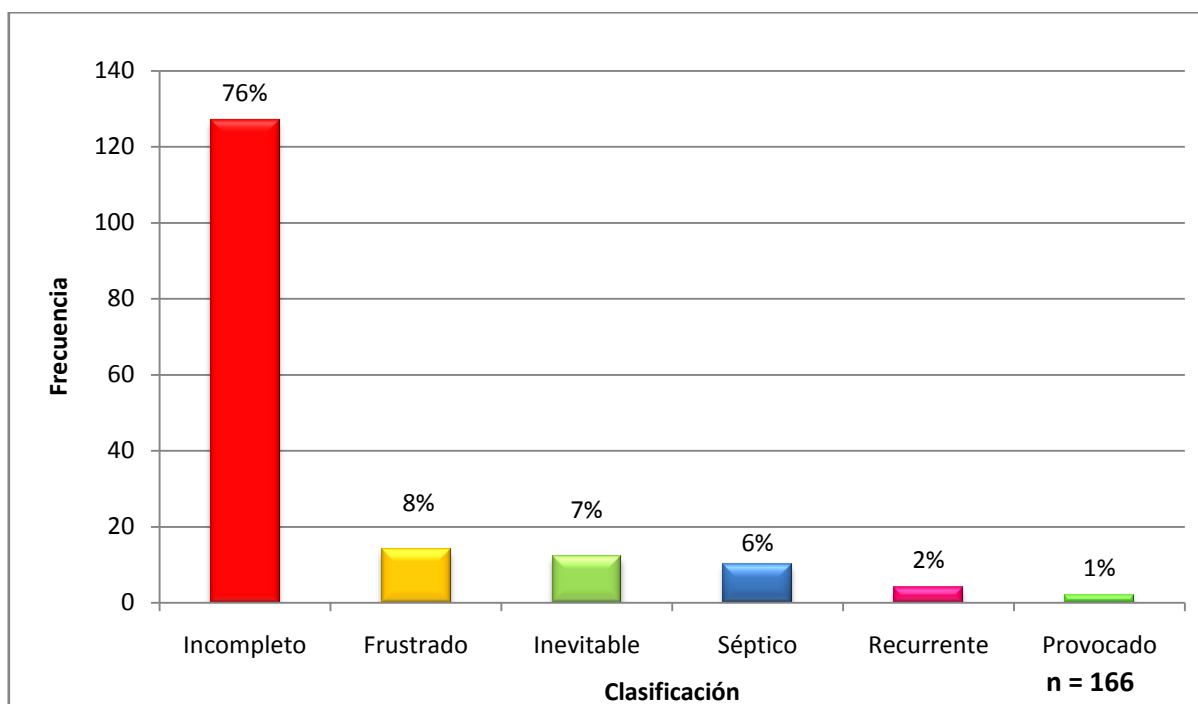
Gráfica 7. Distribución según la ocupación de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Se evidencia que el 84% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto son amas de casa (139 pacientes), 7% son empleadas domésticas (12 pacientes), 6% son comerciantes (10 pacientes) y el 3% restantes son estudiantes (5 pacientes).

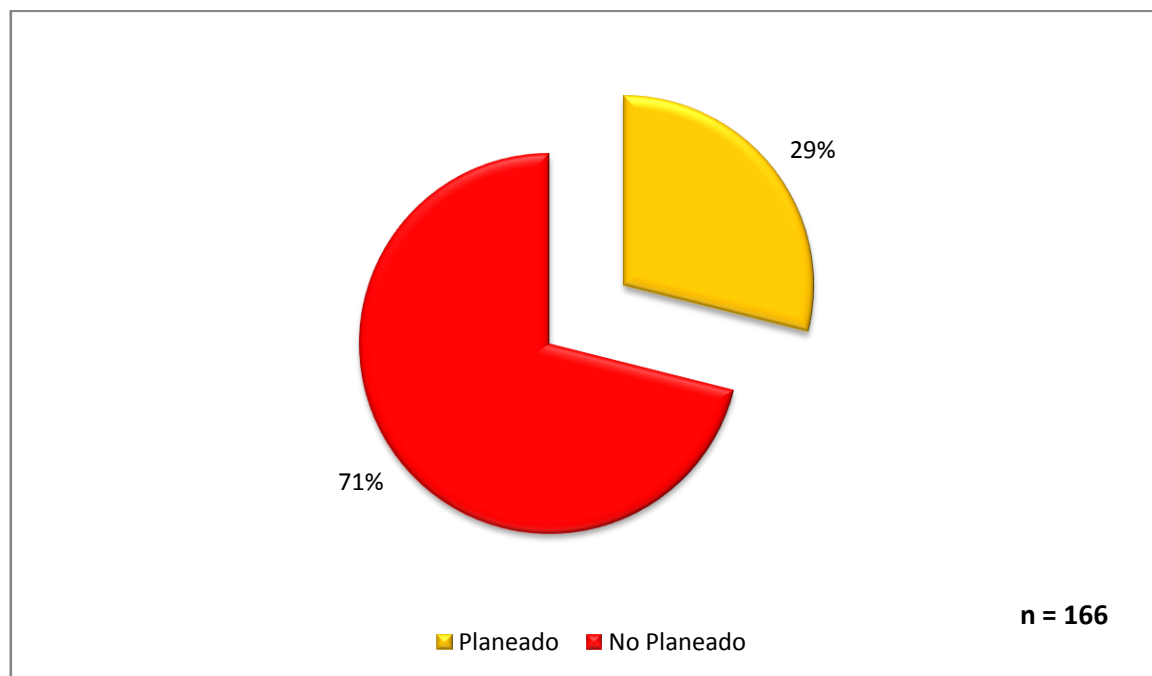
Gráfica 8. Frecuencia y clasificación de las formas clínicas de aborto de las pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

En cuanto a las formas clínicas de aborto en las pacientes hospitalizadas, el 76% se clasificó como incompleto (127 pacientes), 8% como frustrado (14 pacientes), 7% como inevitables (12 pacientes) y 6% como abortos sépticos (10 pacientes).

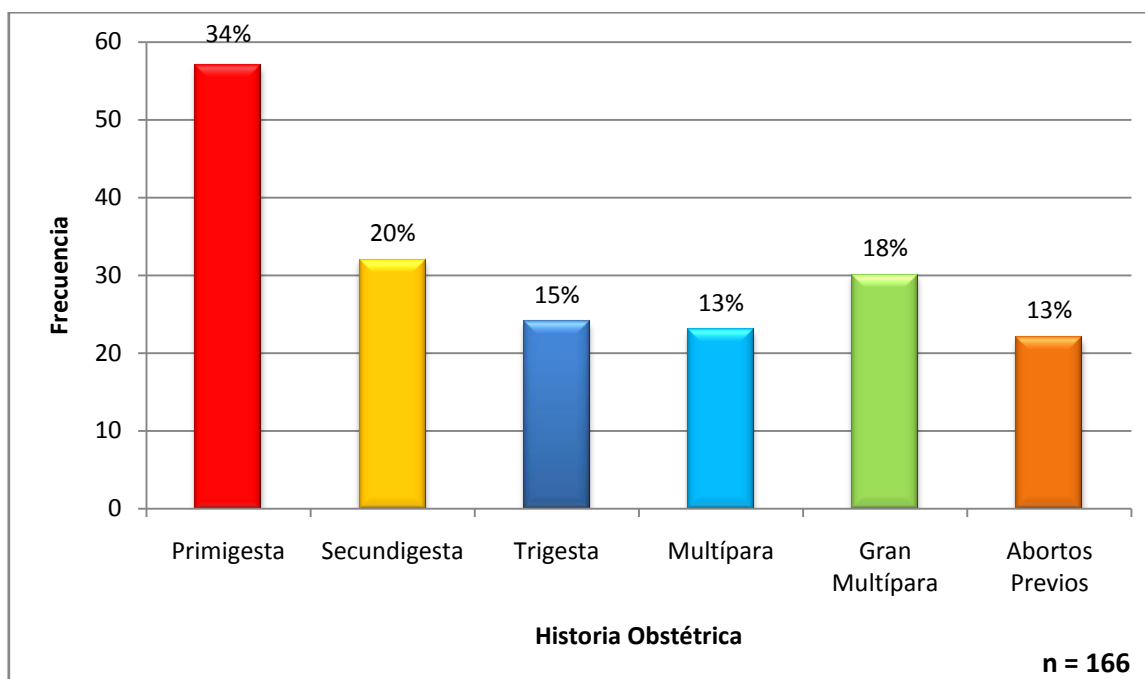
Gráfica 9. Distribución de la proporción de embarazos planeados y no planeados de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Se demuestra que 71% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto, no planearon quedar embarazadas (118 pacientes) y el 29% restantes, asegura haberlo planeado (48 pacientes).

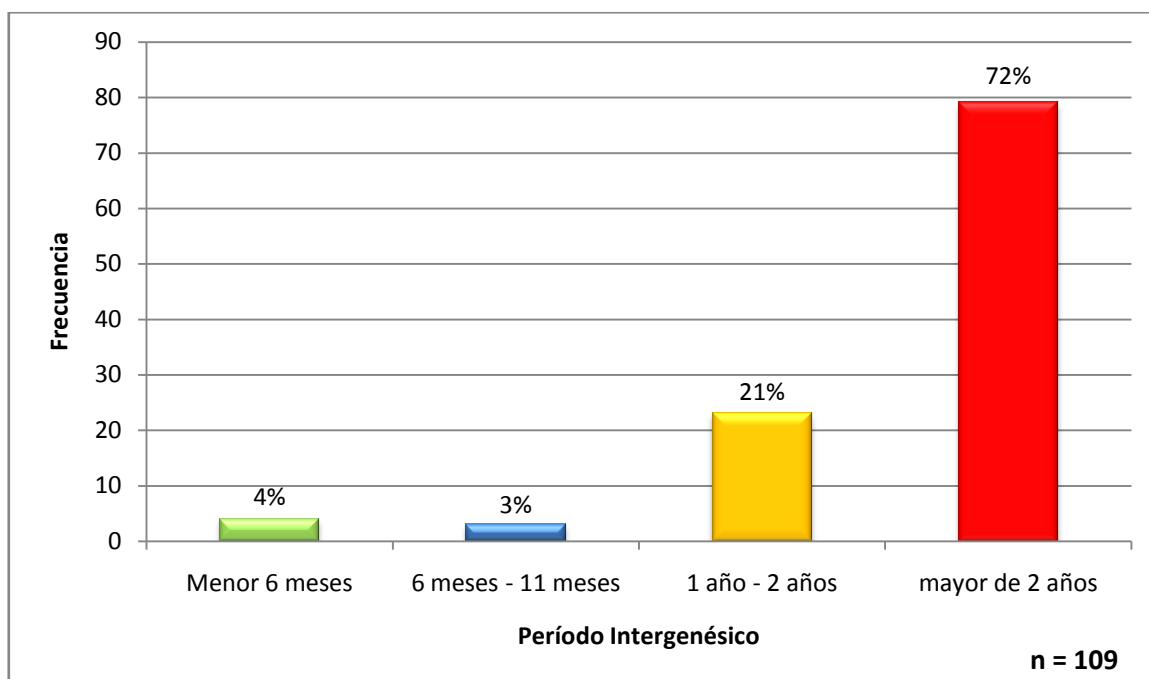
Gráfica 10. Distribución de la paridad en la historia obstétrica de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

Se observa que el 34% del total de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto, son primigestas (57 pacientes), seguido del 20% de secundigestas (32 pacientes) y el 18% de multíparas (30 pacientes). De las 166 pacientes en estudio 22 tenían historia de abortos previos (13%).

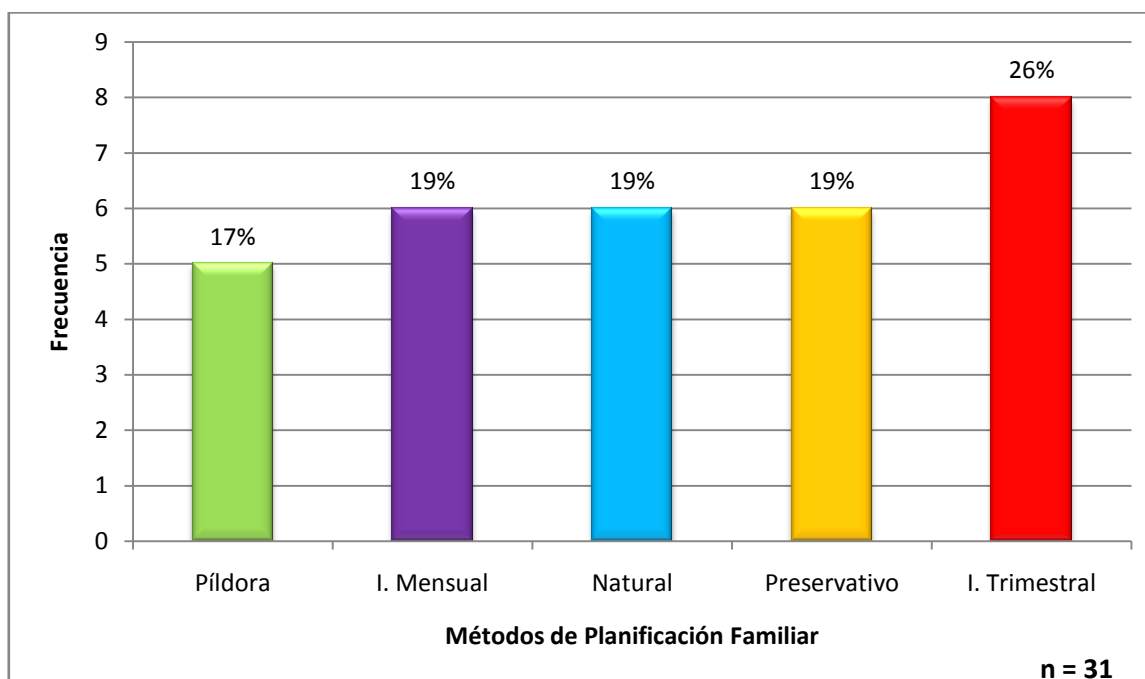
Gráfica 11. Distribución del período intergenésico de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

De las 109 pacientes con historia de embarazos anteriores, el 72% tienen un período intergenésico mayor de 2 años (79 pacientes), 21% entre 1 y 2 años (23 pacientes) y el 7% menor de 1 año (7 pacientes).

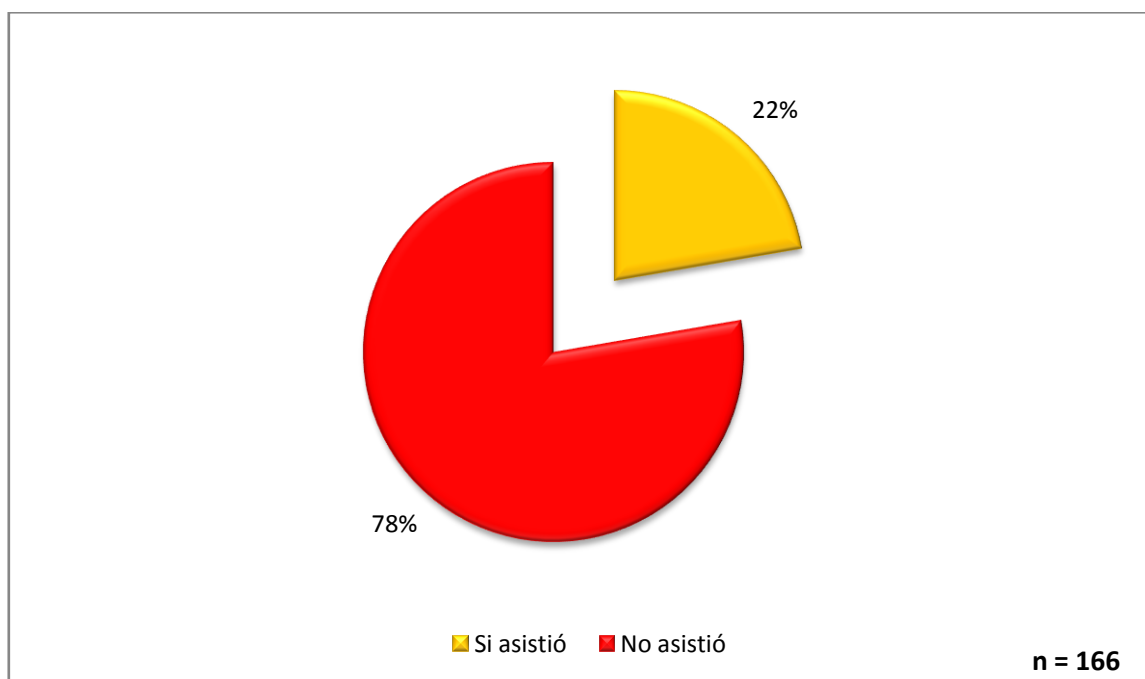
Gráfica 12. Distribución de métodos de planificación familiar utilizados por las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

De acuerdo a los métodos de planificación familiar, únicamente el 18% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto los usan (31 pacientes). De ellas, 26% usan la inyección trimestral (8 pacientes), 57% usan la inyección mensual, método natural y preservativo (18 pacientes) y 17% usan las píldoras (5 pacientes).

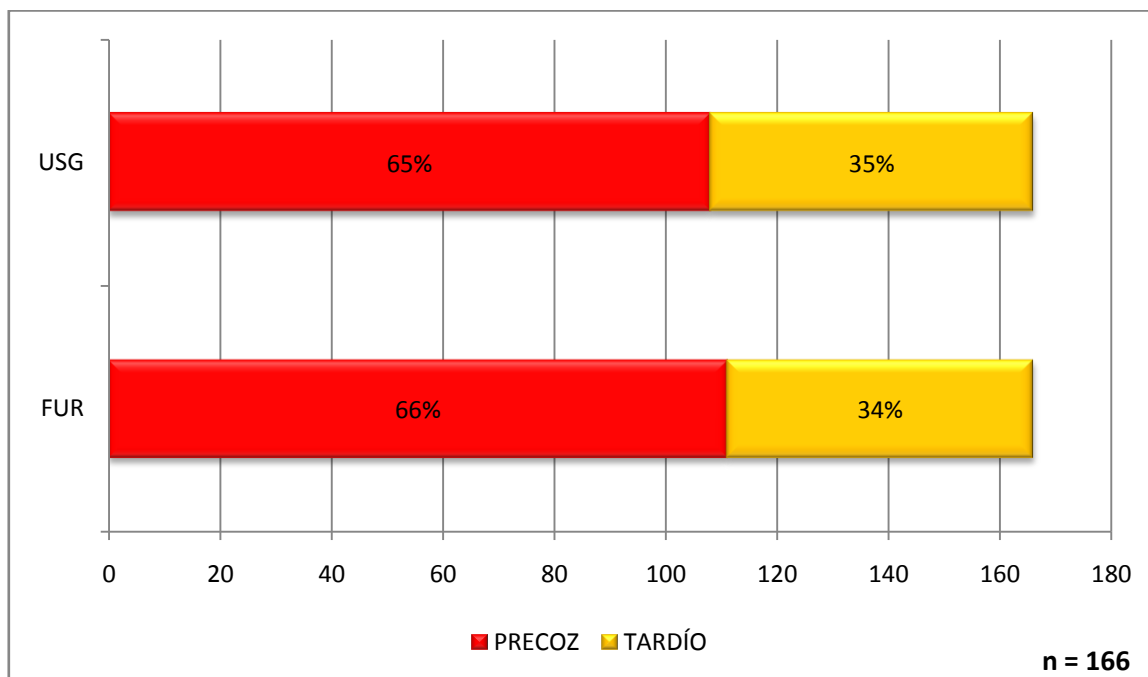
Gráfica 13. Distribución de asistencia a control prenatal de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

La siguiente gráfica muestra, que del total de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto, 78% no asistió a control prenatal (129 pacientes).

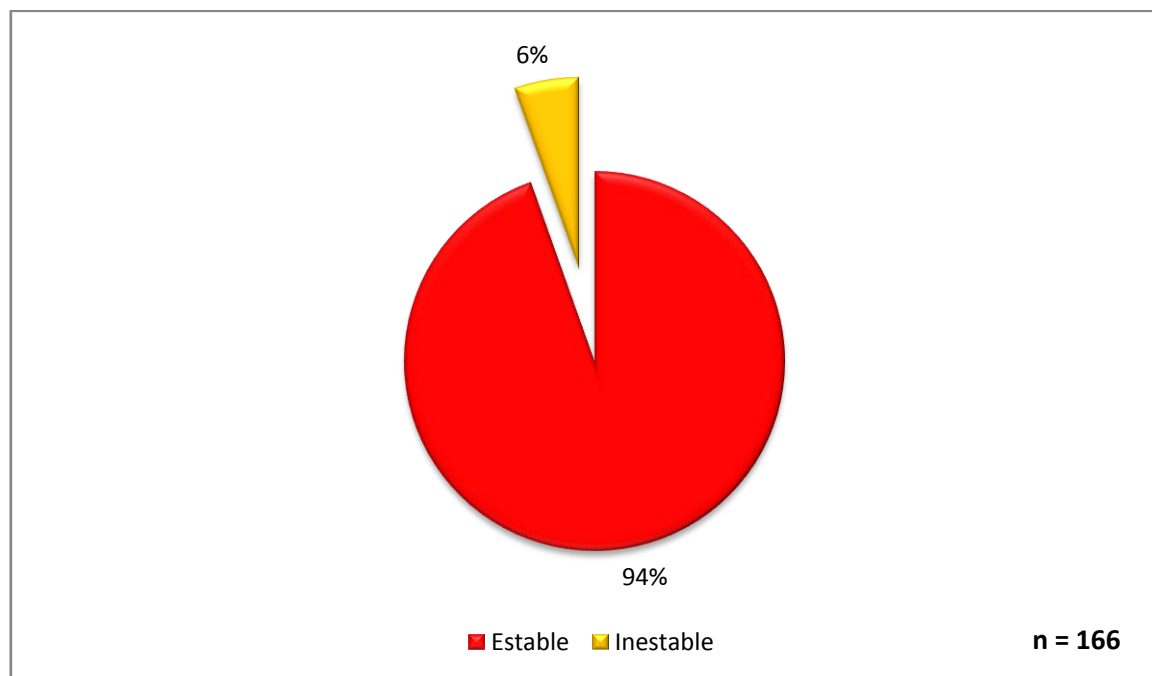
Gráfica 14. Distribución de la edad gestacional a través de fecha de última regla y ultrasonido de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

El total de las pacientes hospitalizadas, fueron clasificadas con diagnóstico de aborto precoz y tardío según la edad gestacional. En el primero, el 65% a través de ultrasonido y 66% por fecha de última regla. En tardío, el 35% a través de ultrasonido y 34% según fecha de última regla. Lo cual no muestra diferencia significativa entre ambas.

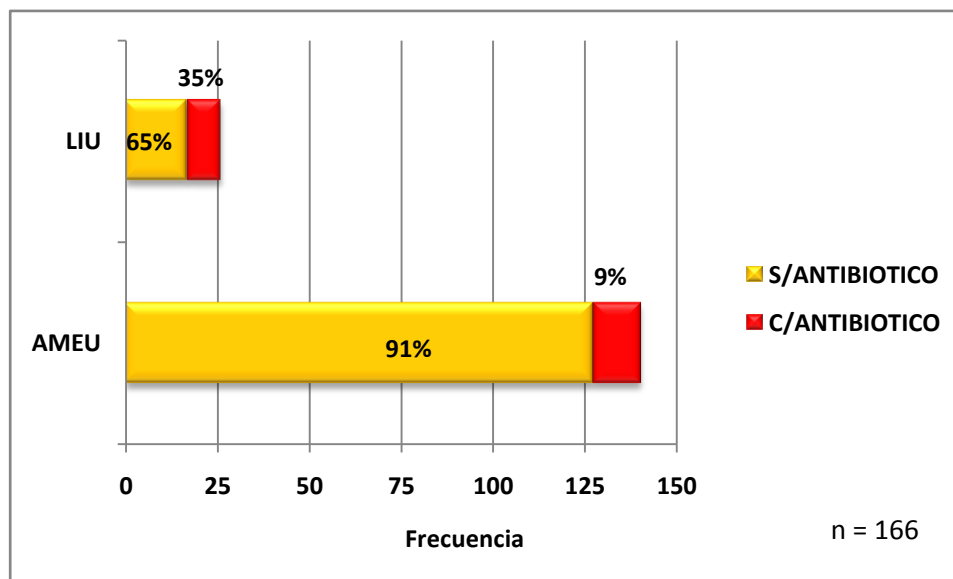
Gráfica 15. Distribución de la condición clínica de ingreso de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

De acuerdo a la condición clínica, el 94% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto, ingresaron estables (157 pacientes) y el 6% restantes ingresaron inestables (9 pacientes), siendo de éstas últimas en descendencia la anemia, hipotensión y sepsis las principales complicaciones detectadas.

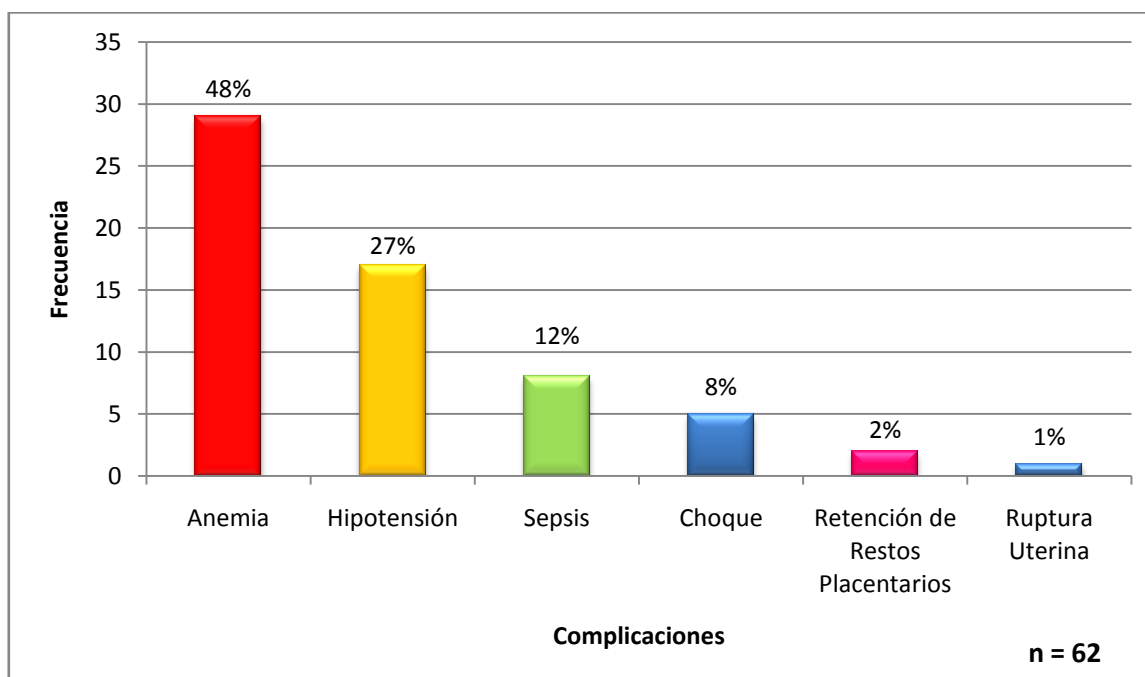
Gráfica 16. Distribución del tratamiento brindado a las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

De acuerdo al tratamiento brindado, a 26 pacientes se les realizó legrado instrumental uterino (LIU); de ellas, el 35% requirió el uso de antibióticos. De las 140 pacientes restantes a quienes se les realizó aspiración manual endouterina (AMEU), únicamente el 9% necesitó simultáneamente el uso de antibióticos.

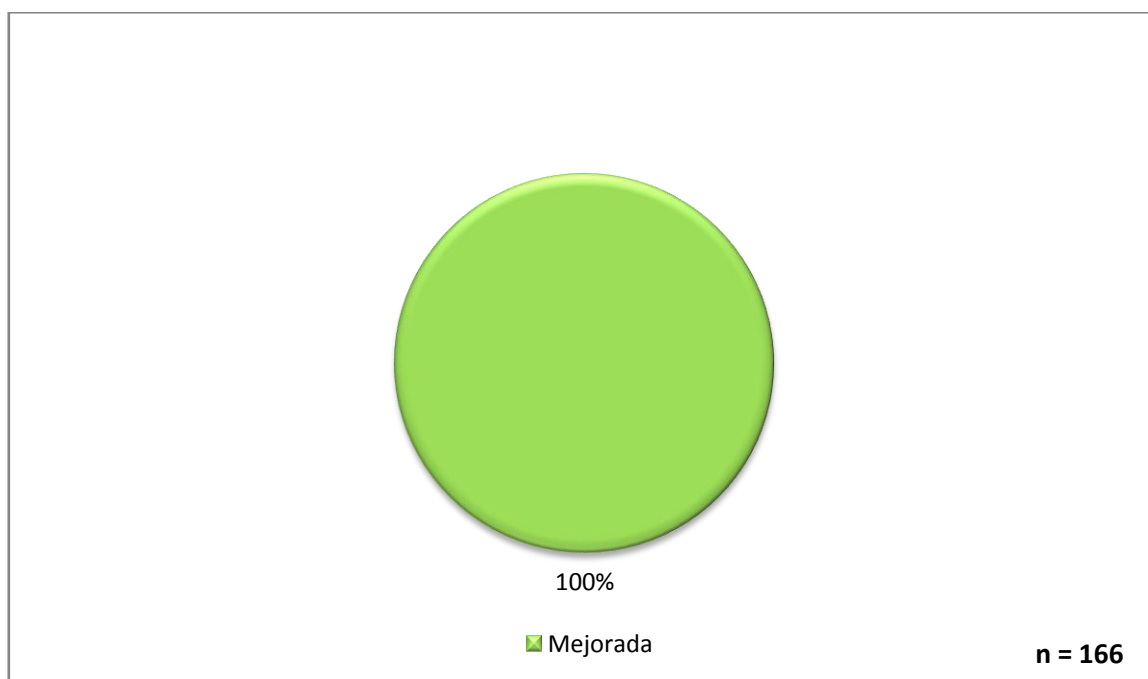
Gráfica 17. Distribución de las complicaciones más frecuentes en las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

La principal complicación de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto fue la anemia (29 pacientes), 27% presentaron hipotensión (17 pacientes) y 12% sepsis (8 pacientes).

Gráfica 18 Distribución de la condición clínica de egreso de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de marzo a agosto del año 2013.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2013.

El 100% de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto, egresaron mejoradas (166 pacientes). Durante los meses de marzo – agosto del año en curso, no se reportaron muertes maternas relacionadas a abortos.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La población en estudio, comprendió un total de 166 pacientes, quienes fueron hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula.

El grupo mayoritario, lo constituyeron las mujeres del área rural, principalmente del municipio de Chiquimula; las cuales están comprendidas entre las edades desde los 12 a 44 años, con un predominio de edad que va de los 27 a 31 años.

El 88% (n = 146) de las pacientes tenían ninguno o estudios incompletos del nivel primario, de las cuales el 78% no asistieron a control prenatal y se manifestaron ignorantes, demorando en la búsqueda de ayuda, ante la presencia de signos o síntomas sugestivos de complicaciones tempranas del embarazo como el aborto.

Así mismo, debido a la censura que existe en nuestra sociedad con respecto al tema de la sexualidad y la falta de información de los servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia, solo 18% (n = 31) refirieron usarlos; de los cuales la inyección trimestral fue el más común. El 71% (n = 118) pacientes, reflejan la necesidad insatisfecha de anticoncepción, promoviendo actitudes irresponsables, que concluyeron en embarazos no deseados y en abortos, comprobando lo que sucede en América Latina y en el Caribe, en donde de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52% no son planeados y el 21% de ellos terminan en un aborto (Prada *et al* 2006).

El 53% (n = 88) de las pacientes mantenían una relación inestable y debían trabajar para mantenerse, y se dedicaban predominantemente a los oficios domésticos de su casa y también de las ajenas en donde eran empleadas. Si bien, el embarazo no es una enfermedad, sí merece cuidados específicos para garantizar el bienestar de madre y del hijo, siendo importante la frecuencia y ritmo de actividad física, que en su estado, deben ser moderados; haciendo caso omiso de lo anterior el 91% de las pacientes en estudio.

La principal forma clínica de aborto, fue el incompleto con un 76% (n = 127), similar al dato reportado por los diferentes estudios realizados en los departamentos de Guatemala y en Latinoamérica. El 1% de las pacientes se provocaron el aborto, llevándose a cabo en condiciones inseguras, teniendo como resultado el ingreso de la paciente en condición inestable; requiriendo la transfusión de múltiples unidades de hemoderivados, uso de antibióticos por sepsis y tratamiento quirúrgico inmediato por presentar ruptura uterina. De alguna manera, no puede descartarse la posibilidad de subregistro en la frecuencia del aborto provocado, ya que en nuestro país es altamente restringido y penado por la ley. Por lo tanto, su detección depende exclusivamente de forma subjetiva de la historia de la enfermedad referida por la paciente.

De acuerdo a la paridad en la historia obstétrica, la mayor proporción correspondió a las primigestas con 34% (n = 57), quienes en su mayoría eran adolescentes comprendidas en las edades de 12 a 19 años; ya que en su condición de adolescentes, no están suficientemente maduras para el parto desde el punto de vista físico y psicológico, volviéndose blanco para padecerlo. El 13% de las pacientes tenía historia de abortos previos, los cuáles eran predominantes en pacientes con período intergenésico menor a 1 año.

El 65.5% (n = 110) de los abortos fueron clasificados como precoces, produciéndose antes de las 12 semanas de gestación. Lo cual no muestra diferencia significativa entre el uso de ultrasonido o fecha de última regla para determinar la edad gestacional al momento del diagnóstico. Clasificación importante según la OMS, ya que en éstos la morbilidad materna es menor.

De acuerdo a la condición clínica, 6% de la población en estudio ingresaron inestables, de las cuales la anemia, hipotensión y sepsis, fueron las principales complicaciones con 48, 27 y 12% respectivamente.

En cuanto al tratamiento brindado, la aspiración manual endouterina (AMEU) fue la más común en 85% (n = 140) de los casos, siendo un procedimiento de

evacuación uterina principalmente para el primer trimestre de gestación, respaldado por la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia).

El 100% de las pacientes en estudio, egresaron mejoradas. Lo que demuestra que no se registraron muertes maternas relacionadas al aborto durante la realización del estudio.

IX. CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas de las 166 pacientes en estudio, se pudo concluir lo siguiente: El grupo etario predominante fue de 27 a 31 años, el 53% unidas según estado civil, el 74% cursó educación primaria, el 84% eran amas de casa, la religión católica predominó con 74% y la mayor procedencia correspondía al municipio de Chiquimula, siendo el 81% del área rural.
2. En cuanto a las formas clínicas de aborto en las pacientes hospitalizadas, el 76% se clasificó como incompleto, 8% como frustrado y 7% como inevitables.
3. Únicamente el 29% de las pacientes en estudio planearon quedar embarazadas.
4. El 34% del total de pacientes son primigestas, seguido de las secundigestas y multíparas. Un 13% tenían historia de abortos previos. El 72% tienen un período intergenésico mayor de 2 años. De acuerdo a los métodos de planificación familiar, únicamente el 18% de las pacientes los usan, predominantemente la inyección trimestral. El 78% no asistió a control prenatal.
5. No se encontró diferencia significativa entre la determinación de edad gestacional a través de fecha de última regla y ultrasonido.
6. El 94% de las pacientes ingresaron estables y el 6% estaban inestables, siendola anemia, hipotensión y sepsis las principales complicaciones detectadas.

7. De acuerdo al tratamiento brindado, a 140 pacientes se les realizó aspiración manual endouterina (AMEU); de ellas únicamente el 9% necesitaron simultáneamente el uso de antibióticos. De las 26 pacientes restantes a quienes se les realizó legrado instrumental uterino (LIU); el 35% requirió el uso de antibióticos.
8. El 100% de las pacientes egresaron mejoradas. Durante los meses de marzo – agosto del año en curso, no se reportaron muertes maternas relacionadas a abortos.

X. RECOMENDACIONES

1. Socializar la información con las autoridades del Área de Salud, Centro de Salud, Hospital Nacional de Chiquimula y Departamento de ginecología, a través de un boletín informativo mostrando los resultados obtenidos, con el fin de fortalecer y reformular los programas de salud reproductiva.
2. Proporcionar educación con enfoque cultural sobre salud sexual y reproductiva.
3. Aumentar la comprensión y conciencia acerca de la anticoncepción efectiva y reducir las barreras para su uso.

XI. PROPUESTA

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio y como aporte de trabajo de tesis para optar el título de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, se propone la creación de una unidad de atención específica a pacientes que sufran un aborto, la cual este ubicada en el servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula, con el objetivo de:

- Evitar complicaciones en el posaborto inmediato
- Prevenir pérdidas recurrentes
- Proporcionar a la pareja Información, educación y consejería en planificación familiar
- Prevenir embarazos no planeados y
- Evitar muertes maternas relacionadas al aborto

Para lograr esta atención integral, oportuna y diferenciada; se necesitará una serie de equipo multidisciplinario especializado, con amplia experiencia y conocimientos en el tema, como:

- Médico especialista (ginecología)
- Personal de enfermería
- Psicología y asistencia de Salud Mental
- Trabajadora social y
- Personal de administrativo y secretariado

Logrando con ello, que la mujer logre su pronta recuperación y un estilo de vida saludable en relación a la atención primaria en salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arias, F. 1994. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2 ed. España. Mosby / Doyma Libros. 475 p.
2. Bajo Arenas, JM; Melchor Marcos, JC; Mercé, LT. 2007. Fundamentos de ginecobstetricia. Madrid, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 389 p.
3. Cabrera, R; Reardon; DC, US.1991. Trauma post-aborto y sanación (en línea).Presentado en Congreso Mundial por el Amor, la Vida y la Familia (10, California, US, 1991). California, US, The Human Life International.Consultado 1 mar. 2013. Disponible en <http://www.tpaborto.aborted/women/silentnomore.com>
4. CDM (Centro de Derechos de Mujeres, HN). 2011. Los derechos de la mujer y el aborto(en línea). Tegucigalpa, HN.Consultada 1 mar. 2013. Disponible en http://www.derechosdelamujer.org/index.php/noticias/items/mapa_aborto_2011.html.
5. Cunningham, Fet *al.* 2006. Obstetricia de Williams. 22 ed.México, McGraw-Hill Interamericana.1,945p.
6. DeCherney, AHet *al.* 1997. Diagnósticos y tratamientos gineco - obstétricos. 8 ed. México, El manual moderno. 489 p.
7. Gonzáles, MJ. 1995.Manual de obstetricia. 4 ed.Barcelona, Editorial Alev. 739 p.
8. Herrick Turner, JK; McInerney, T; Castleman, L. 2004.La atención post aborto centrada en la mujer. Carolina del Norte, US, Editorial Chapel Hill. 1,260 p.
9. Lieberman, E. 2005. El problema del aborto en su guía sexual para jóvenes y del control de la natalidad. Venezuela, Editorial Velásquez. 72 p.
10. Malagón, L; Londogo, G. 1992. Manejo integral de urgencias. 2 ed.Bogotá, CO, Editorial Panamericana. 356 p.
11. Novak, E *et al.*1998. Tratado de ginecología. 11 ed.México, Editorial Interamericana, S.A. 973 p.

12. OMS (Organización Mundial de la Salud, US). 2000. Manejo para las complicaciones y el parto, guía para obstetras y médicos. Estados Unidos de América, Editorial International; An Affiliate of Johns Hopkins University. 432 p.

13. _____. 2004. Unsafe abortion, global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4 ed. Ginebra, CH, OMS. 408 p.

14. Population Action Internacional, US. 2001. En mundos diferentes: salud y riesgos sexuales y reproductivos (en línea). Estados Unidos de América. 145 p. Consultado 2 mar. 2013. Disponible en <http://www.populationactioninternational.com/pdf>

15. Prada, E *et al.* 2006. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala, causas y consecuencias (en línea). Nueva York, US, Guttmacher Institute. 43 p. Consultado 4 mar. 2013. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/GuatemalaUP/Asp.pdf>

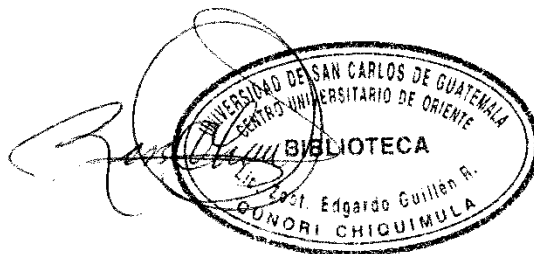
16. Schwarcz, RL; Duverges, C. 1998. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires, AR, Editorial El Ateneo. 181 p.

17. Scott, R; Danforth, J. 2003. Tratado de obstetricia y ginecología. 6 ed. México, Editorial Interamericana McGraw Hill. 231 p.

18. Singh, S; Prada, E; Kestler, E. 2003. Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala (en línea). Nueva York, US. 145 p. Consultado 4 mar. 2013. Disponible <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>

19. Velazco, R; Gómez, P; Chambers, MV. 2006. La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe. Carolina del Norte, US, Editorial Chapel Hill. 234 p.

20. Williams, S. 2011. El aborto en Guatemala (en línea). Guatemala. Consultado 5 mar. 2013. Disponible <http://williamcuros.blogspot.com/2011/09/datos-estadisticos.html>



XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON
DIAGNÓSTICO DE ABORTO”**

Nombre: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____

Lugar de Procedencia: _____ Ocupación: _____

1. Clasificación del aborto al ingreso:

2. El embarazo actual fue planeado: Si ☐ No ☐

3. Historia obstétrica:

FUR: _____ Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Número de hijos vivos: _____ Número de hijos muertos: _____

Período intergenésico del embarazo anterior: _____

Métodos de planificación familiar utilizados: Si ☐ No ☐

DIU ☐ Natural ☐ Píldora ☐

Inyección Mensual ☐ Inyección Trimestral ☐ Preservativo ☐

Control prenatal del embarazo actual: Si ☐ No ☐

Número de controles: _____

4. Edad gestacional:

- FUR: _____ semanas
- USG: _____ semanas

5. Condición clínica al ingreso:

Estable ☐

Inestable ☐

6. Complicaciones asociadas al aborto:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Anemia | Si ☐ | No ☐ |
| • Hipotensión | Si ☐ | No ☐ |
| • Retención de restos placentarios | Si ☐ | No ☐ |
| • Ruptura uterina | Si ☐ | No ☐ |
| • Sepsis | Si ☐ | No ☐ |
| • Choque | Si ☐ | No ☐ |
| • Muerte | Si ☐ | No ☐ |

7. Tratamiento brindado:

LIU ☐

AMEU ☐

Uso de antibióticos ☐

8. Condición clínica de egreso:

Mejorada ☐

Referida a otro centro hospitalario ☐

Fallecida ☐

Anexo 2

BOLETÍN INFORMATIVO
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO - CUNORI



CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

RESUMEN

Mundialmente el aborto constituye un problema social, representando una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva, resultado en una carga económica alta para los servicios hospitalarios.

Se realizó un estudio descriptivo para conocer las características clínicas de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula, durante los meses de marzo – agosto del año 2013. Muestra: 166 pacientes. Obteniendo la información por medio de una boleta de recolección de datos, entrevista dirigida y revisión de expedientes clínicos.

El grupo etario predominante fue de 27 a 31 años (46). El 53% (88) eran unidas, predominando la educación primaria (74%), las amas de casa correspondían al 84% (139) y la mayoría provenían del municipio de Chiquimula con 33% (54).

El 76% (127) de los abortos se clasificaron como incompletos y 71% (118) de las pacientes no planearon embarazarse. El 34% (57%) eran primigestas y un 13% (22) referían abortos previos. El 72% (79) de las pacientes tenían período intergenésico mayor de 2 años. Únicamente 18% (31) usaban métodos de planificación familiar. El 65.5% (110) de los abortos fueron clasificados como precoces. Un 94% (157) de las pacientes ingresaron estables y 6% (9) inestables, siendo la anemia, hipotensión y sepsis las principales complicaciones. El tratamiento más común fue la aspiración manual endouterina (85%), el uso de antibióticos fue predominante en el legrado instrumental uterino. El 100% (166) de las pacientes egresaron mejoradas.



RECOMENDACIONES

Aprovechar el recurso humano (auxiliares de enfermería), que imparten charlas diariamente en la consulta de control prenatal en los diferentes Centros de Salud del departamento de Chiquimula; teniendo en cuenta que éste constituye el primer contacto con la paciente embarazada y que el tema del aborto no es abordado con la población. Utilizando el rotafolio elaborado para el caso, como material didáctico, el cual contiene información educativa sobre el aborto y sus consecuencias, embarazos planeados y no planeados, período intergenésico adecuado y los diferentes métodos de planificación familiar para espaciamiento de los hijos.