

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO  
HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA  
1999-2001**

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
De la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**ANA ERICA ISABEL RONQUILLO BLAU**

En el acto de su investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio de 2002

## INDICE

I. Introducción	1
II. Definición y Análisis del Problema	3
III. Justificación del Marco Teórico	5
IV. Objetivos	7
V. Revisión Bibliográfica	9
VI. Material y Métodos	25
VII. Presentación, Análisis y discusión de resultados	31
VIII. Conclusiones	51
IX. Recomendaciones	53
X. Resumen	55
XI. Referencias Bibliográficas	57
XII. Anexos	61

## I. INTRODUCCIÓN

El aborto ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano. Adquiriendo en la actualidad una gran importancia por sus implicaciones como por las diferentes posturas que existen frente a él.

Por lo anterior , el presente estudio trata de delimitar esta problemática haciendo una caracterización epidemiológica en el Hospital Modular de Chiquimula.

Los objetivos de esta investigación fueron cuantificar la incidencia de aborto, describir las características generales de las pacientes con diagnóstico de aborto, identificar antecedentes Gineco-obstétricos y aspectos muy específicos con respecto al aborto en los que se incluyen la edad gestacional con mayor ocurrencia, el tipo de aborto más frecuente, la estancia hospitalaria, el tratamiento brindado tanto farmacológico como quirúrgico y describir las complicaciones y el tratamiento de las mismas.

Se revisaron en total 892 expedientes, en donde se pudo observar que la paciente de menor edad atendida fue de 13 años de edad y la mayor fue de 50 años con diagnóstico de aborto. La edad más frecuente que presentó aborto fue la comprendida entre 20 y 29 años, siendo el mayor porcentaje de la cabecera departamental y del municipio de Esquipulas. La gran mayoría de las pacientes se dedica a realizar oficios domésticos. No se pudo establecer el nivel de alfabetismo de las pacientes por ser alto el porcentaje en el que no se cuenta con dicha información.

El mayor número de pacientes fueron primigestas , constituyendo las adolescentes ( de 10 a 19 años) el mayor porcentaje donde se presentó su primer aborto. La edad gestacional a la que con mayor frecuencia suceden los abortos es en la fetal ( de la 8va. A la 27va.)

En cuanto al tipo de aborto que se reportó con mayor frecuencia fue el Aborto incompleto significó el 90.36%.

La estancia hospitalaria promedio de las pacientes en este hospital fue de 2 días.

Como protocolo de tratamiento a pacientes post-aborto en el Hospital Modular de Chiquimula se les realiza Legrado Instrumental Uterino (L.I.U.) en donde al 100% de las pacientes se les brindó.

Se registraron dos complicaciones perteneciendo a la misma paciente, la cual fue llevada a Sala de Operaciones por la severidad del caso.

Se recomienda establecer servicios de planificación familiar hospitalario, incluyendo la consejería y los diferentes métodos; ya que deben ser una prioridad en atención en las mujeres hospitalizadas pos aborto porque éstos no desaparecerán y las mujeres que no tengan acceso a servicios seguros y efectivos de planificación familiar continuarán enfrentando el riesgo de embarazos no deseados.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Se define como aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas , antes de que el feto sea lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno. La mayor parte de la literatura considera el límite cronológico hasta las 20 semanas de gestación o en la que el feto pesa menos de 500 gramos. (8,9,14,18,29)

Según estudios realizados en América Latina se ha señalado al aborto en condiciones de riesgo como un problema de salud pública ya que más de medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas al mismo. Los esfuerzos para evitar las muertes maternas resultantes de las complicaciones del aborto son cruciales pero inadecuados en gran parte del mundo. (7,14,30)

El aborto en condiciones de riesgo constituye la causa primordial (13%) de las muertes maternas a nivel mundial cada año. En América Latina se practican 4 millones de abortos anuales, la mayoría en condiciones de riesgo y constituye la primera o segunda causa de muerte en la mayoría de los países de la región. El 62% de la población mundial vive en 55 países donde el aborto inducido es permitido sin restricciones o por razones socioeconómicas. El 25% de la población mundial vive en 54 países donde el aborto está prohibido o sólo se permite para salvar la vida de la mujer. (4,7,31)

A nivel latinoamericano Guatemala ocupa el primer lugar en mortalidad materna siendo de 190 \* 100,000 nacidos vivos; se calcula que el 40% de las mujeres fallecen como consecuencia de hemorragias y un 21% por complicaciones en abortos, ya que el 60% de los alumbramientos es atendido por personal no capacitado y en condiciones ilícitas y peligrosas. (3,20,27,32,35)

Por lo tanto el estudio tiene como objetivo principal caracterizar el problema para generar información científica, para realizar un trabajo en conjunto entre los profesionales de la salud, juristas, jueces, trabajador social, psicólogos,

legisladores y miembros de administración pública, con la finalidad de su prevención y la mejoría de la calidad y accesibilidad de los servicios de aborto.

### III. JUSTIFICACIÓN

El aborto inseguro se considera como una amenaza a la vida y a la salud de las mujeres ya que en muchos países se practica en la clandestinidad y en condiciones de gran inseguridad. Diariamente en todos los países cientos de mujeres se someten a abortos clandestinos que por la ilegalidad de su práctica conlleva serios riesgos de morbi-mortalidad materna.(4,5,24,30)

Ya que el aborto es una amenaza a la salud de las mujeres, es importante hacer un estudio para comprender y abordar las determinantes y consecuencias del mismo, incluyendo sus repercusiones en la fertilidad subsiguiente, la salud mental y reproductiva y la utilización de algún método de planificación familiar.(12)

Para que la incidencia del aborto se reduzca es necesario que en el periodo post-aborto se aproveche la oportunidad de brindar orientación y ayuda a la mujer para solucionar los problemas que contribuyen al embarazo no deseado y además para que acepte y utilice los servicios de planificación familiar.(11,18,28)

A nivel latinoamericano anualmente ocurren aproximadamente 4.6 millones de abortos en condiciones de riesgo . En Guatemala el aborto es un problema sumamente complejo y desalentador ocurriendo entre 201 y 500 abortos por 1,000 nacidos vivos, mientras que en el resto de países centroamericanos no ocurren más de 200 por 1,000 nacidos vivos. En nuestro medio el uso de los métodos de planificación familiar se ha incrementado de 23.2% en 1,987 a un 38.2% en 1,999, lo que representa un avance, sin embargo existe un 62% de las mujeres en unión que no utilizan métodos anticonceptivos. (27,30)

Esta investigación se realizó en el Hospital Modular de Chiquimula y forma parte de una serie de estudios que se realizaron simultáneamente en todos los

departamentos de la República de Guatemala, actualmente no se ha llevado a cabo un estudio institucional a nivel nacional sobre las condiciones del aborto por lo que el presente estudio trata de determinar la magnitud del problema en nuestro país.

#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL

Describir la caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Modular de Chiquimula.

##### ESPECÍFICOS

1. Cuantificar la incidencia de aborto en el Hospital Modular de Chiquimula.
2. Describir las características generales (edad, escolaridad, ocupación y lugar de procedencia) de las mujeres atendidas.
3. Identificar las características gineco-obstétricas (número de gestas, partos y abortos) de las mujeres atendidas.
4. Cuantificar la estancia hospitalaria de las mujeres atendidas por aborto.
5. Identificar el tipo de aborto más frecuente.
6. Describir el tratamiento más frecuente brindado a las mujeres que consultaron por aborto .

7. Describir las complicaciones más frecuentes encontradas en las mujeres que consultaron por aborto.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### DEFINICIÓN

Etimológicamente la palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivados de *ab-orior* opuesto a *orior*, nacer ,y se define como tal a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo con expulsión del huevo y sus membranas, antes de que el feto sea lo suficientemente viable para sobrevivir fuera del vientre materno. Actualmente con los avances en cuidados intensivos neonatales con supervivencia de niños muy pequeños, se acepta como feto al menor de 20 semanas , o peso inferior a 500 gramoso feto menor de 25 cms. En Guatemala se considera aborto a la terminación del embarazo antes de la 28ava. Semana de gestación. ( 8,9,10,14,18,29)

### HISTORIA

El Aborto es tan antiguo como la historia de la humanidad y la aceptación o repudio del aborto provocado, depende de las ideas generales, sociales, éticas y legales de la sociedad que se trate. (29)

La palabra aborto deriva del término latino “*aboriri*” que significa separar del sitio adecuado. Equivale a mal parto, parto anticipado o bien lo nacido antes de tiempo.

El aborto ha sido practicado desde tiempos muy remotos , encontrándose en el trabajo médico más antiguo de la China, que data del año 2696 A. de C. Que se utilizaba el mercurio como sustancia abortiva

En el Papiro de Ebers (año 1550 A. de C.) se describían métodos para inducir el aborto como dátiles, cebollas y el fruto de acato, todo mezclado con miel y aplicado a la vulva.

En Roma, los abortos se practicaban libremente por comadronas y en menor grado por médicos griegos, principalmente porque los médicos romanos se veían comprometidos por el juramento hipocrático, cuyo autor decía “yo no daré a una mujer remedio abortivo”.

Los griegos, tenían opiniones divididas; Licurgo y Solón decretaban leyes prohibiendo el aborto. Platón consideró el aborto y el feticidio como reguladores del estado ideal; Aristóteles por su parte aconsejaba el aborto para aquella mujer que tenía ya el número de hijos deseados y para aquella que concebía después de los 40 años. Ambos aconsejaron el aborto cuando el crecimiento de la población era elevado. (8 )

Muchos de los abortos de la época de Aristóteles eran efectuados mediante legrado y desde entonces, como ahora las complicaciones (perforación y sepsis) eran las principales responsables de muerte. Se utilizaban además agentes orales como purgantes y duchas vaginales con agua caliente.

La Ley asiria castigaba hacia el año 1500 con la muerte a la mujer que abortaba voluntariamente; la ley judía castigaba el aborto según la ley “darás vida por vida”.

Las referencias de la Biblia son generalmente condenatorias contra el aborto según el Antiguo Testamento, en el libro Éxodo, capítulo 21 y versos del 22 al 25: “si algunos riñieren e hirieren a mujer embarazada , y ésta abortase, pero sin haber muerte, serán penados conforme a lo que el marido impusiese y juzgaran los jueces. Más si hubiese muerte entonces pagarán vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, golpe por golpe”. Esta norma permaneció hasta la inmigración de los judíos a Egipto y cuando estuvieron bajo la influencia de la cultura griega y romana.(29)

En el mundo cristiano siempre se tuvo como ilícito el cometer un aborto, y así fue considerado por prácticamente todas las codificaciones de la Europa cristiana. “A lo largo de toda la historia, los padres de la Iglesia, sus pastores, sus Doctores , han señalado la misma doctrina, sin que las diversas opiniones acerca del momento de la infusión del alma espiritual hayan suscitado duda sobre la ilegitimidad del aborto. Es verdad que, cuando en la Edad Media era general la opinión de que el alma espiritual no estaba presente sino después de

las primeras semanas, se hizo distinción en cuanto a la especie de pecado y a la gravedad de las sanciones penales... Pero nunca se negó entonces que el aborto provocado, incluso en los primeros días , fuera objetivamente una falta grave". (10)

Con el tiempo, en la iglesia cristiana se generalizó la actitud de que el aborto era un acto vergonzoso e intolerable y prevaleció que la mujer una vez estaba embarazada, no debía de hacerse ningún procedimiento abortivo, sin importar su condición socioeconómica, o peligro para su salud. Tales actitudes trajeron como consecuencia la práctica del aborto criminal, desconocido anteriormente.

En épocas modernas Taussig al revisar las prácticas abortivas entre los pueblos primitivos, encontró que cada tribu tenía métodos para provocar el aborto, variando desde agentes orales, traumas abdominales hasta la introducción de cuerpos extraños.

Durante la edad media , en Inglaterra el culpable de un delito de aborto era arrastrado o colgado. Así mismo en Alemania se introdujo como castigo para los culpables de delito de aborto la muerte por cuchilla o por sumersión. (8 )

En 1803 la ley británica, estableció un estatuto del aborto criminal, que hacía que el aborto después del primer signo de vida por parte del feto fuera ilegal. Esta ley se convirtió en el modelo para las leyes similares en Estados Unidos, en donde la práctica del aborto se convirtió en ilegal excepto para salvaguardar la vida de la madre.

A partir del año 1950 en Europa Central y Oriental y en Estados Unidos , se liberalizaron las leyes respecto al aborto y durante los años sesenta y setenta en la mayoría de países desarrollados.( 29 )

Hasta la decisión del Tribunal Supremo de Estados Unidos en 1973, solamente los abortos terapéuticos podían ser realizados en la mayoría de los Estados de la Unión; en dicho año se legalizaron los abortos voluntarios o electivos. La definición legal más corriente de aborto terapéutico hasta

entonces era la terminación del embarazo anterior al período de viabilidad fetal con el propósito de salvar la vida de la madre. Las disposiciones legales de ese entonces contemplaban que el aborto entre adolescentes debe ser autorizado por uno de los padres y en 1976 se amplió este derecho a la mujer casada, la cual no requiere permiso del esposo para practicar el aborto. (29 )

En Guatemala está legislado el tema del aborto, únicamente se permite realizar el aborto terapéutico con el sólo fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, luego de agotado todo intento científico y técnico. (6 )

En resumen, las actitudes con respecto al aborto varían en las distintas partes del mundo y épocas del tiempo, las razones oscilan desde la variedad y el miedo hasta las consideraciones económicas. Las secuelas han sido y seguirán siendo no sólo un problema de tipo médico sino también social, político, moral y económico. ( 29)

Datos cronológicos sobre el aborto:

**ca. 150 A.D. Didache citó :** "No matarás un niño por el aborto."

<b>160</b>	<b>A.D.-230</b>	<b>A.D.</b>	<b>Tertullian</b>
Llamó el aborto "homocidium" (asesinato)			

**177 A.D. Athenagoras** (Dijo que el embrión ya es un ser humano y el objeto del amor divino y providencia.

<b>1483-1546</b>	<b>A.D.</b>	<b>Martín</b>	<b>Lutero:</b>
"Cuando es concebido un niño, la alma es creado junto con el cuerpo."			

<b>1964</b>	<b>A.D.</b>	<b>Planned</b>	<b>Parenthood</b>
Emitió un documento llamando el aborto "incorrecto" y un "matar de una persona.			

**1973 A.D. Roe v. Wade (la Corte Suprema)**  
Declaró que las mujeres tienen el derecho constitucional para tener un aborto.

**1976 A.D. Planned Parenthood v. Danforth (la Corte Suprema)**  
Anuló una ley que insiste en el consentimiento del esposo para tener un aborto.

**1996            A.D.            El            Presidente            Bill            Clinton**  
Le puso su veto al acto de Partial-Birth Abortion Ban. (24 )

### **CLASIFICACION ( 8,9)**

- 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 vigésimo séptima semana gestacional.

### **ETIOLOGIA. (33)**

El aborto puede ser de origen espontáneo y provocado o inducido.

Las causas generadoras de aborto pueden resumirse en :

- 1) Causas ovulares propiamente dichas. Aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de los casos de abortos tempranos éstos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos. Se cree que por lo menos el 10% de las concepciones humanas tienen anomalías cromosómicas.
- 2) Causas maternas orgánicas. Entran en este grupo las enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en enfermedades generales, como lúes o tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, y enfermedades locales, como habitualmente lo son las organopatías pélvicas de todo orden –genitales o extragenitales– que pueden provocar aborto; por ejemplo, infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiente contención del

huevo, alteraciones propias del útero (malformaciones, sinequias posraspado), incompetencia del orificio del cuello, etc.

- 3) Causas funcionales. Constituyen del 10 al 15% de los abortos espontáneos. Forman este grupo aquellas enfermedades en las que, por lo menos en un principio, sólo hay alteraciones de la función de órganos o sistemas que pueden interferir en la normal evolución de la gestación. Lo constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentalmente las endocrinopatías, ya sean extragonadales, como los distiroidismos, o puramente gonadales -alteraciones funcionales del ovario, del trofoblasto o de la placenta-, que producen el aborto endocrino corial o endocrino gonadal. En estos caos, los más frecuentes entre los de causa funcional, una mala producción gonadotrófica del trofoblasto daría lugar a una involución precoz del cuerpo amarillo del ovario o una deficiencia sincial perturbaría la producción esteroidea. El descenso progresivo de la secreción hormonal, en que cronológicamente cae primero la progesterona y luego los estrógenos, altera fundamentalmente la relación o coeficiente estrógenos/progesterona, cuya proporción dentro de límites normales es imprescindible para la buena evolución del embarazo tanto desde el punto de vista uterino como trofoblástico y embrionario.
- 4) Causas inmunológicas. Los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo autoinmune (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos) y aloinmunes (incompatibilidad ABO).
- 5) Causas psicodinámicas. Se incluye en este grupo a todas aquellas pacientes infértils, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en las que profundos traumas emocionales conscientes o subconscientes serían la causa que provoca el aborto.
- 6) Causas de origen tóxico (intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fósforo, etc.) o carencial, es decir, deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales, etc.).
- 7) Los traumatismos físicos de todo orden, directos, los excesos sexuales, etcétera.

Sintomatología y formas clínicas.

**Amenaza de aborto.** Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Se caracteriza porque, en una mujer en

edad genital con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y de tamaño acordes con los correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino. El cuadro se acompaña de hemorragia genital leve.

La imagen ecográfica puede ser similar a la de un embarazo normal (embrión con cavidad cardíaca y movimientos activos, visualización del saco vitelino). Es signo de buen pronóstico cuando, junto con las características mencionadas, se observa corion veloso que llega al cérvix, ya que esta circunstancia, generalmente de buena evolución, por sí misma explicaría la pérdida sanguínea. Por el contrario, sugiere un pronóstico reservado la ausencia de movimientos activos fetales (aun con actividad cardíaca conservada), un hematoma retroplacentario de tamaño mayor que un tercio de la placenta y el desprendimiento parcial del huevo, en el que se aprecia la existencia de pequeñas zonas de diferente ecogenicidad. Al comienzo ecorrefringentes y posteriormente econegativas (hematomas) retrocoriales que separan zonas del trofoblasto o aun de la placenta a nivel de la placa basal.

**Aborto inminente.** No es más que una exageración de los síntomas y signos descritos anteriormente (dolores más intensos y sostenidos, hemorragia más abundante, con coágulos). Se lo define como aborto inevitable cuando comienza a producirse la dilatación del cuello uterino.

**Aborto diferido.** Recibe este nombre un cuadro en el que, muerto el huevo in útero, por diversas razones no es expulsado al exterior. A esta forma clínica se le designa también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto y retenido, queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al verdadero "cuerpo extraño" que es el huevo muerto en su interior (missed abortion).

Si la muerte es muy reciente, se observa una imagen ecográfica similar a la de un embarazo normal pero sin actividad cardíaca ni movimientos activos. Si la muerte es de más de 24 horas, se comienzan a observar alteraciones estructurales del embrión y del saco gestacional (lisis embrionaria, deformidad y achatamiento del saco gestacional, etc.).

La diferencia entre un huevo muerto y retenido con lisis embrionaria y un huevo de menos de 7 semanas, en que aún no es posible la visualización ecográfica del embrión con la técnica trasabdominal, se establecerá con la repetición del examen. En caso de huevo muerto habrá regresión de las estructuras. En el huevo anembrionado se apreciará un aumento inusitado sólo del saco ovular.

**Aborto en curso.** Al cuadro anterior se le agrega la pérdida de líquido amniótico, no siempre visible con facilidad, en forma de hidrorrea clara mezclada o alternado con emisión sanguínea genital, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, que muchas veces no lo es en forma directa puesto que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos modalidades que adopta en general el aborto a esta altura de su evolución, y que constituyen otras formas clínicas que han de tenerse en cuenta.

**Aborto incompleto.** Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada ; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

**Aborto completo.** En este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Luego de una acmè dolorosa y hemorrágica, todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal.

**Aborto infectado.** Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente , son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocérvix, vagina y vulva). También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no sépticas destinadas a completar la evacuación del huevo.

Se producen endocervicitis , endometritis y miometritis agudas, que a su vez pueden originar por vía hematógena cuadros sépticos generales y por vía linfática para metritis agudas bilaterales, que pueden llegar hasta la supuración (flemón del ligamento ancho) y el compromiso del peritoneo pélvano en el cuadro reactivo agudo (pelviperitonitis posaborteda, supurada o no, que puede dar origen a un absceso del fondo de saco de douglas). Menos frecuentemente , las endomiometritis pueden extenderse por vía canalicular y generar una salpingitis aguda o un piosálpinx.

En estos casos, al cuadro descrito en los puntos anteriores se agrega la reagudización del dolor, que toma ahora forma más sorda y permanente : fiebre generalmente en picos e intoxicación general (palidez, taquicardia, escalofríos). Puede haber veces, además, hemorragia genital o flujo purulento fétido. El útero se palpa algo agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión.

En la parametritis aguda hay, asimismo , empastamiento doloroso de uno o de ambos ligamentos anchos, lo que hace que la movilización lateral del útero, llevada a cabo por tacto vaginal, provoque intenso dolor parametrial ( en ambas fosas ilíacas). La exageración del cuadro doloroso parauterino, con empastamiento fluctuante de un lado y desplazamiento del útero hacia el opuesto, mayor repercusión tóxica general y mantenimiento del cuadro febril, es característica del flemón del ligamento ancho posabortion; cuando la infección llega al peritoneo pelviano, aparecen todos los signos y síntomas locales del peritonismo.

**Aborto habitual.** Se define así al cuadro caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos. La posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior sería, para algunos autores, de alrededor del 80%; después de dos abortos, 70%, y luego del tercer aborto, 50%.

## METODOS UTILIZADOS PARA REALIZAR ABORTO

Se estima en sesenta millones anuales los abortos en el mundo. Se ha denominado “industria del aborto”, dando lugar a variedad en los métodos, de entre los cuales los más usados son:

- a) **Succión o aspiración.** -Utilizado durante el primer trimestre del embarazo. Se introduce por la vagina un tubo hueco por medio del cual se aspira al feto hasta que, desmembrando por completo, es sacado del útero. En casi todos los casos , la aspiración manual endouterina (AMEU) bajo anestesia local es el tratamiento más apropiado para complicaciones postabortion.
- b) **Dilatación y legrado.**- Este método se utiliza desde la séptima hasta la doceava semana de embarazo. Por medio de un afilado cuchillo curvo que se introduce en el útero, se despedaza el cuerpo del bebé. Posteriormente se recogen los trozos para asegurarse de que el útero quedó vacío;
- c) **Inyección salina.**- Por lo regular se utiliza también en los primeros meses del embarazo hasta la decimonovena semana. Se inyecta una solución concentrada de sal que envenena al bebé y además la capa externa de la piel se quema por el efecto corrosivo de la sal. Al día siguiente la mujer dará a luz un bebé muerto.
- d) **Histerectomía.**- Este es el método utilizado cuando el no nacido se encuentra en un estado adelantado de su desarrollo. El procedimiento es igual a una cesárea, pero el destino del niño es diferente , ya que en esta

clase de aborto el feto es abandonado en un cesto de basura hasta que muera.

- e) **RU 486**.- Píldora cuyo efecto es impedir la anidación del embrión, pues bloquea en la gestante la producción de la hormona progesterona; necesaria para la anidación uterina y para el proceso normal del embarazo. Tomando dosis de este producto durante las primeras siete semanas de gestación, asociándolo a inyecciones de prostaglandinas, se provoca el aborto en el 95% de los casos. Ha sido llamado el pesticida humano.(10)

## COMPLICACIONES DEL ABORTO

Las complicaciones mas comunes del aborto son la hemorragia, lesión intraabdominal, la sepsis y el aborto incompleto. Exceptuando la lesión intraabdominal todas las complicaciones pueden resultar de un aborto espontáneo (pérdida del embarazo) o inducido.

**Hemorragia** , o sangrado intenso, puede ocurrir cuando no se trata el aborto incompleto. Además, algunas técnicas para inducir el aborto, tales como legrado uterino instrumental (LIU) o la introducción de varillas u otros objetos en el cuello uterino, pueden causar lesiones intraabdominales que producen sangrado intenso. Las hierbas , drogas o químicos caucásicos ingeridos o introducidos en la vagina o en el cuello uterino pueden provocar reacciones tóxicas y producir hemorragia. El riesgo de hemorragia postabortion se incrementa con la edad gestacional, así como con el uso de anestesia general durante el aborto inducido en condiciones inadecuadas.(2,21,30,33)

**Lesión intraabdominal.** Al introducir instrumentos en el cuello uterino para inducir un aborto, se puede cortar o perforar el cuello, el útero u otros órganos internos. La lesión más común es la perforación de la pared uterina. También se puede lesionar los ovarios, las trompas de Falopio. El intestino. La vejiga o el recto. Una lesión intaabdominal puede ocasionar una hemorragia interna en la cual se manifieste poco o ningún sangrado vaginal.(8,14,30)

**La sepsis** durante el aborto resulta cuando se infecta la cavidad endometrial y su contenido, generalmente después de haber introducido instrumental

contaminado en el cuelo uterino o cuando queda tejido residual en el útero. Además de sufrir los síntomas generales del aborto incompleto, la mujer con sepsis tiene fiebre, escalofríos y secreción vaginal fétida. El sangrado puede ser leve o intenso. Los primeros signos de aborto séptico suelen aparecer unos pocos días después de un aborto espontáneo o inducido en condiciones inadecuadas. Desde el útero, la infección puede propagarse rápidamente y convertirse en sepsis abdominal generalizada. Una fiebre elevada, dificultad respiratoria e hipotensión suelen indicar una infección más extensa.(14,30,33)

**El aborto incompleto**, la complicación más común del aborto, ocurre cuando queda tejido residual en el útero después de un aborto espontáneo o inducido en condiciones de riesgo. Entre los síntomas típicos figuran el dolor pélvico, calambres o dolor de espalda, sangrado persistente y un útero reblandecido y agrandado.( 30)

## PRECISIONES SOBRE EL ABORTO

Muchas mujeres aún se encuentran atrapadas en el círculo de embarazos no deseados y de prácticas ilegales de aborto. Este hecho es indicio de una inmensa necesidad insatisfecha de contar con métodos que sean seguros, eficientes y de bajo riesgo para la salud de la mujer. A esto hay que agregar la no disponibilidad de servicios de planificación familiar y dificultades de acceso a estos servicios donde existen.

En países donde el aborto no es legal o lo es con reglamentaciones muy restringidas, existe un gran volumen de aborto inducido en condiciones riesgosas para la salud de la mujer y en especial para aquellas que no pueden pagar los costos de un servicio prestado por profesionales competentes. Las mujeres muy jóvenes y de estratos socio-económicos más deprimidos son las que enfrentan más barreras de acceso a servicios seguros de aborto ( aunque clandestinos) y con mayor frecuencia deben ser internadas en los servicios del estado para la atención de las complicaciones del aborto incompleto. Anualmente los hospitales públicos deben destinar un alto porcentaje de sus recursos humanos y financieros para la atención de esta patología obstétrica.(11)

En un estudio realizado en la ciudad de Guatemala por el Consejo de Población se determinó que el promedio de estancia hospitalaria de las

pacientes postabortion se encontraba entre 24 y 36 horas y el costo promedio por el tratamiento completo , desde la admisión hasta su egreso fue de \$68.71. (13)

## PRESTACION DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para ayudar a la mujer a evitar embarazos no deseados y abortos en condiciones de riesgo en el futuro, es crucial vincular los servicios de atención postabortion de urgencia con los servicios de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva. Sin embargo, muy pocas clínicas u hospitales ofrecen a la mujer orientación y servicios de planificación familiar. Asegurar la prestación de estos servicios a toda mujer tratada por complicaciones del aborto en condiciones de riesgo suele ser una de las maneras más inmediatas de mejorar la atención postabortion. (30)

Factores sociales y psicológicos empujan a gran número de adolescentes a realizarse abortos. Por lo menos un millón y tanto como 4.4 millones de mujeres adolescentes tiene abortos anualmente en los países en desarrollo. Muchos de estos procedimientos son realizados ilegalmente y en condiciones no seguras, dentro de los factores que contribuyen a las relativas altas tasas de abortos no seguros incluyen:

- acceso restringido a servicios e insumos anticonceptivos
- el relativo alto costo de abortos realizados por personal calificado (factor que empuja a las adolescentes a buscar servicios más baratos o tratar de auto-inducírselo ellas mismas); y

- la pronunciada tendencia dentro de las adolescentes a posponer la primera consulta hasta después del primer trimestre y retrasar la consulta para tratamiento de las complicaciones postaborto.(21)

El programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1,994, instó a los gobiernos y a otras organizaciones relevantes “a enfrentar el impacto que tiene el aborto inseguro en la salud pública, y a reducir el uso del aborto, al incrementar y mejorar los servicios de planificación familiar”. (27)

**Contemplaciones Legislativas Guatemaltecas sobre el aborto. (6)**  
En el código penal guatemalteco se contempla lo siguiente:

**Art. 133.- Concepto.** Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

**Art. 134.- Aborto procurado.** La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona s lo cause, será sancionada con prisión de uno a tres años. Si lo hiciere impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración síquica, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.

**Art. 135.- Aborto con o sin consentimiento.** Quien , de propósito causare un aborto, será sancionado:

- 1º.- Con prisión de uno a tres años, si la mujer lo consintiere;
- 2º.- Con prisión de tres a seis años, si obrare sin consentimiento de la mujer.

Si se hubiere empleado violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.

**Art. 136.- Aborto calificado.** Si a consecuencia del aborto consentido o de las maniobras abortivas consentidas, resultare la muerte de la mujer,

el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años. Si se tratare de aborto o maniobras abortivas efectuados sin consentimiento de la mujer y sobreviniere la muerte de ésta, el responsable será sancionado con prisión de cuatro a doce años.

Art. 137.- Aborto Terapéutico. No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de una mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, si se realizó sin la atención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.

Art. 138.- Aborto; preterintencional. Quien, por actos de violencia ocasionase el aborto, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con prisión de uno a tres años. Si los actos de violencia consistieren en lesiones a las que corresponda mayor sanción, se aplicará ésta aumentada en una tercera parte.

Art. 139.- Tentativa y aborto culposa. La tentativa de la mujer para causar su propio aborto y el aborto culposo propio, son impunes.

El aborto culposo verificado por otra persona, será sancionado con prisión de uno a tres años, siempre que tal persona tenga conocimiento previo del embarazo.

Art.140.- Agravación específica. El médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

Iguales sanciones se aplicarán, en un caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin prejuicio de lo relativo al concurso de delitos.(6)

## BREVE MONOGRAFIA DE CHIQUIMULA

Departamento de Chiquimula, situado al oriente de la República, con una extensión territorial de 2376 kilómetros cuadrados, colinda al norte con el departamento de Zacapa; al este con la república de Honduras; al sur con la República de El Salvador y el departamento de Jutiapa; y al oeste con Jalapa y Zacapa.

Chiquimula está dividida en once municipios, siendo los siguientes:

Chiquimula (cabecera departamental), Camotán, Concepción Las Minas, Esquipulas, Ipala, Jocotán, Olopa, Quezaltepeque, San Jacinto, San José La Arada y San Juan Ermita.

### Reseña Histórica

El territorio de Chiquimula antes de la conquista española estaba disperso por las llanuras y montañas sin organización alguna civil y religiosa, es por eso que los españoles organizaron pueblos entre los cuales Quezaltepeque, uno de los pueblos más antiguos del oriente guatemalteco lleno de tradiciones y Esquipulas, siendo el segundo con más popularidad en el aspecto religioso que con el correr de los años y la importancia que ha adquirido en la actualidad sobresale con más importancia en lo religioso.

## ASPECTOS RELIGIOSOS

En el departamento de Chiquimula existen diferentes sedes religiosas, entre ellas: Asambleas de Dios, Iglesias adventistas del séptimo día, Iglesias bautistas, Iglesia de Dios del Evangelio Completo y también una junta anual de amigos; siendo ésta una de las primeras misiones Evangélicas del país, siendo su origen por dos norteamericanos que eran amigos y llegan a Chiquimula y ven una necesidad grande sobre la religión y volvieron a su país para recaudar fondos económicos y poder regresar a evangelizar.

Por la pobre literatura en aspectos religiosos del Departamento de Chiquimula se decide realizar una entrevista a Fray Milton Alirio Jordán Chigua (\*), quien es el párroco representante de la Iglesia católica en este departamento , quien brindó la siguiente información:

Los datos aproximados que se manejan en el departamento de Chiquimula respecto a la religión, es de acuerdo a los censos que se realizan cada 10 años, , siendo el último reaizado en 1998, en donde del total de la población incluyendo área urbana y rural un 60% profesan la religión católica, o sea que son bautizados en la Iglesia Católica ; un 30% profesan diferentes grupos de corte cristiano y un 10% no profesan religión.

El punto de vista de la iglesia católica es estrictamente moral y religioso , lo considera un crimen , ya que afecta a la persona y le crea un shock, una marca inborrable en la persona, ahora respecto al aborto provocado es condenable , ya que hay intención , existe una mano criminal contra un nuevo ser que no tiene como defenderse. Lo que la Iglesia promueve es salvar la vida , que se proteja , que se haga crecer , e indudablemente hay un castigo , no uno específico, sino que se trata de dar un tiempo de reflexión, depende de la persona , la casuística de cómo sucedió el aborto, entre los cuales están esperar un tiempo justo para recibir la confesión, esforzarse más por promover la vida al prójimo por medio de pláticas , retiros, etc. Aquí en la Iglesia de Chiquimula existen dos pastorales , La Pastoral Juvenil, en la que se trata de instruir a los jóvenes de tomar conciencia, primero de la dignidad de su cuerpo, segundo evitar la

relación sexual pre-matrimonial. Según la Iglesia el gran problema que se tiene actualmente son los medios de comunicación social, ya que promueven entre otras cosas la envidia , el aborto, celos , divorcio, etc. Otra pastoral es La Familiar, en la en familia, se puede dar libertad pero también responsabilidad , derecho pero también conciencia. Resumimos con esto que el enfoque siempre es de tipo Moral.

(\*) Entrevista personal

## VI. MATERIAL Y METODOS

### A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio : Descriptivo – Retrospectivo
2. Unidad de análisis: expedientes del departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Modular de Chiquimula de las mujeres atendidas de los once municipios del Departamento de Chiquimula en la fecha comprendida del 01 de enero del año 1999 al 31 de diciembre del año 2001.
3. Universo: se tomaron el 100% del total de expedientes de mujeres atendidas en dicho departamento del Hospital modular de Chiquimula, del primero de enero 1999 al 31 de diciembre 2001.
4. Variables a estudiar : se estudiaron las siguientes :
  - Incidencia

- Características generales
- Antecedentes obstétricos
- Tipo de aborto
- Tratamiento
- Estancia hospitalaria
- Complicaciones

De las cuales se presenta a continuación un cuadro:

### Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Unidad de Medida</b>	<b>Escala</b>
Incidencia	Número de casos que comienzan en un determinado período y en una población específica	# abortos # nacimientos	Porcentaje	Numérica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años reportados	Años de vida	Numérica

Estado Civil	Relación recíproca con el sexo opuesto	Anotada en el expediente clínico	Soltera, casada, unida, viuda, divorciada	Nominal
Escolaridad	Duración de estudios en un centro docente	Años de estudio completados	Años escolares	Numérica
Ocupación	Trabajo u oficio en el cual se emplea el tiempo	Trabajo al que se dedica	Ama de casa, estudiante, agricultora, Profesional, comerciante, otro	Nominal
Municipio de procedencia	Lugar de donde llega una persona	Procedencia según el expediente	Municipio	Nominal
Número de gestas	Eventos obstétricos sucedidos en vida reproductiva	No. De gestas anotadas en el expediente	Una, dos , tres, cuatro, cinco y más..	Numérica
Número de partos	Culminación de un embarazo por vía vaginal con un producto viable	No. De partos anotados en el expediente	Uno, dos , tres, cuatro, cinco y más..	Numérica
Número de abortos	Pérdida del producto de la gestación antes de las 20 semanas	No. De abortos anotados en el expediente	Uno, dos, tres, cuatro, cinco y más..	Numérica

Número de cesáreas	Intervención quirúrgica consistente en realizar incisión abdominal y útero y así extraer el feto por vía transabdominal	No. De cesáreas anotadas en el expediente	Una, dos, tres, cuatro, cinco y más..	Numérica
Número de hijos nacidos vivos	Gestas con producto de la concepción viable	Los anotados en el expediente	Uno, dos, tres, cuatro, cinco y más..	Numérica
Número de hijos Nacidos muertos	Producto de la concepción no viable	Los anotados en el expediente	Uno, dos, tres, cuatro, cinco y más..	Numérica

Edad gestacional	Número de semanas estimadas de gestación del producto de la concepción	Las anotadas en el expediente clínico	Semanas	Numérica
Tipo de aborto	Clasificación del aborto de acuerdo a parámetros clínicos	Tomado del expediente según diagnóstico de egreso	Provocado, espontáneo, diferido, séptico, inevitable, completo	Nominal
Estancia hospitalaria	Período que transcurre desde el ingreso hasta el egreso de una paciente	Tomado del expediente clínico	Días y horas de estancia	Numérica

Tratamiento	Todas las acciones clínicas y farmacológicas para la resolución de un problema de salud	Tomado del expediente clínico	Farmacológico Quirúrgico Legrado	Nominal
Complicaciones	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural O en el intento de resolver la misma	Tomada del expediente clínico	Tipo de complicación	Nominal
Tratamiento de las complicaciones	Acciones o medidas clínicas – quirúrgicas realizadas	Tomada del expediente clínico	Tipo de tratamiento para la complicación	Nominal

1. Instrumento de recolección : se utilizó una boleta, ésta con preguntas para obtener los datos de interés según los objetivos planteados.
2. Ejecución de la investigación : se llevó a cabo siguiendo los siguientes pasos:
  - 1ero. Se solicitó permiso a la autoridad del hospital Modular de Chiquimula para consultar los expedientes del departamento de Gineco-obstetricia de 1999 a 2001.
  - 2do. Se trasladó al departamento de archivo del Hospital modular de Chiquimula y se obtuvo la información de interés llenando la boleta de recolección de datos.
  - 3ero. Se recopiló la información del 100% de los expedientes, se pasó la información al programa EPI INFO.

3. Presentación de resultados y tipo de tratamiento estadístico: se procesó toda la información en el programa especial para esta investigación “EPI INFO” . Se presentaron cuadros y gráficas para su fácil comprensión.
4. Aspectos éticos : en este estudio no se experimentó con seres humanos, pues se trató de una investigación retrospectiva. Se mantuvo la confidencialidad del nombre de las mujeres que estuvieron sujetas al estudio.

## 5. Recursos:

### 1. Materiales físicos

- Departamento de archivo y estadística del Hospital Modular de Chiquimula .
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias médicas del centro Universitario Metropolitano (C.U.M.)
- Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Computadora

### 1. Humanos

- Personal del departamento de Archivo y estadística del Hospital Modular de Chiquimula.
- Revisor y Asesor del trabajo de tesis.

### 1. Económicos

- Gastos de transporte, papelería y de impresión de tesis por un monto aproximado de Q. 3,000.00.

## **VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**



## CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL ABORTO EN EL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA 1999 - 2001

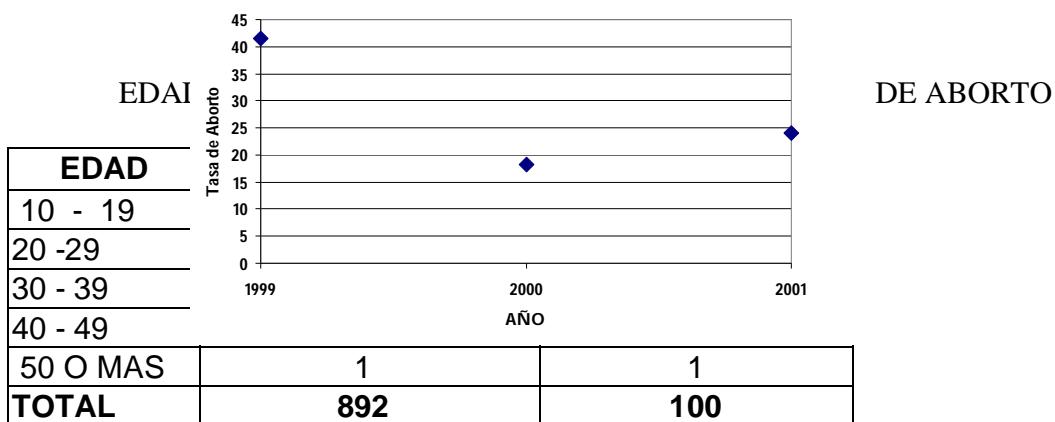
**Cuadro 1**  
 Incidencia de Aborto del Departamento de Chiquimula durante los años 1999, 2000 y 2001

MUNICIPIO	1999		2000		2001	
	NAC.VIV.	# AB.	NAC. VIV.	# AB.	NAC. VIV.	# AB.
CHIQUIMULA CAB.	2,726	155	2,727	75	2,741	104
CAMOTAN	1,656	17	1,744	8	1,657	13
CONCEP.LAS MINAS	354	17	238	7	395	9
ESQUIPULAS	1,461	98	1,358	45	1,424	51
IPALA	555	56	619	19	564	20
JOCOTAN	1,124	18	1,031	9	1,487	15
OLOPA	754	3	789	1	772	4
QUEZALTEPEQUE	858	48	847	16	833	33
SAN JACINTO	323	10	363	3	565	6
SN. JOSE LA ARADA	245	12	206	3	165	5
SN.JUAN ERMITA	529	5	437	2	430	5
TOTAL	10,585	439	10,359	188	11,033	265
TASA DE ABORTO	41.47X1000 NV		18.15X1000 NV		24.02X1000 NV	

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

Fuente: Datos ob:

**Gráfico 1**  
**Incidencia de aborto del Departamento de Chiquimula**



FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 3**  
ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	372	41
SOLTERA	105	12
UNIDA	390	44
VIUDA	8	1
NO DATO	17	2
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 4**  
ALFABETISMO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

ALFABETISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	10	36
ALFABETA	319	1
NO DATO	563	63
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 5**  
OCUPACION DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	163	18.3
ESTUDIANTE	15	1.68
AGRICULTORA	2	0.22

PROFESIONAL	1	0.11
COMERCIANTE	13	1.45
OTRO	696	78.02
NO DATO	2	0.22
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 6**  
**MUNICIPIO DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
 ABORTO**

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CHIQUIMULA CAB.	334	37
CAMOTAN	38	4
CONC. LAS MINAS	33	4
ESQUIPULAS	194	22
IPALA	95	11
JOCOTAN	42	5
OLOPA	8	1
QUEZALTEPEQUE	97	11
SN. JACINTO	19	2
SN. JOSE LA ARADA	20	2
SN. JUAN ERMITA	12	1
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 7**  
 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

	GESTAS		PARTOS		ABORTOS		Cesárea	
FRECUENCIA	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
0	0	0.00	199	22.31	0	0.00	635	71.19
1	167	18.72	127	14.24	92	10.31	24	2.69
2	116	13.00	103	11.55	23	2.58	8	0.90
3	115	12.89	81	9.08	6	0.67	3	0.34
4	82	9.19	47	5.27	0	0.00	0	0.00
5	55	6.17	40	4.48	0	0.00	0	0.00
6	48	5.38	17	1.91	2	0.22	0	0.00
7	17	1.91	23	2.58	1	0.11	0	0.00
8	21	2.35	12	1.35	0	0.00	0	0.00
9	16	1.79	6	0.67	0	0.00	0	0.00
10	8	0.90	6	0.67	0	0.00	0	0.00
11	4	0.45	3	0.34	0	0.00	0	0.00
12	4	0.45	9	1.01	0	0.00	0	0.00
13	7	0.78	2	0.22	0	0.00	0	0.00
14	6	0.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00
15	2	0.22	0	0.00	0	0.00	0	0.00
NO DATO	224	25.11	217	24.33	768	86.10	222	24.89
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100.00</b>	<b>892</b>	<b>100.00</b>	<b>892</b>	<b>100.00</b>	<b>892</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

### Cuadro 8

Estado Civil relacionado con la edad de las Pacientes con diagnóstico de aborto

EDAD	CASA DA		SOLT ERA		UNIDA		VIUDA		DIVOR CIADA		NO DATO		TOTAL
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	
10 - 19	47	12.63	35	9.41	83	22.31	0	0.00	0	0.00	3	0.81	168
20 - 29	149	40.05	42	11.29	191	51.34	4	1.08	0	0.00	7	1.88	393
30 - 39	129	34.68	23	6.18	95	25.54	4	1.08	0	0.00	2	0.54	253
40 - 49	47	12.63	4	1.08	21	5.65	0	0.00	0	0.00	5	1.34	77
50 ó +	0	0.00	1	0.27	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1
TOTAL	372	100.00	105	28.23	390	104.84	8	2.15	0	0.00	17	4.57	892

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

### Cuadro 9

Alfabetismo relacionado con la edad de las Pacientes con diagnóstico de aborto

EDAD	ANALFABETA		ALFABETA		NO DATO		TOTAL
	FREC.	%	FREC	%	FREC.	%	
10 - 19	3	30.00	63	19.75	102	18.12	168
20 - 29	4	40.00	142	44.51	248	44.05	394
30 - 39	2	20.00	92	28.84	160	28.42	254
40 - 49	1	10.00	22	6.90	52	9.24	75
50 O MAS	0	0.00	0	0.00	1	0.18	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00</b>	<b>319</b>	<b>100.00</b>	<b>563</b>	<b>100.00</b>	<b>892</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 10**  
OCUPACION RELACIONADA CON LA EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	Agricultora		Ama de Casa		Comerciante		Estudiante		Profesional		Otro		No Dato		TOTAL
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	
10 - 19	0	0.00	28	17.18	2	15.38	8	53.33	0	0.00	129	18.53	1	50.00	168
20 - 29	1	50.00	81	49.69	4	30.77	5	33.33	0	0.00	304	43.68	0	0.00	395
30 - 39	1	50.00	44	26.99	7	53.85	2	13.33	1	100.00	196	28.16	1	50.00	252
40 - 49	0	0.00	10	6.13	0	0.00	0	0.00	0	0.00	66	9.48	0	0.00	76
50 O MAS	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.14	0	0.00	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>163</b>	<b>100.00</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>	<b>15</b>	<b>100.00</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>696</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>892</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**Cuadro 11**  
NUMERO DE GASTAS RELACIONADAS CON LA EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		TOTALL		
	FREC.	%	FRE C.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%			
10 - 19	98	58.7	36	31.0	4	3.5	0	0.0	1	1.8	0	0.0	1	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	140 16		
20 - 29	61	36.5	66	56.9	73	63.5	54	65.9	28	50.9	17	35.4	1	5.9	4	19.0	1	6.3	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	306 34		
30 - 39	8	4.8	12	10.3	33	28.7	26	31.7	20	36.4	28	58.3	12	70.6	14	66.7	7	43.8	5	62.5	1	25.0	3	75.0	1	14.3	0	0.0	150.0 171 19		
40 - 49	0	0.0	2	1.7	5	4.3	2	2.4	6	10.9	3	6.3	3	17.6	3	14.3	8	50.0	3	37.5	2	50.0	1	25.0	6	85.7	5	83.3	150.0 50 6		
50 ó +	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	10.0 0 0		
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>	<b>116</b>	<b>100.0</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>	<b>668</b>

75

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

## **Cuadro 12**

### NUMERO DE PARTOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

	NUMERO DE PARTOS																													
EDAD	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		TOTAL	
	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%	FRE C.	%		
10 - 19	108	54.3	28	22.0	3	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	###	16		
20 - 29	77	38.7	80	63.0	62	60.2	49	60.5	20	42.6	13	32.5	0	0.0	4	17.4	1	8.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	307	34		
30 - 39	13	6.5	17	###	34	33.0	27	33.3	24	###	24	60.0	13	76.5	11	47.8	7	58.3	2	33.3	1	16.7	1	33.3	2	22.2	0	0.0	###	20
40 - 49	1	0.5	2	1.6	4	3.9	5	6.2	3	6.0	3	7.5	4	23.5	8	34.8	4	33.3	3	50.0	5	83.3	2	66.7	6	66.7	2	###	52	6
50 o +	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	###	0	0.0	1	0
TOTAL	199	####	127	###	103	####	81	####	47	###	40	####	17	####	23	####	12	####	6	####	6	####	3	##	9	####	2	####	675	76

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.



Cuadro 13

NUMERO DE ABORTOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LAS APACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	NUMERO DE ABORTOS											
	1		2		3		6		7		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
10-19	6	6.52	2	8.70	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	0.90
20 - 29	42	45.65	5	21.74	2	33.33	0	0.00	0	0.00	49	5.49
30 - 39	33	35.87	10	43.48	3	50.00	0	0.00	1	100.00	47	5.27
40 - 49	10	10.87	6	26.09	1	16.67	2	100.00	0	0.00	19	2.13
50 ó +	1	1.09	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.11
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	100.00	<b>23</b>	100.00	<b>6</b>	100.00	<b>2</b>	100.00	<b>1</b>	100.00	<b>124</b>	13.90

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

### Cuadro 14

NUMERO DE CESAREAS RELACIONADAS CON LA EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD	NUMERO DE CESAREAS								TOTAL			
	0		1		2		3					
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%				
10 -	136	21.42	4	16.67	0	0.00	0	0.00	140	15.70		
20 - 29	288	45.35	10	41.67	3	37.50	3	100.00	304	34.08		
30 - 39	163	25.67	8	33.33	4	50.00	0	0.00	175	19.62		
40 - 49	47	7.40	2	8.33	1	12.50	0	0.00	50	5.60		
50 o MAS	1	0.16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.11		
TOTAL	635	100.00	24	100.00	8	100.00	3	100.00	670	75.11		

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

### Cuadro 15

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO

EDAD GESTA.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FECUN. A 2DA. SEM	4	0.45
3ERA. A 7MA. SEM	94	10.54
8VA. A 27VA. SEM	595	66.7
NO DATO	199	22.31
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

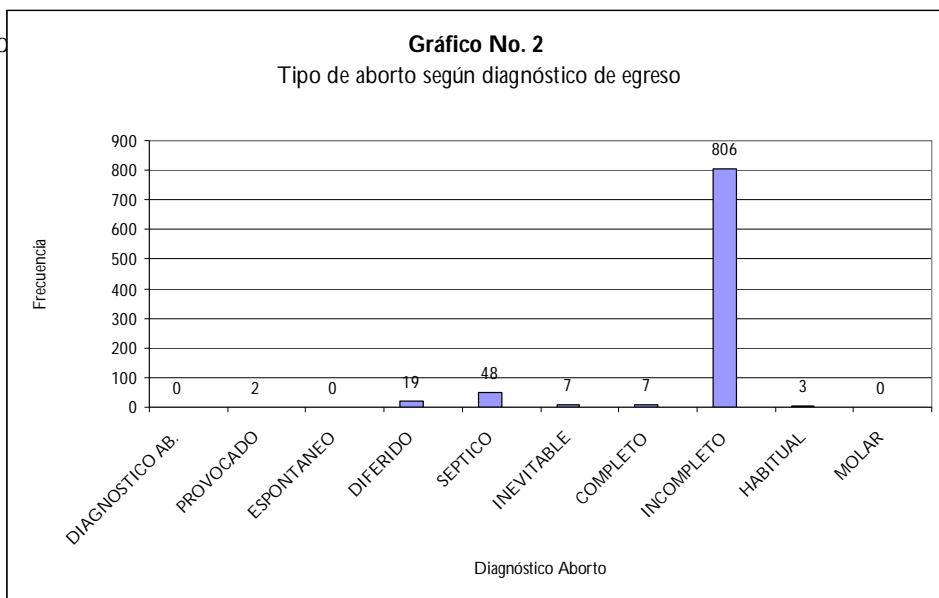


**CUADRO 16**  
TIPO DE ABORTO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE EGRESO

DIAGNOSTICO AB.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVOCADO	2	0.22
ESPONTANEO	0	0.00
DIFERIDO	19	2.13
SEPTICO	48	5.39
INEVITABLE	7	0.78
COMPLETO	7	0.78
INCOMPLETO	806	90.36
HABITUAL	3	0.34
MOLAR	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

Fuente: Dato



**CUADRO 17**  
ESTANCIA HOSPITALARIA RELACIONADA CON EL TIPO DE ABORTO

<b>TIPO DE</b>	ESTANCIA HOSPITALARIA ( No. DE DIAS)														<b>TOTAL</b>					
	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>5</b>		<b>7</b>		<b>8</b>		<b>9</b>		<b>11</b>			
<b>ABORTO</b>	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
COMPLETO	4	0.74	1	0.47	0	0.00	1	2.50	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.67
DIFERIDO	15	2.78	3	1.40	0	0.00	1	2.50	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	2.13
HABITUAL	1	0.19	2	0.93	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.34
INCOMPLETO	503	93.32	194	90.23	59	88.06	30	75.00	14	63.64	2	100.0	2	66.67	0	0.00	1	100.0	805	90.45
INEVITABLE	3	0.56	1	0.47	1	1.49	0	0.00	2	9.09	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	0.79
PROVOCADO	1	0.19	1	0.47	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.22
SEPTICO	12	2.23	13	6.05	7	10.45	8	20.00	6	27.27	0	0.00	1	33.33	1	100.0	0	0.00	48	5.39
<b>TOTAL</b>	<b>539</b>	<b>100.0</b>	<b>215</b>	<b>100.0</b>	<b>67</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>	<b>3</b>	<b>100.0</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>	<b>890</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 18**  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADMINISTRADO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO

	TRAMIENTO FARMACOLOGICO					
	ANTIBIOTICOS	REP. LIQ/ELEC	TRANSFUSIONES	ANALGESICOS	SEDANTES	FENOBARBITAL
<b>FRECUENCIA</b>	299	892	11	251	892	40
<b>PORCENTAJE</b>	33.52	100.00	1.23	28.14	100.00	4.48

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

**CUADRO 19**  
**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROPORCIONADO A LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO**

TIPO DE ABORTO	TRATAMIENTO QUIRURGICO					
	L.I.U.		AMEU		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
COMPLETO	7	0.78	0	0.00	7	0.78
DIFERIDO	19	2.13	0	0.00	19	2.13
HABITUAL	3	0.34	0	0.00	3	0.34
INCOMPLETO	806	90.36	0	0.00	806	90.36
INEVITABLE	7	0.78	0	0.00	7	0.78
PROVOCADO	2	0.22	0	0.00	2	0.22
SEPTICO	48	5.38	0	0.00	48	5.38
<b>TOTAL</b>	<b>892</b>	100.00	<b>0</b>	0.00	<b>892</b>	100.00

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.



**CUADRO 20**  
**COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL TIPO DE ABORTO**

TIPO DE ABORTO	COMPLICACIONES					
	NO		SI		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
COMPLETO	7	0.79	0	0.00	7	0.78
DIFERIDO	19	2.13	0	0.00	19	2.13
HABITUAL	3	0.34	0	0.00	3	0.34
INCOMPLETO	805	90.35	1	100.00	805	90.25
INEVITABLE	7	0.79	0	0.00	7	0.78
PROVOCADO	2	0.22	0	0.00	2	0.22
SEPTICO	48	5.39	0	0.00	48	5.38
<b>TOTAL</b>	<b>891</b>	100.00	<b>1</b>	100.00	<b>892</b>	100.00

FUENTE: EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA DE LOS AÑOS 1999, 2000 Y 2001.

## ANALISIS Y DISCUSION

En el Hospital Modular de Chiquimula ingresaron en el año 1999 439 casos ; la tasa de incidencia fue de 41 abortos por 1000 nacidos vivos, en el año 2000 sólo se tienen registrados 188 casos de aborto, los cuales ocurrieron en ocho meses ya que no se cuenta con la información de los cuatro meses restantes por lo que es posible deducir la disminución de la tasa a 18 abortos por 1000 nacidos vivos, y durante el año 2001 ésta fue de 24 con un total de casos de 265.

Mejorar programas de planificación familiar el dispersar más métodos anticonceptivos, hacerlos más fáciles de obtener y ofrecer mayor información y orientación ayudaría a muchas mujeres y hombres a usar la anticoncepción y por ende ayudaría a reducir las tasas de aborto en este departamento. ( Cuadro y gráfica 1)

En cuanto a la edad , la menor fue de 13 años y la mayor de 50 años. La mayoría de abortos está comprendida entre las edades de 20 a 39 años siendo considerado este rango de edades como mujeres en edad reproductiva, sin embargo es alta la incidencia de embarazos en pacientes de más de 40 años.

Según la literatura, la edad materna influye en la frecuencia del aborto, aumentando ésta de un 12% en menores de 12 años a un 26% en mayores de 40 años. ( 8 , 30)

Por lo tanto se considera que no hay relación con los datos encontrados. (Cuadro 2)

El estado civil que presenta un mayor porcentaje de aborto es el de las unidas y las casadas con un 41 y 44% respectivamente a pesar de la convivencia conyugal y el apoyo que existe para este grupo.

Es de hacer notar que las mujeres solteras también presentaron un alto índice de aborto.

Independientemente del tipo de aborto, se concluye que esta problemática afecta y continúa sucediendo en todos los estratos civiles.(Cuadro 4)

La ausencia de datos con respecto al alfabetismo de las pacientes con diagnóstico de aborto es bastante alto como para determinar o concluir en este cuadro. (Cuadro 4)

En cuanto a la ocupación de las pacientes con diagnóstico de aborto el mayor porcentaje se encuentra en mujeres que se registró ser amas de casa; pero existe un 78.02% del total cuya ocupación es dedicarse a oficios domésticos. Esto sugiere que la problemática del aborto agrede mayormente a estratos laborales y económicos de bajo nivel. (Cuadro 5)

La gran mayoría de pacientes con diagnóstico de aborto residen en la cabecera departamental y en el municipio de Esquipulas; ambas regiones cuentan con el mayor número de población en edad fértil a nivel del departamento de Chiquimula. (19)

La distancia y la falta de acceso repercute en la poca afluencia de pacientes de municipios alejados a la atención del tercer nivel. (Cuadro 6)

En cuanto a los eventos reproductivos, para 167 pacientes (18.72%) del total, el presente aborto correspondía a su primer embarazo, y para 92 (10.31%) del total , su primer aborto. 124 pacientes /14%) del total tenía antecedentes de abortos previos.

Se ha demostrado que a largo plazo en diferentes épocas, en muchos países y en distintas culturas ; aumentar el uso de anticonceptivos puede reducir , y suele reducir la incidencia de aborto. (Cuadro 7)

En relación al estado civil con la edad de las pacientes con diagnóstico de aborto, en donde el mayor porcentaje de mujeres con esta problemática se encuentra en el rango de 20 a 29 años y se resalta de nuevo como lo visto en el cuadro no. 3 que son las pacientes con estados civiles casadas y unidas las más afectadas , independientemente del tipo de aborto que hayan tenido. (Cuadro 8)

La ausencia de datos con respecto a la relación del alfabetismo con la edad de las pacientes con diagnóstico de aborto es muy alto como para determinar y/o concluir en este cuadro. (Cuadro 9)

Respecto a la relación entre la ocupación de las pacientes con diagnóstico de aborto y la edad se pone de manifiesto que el problema del aborto no incide con gravedad en las ocupaciones profesional, estudiante y comerciante; sino en grupos carentes de educación y condiciones socioeconómicas desfavorables, ya que el grupo más afectado pertenece a pacientes quienes se dedican a realizar oficios domésticos con un porcentaje de 78.02.

(Cuadro 10)

En relación con el número de gestas y la edad de las pacientes con diagnóstico de aborto se pudo establecer que el grupo con mayor número de gestas está comprendido entre los 20 a 29 años de edad , representando un 34.3 %.

Se ha relacionado que a mayor número de gestas hay más probabilidad que fisiológicamente la madre no se adapte al nuevo embarazo y por lo tanto culmina en aborto. Las mujeres que han tenido varios embarazos han sufrido un mayor desgaste físico y nutricional y con cada nuevo embarazo se expone a nuevos riesgos de salud.

(Cuadro 11)

La relación del número de partos con la edad de las pacientes con diagnóstico de aborto se puede observar que 199 de ellas, de un total de 675 en quienes se encontró este dato no habían tenido ningún parto y el 54.3 % de ellas se encuentra entre las edades de 10 a 19 años siendo el grupo mayormente afectado.

Estudios han revelado que las madres están en mayor riesgo cuando son adolescentes siendo esta una edad temprana en donde están menos preparadas biológica, emocional y económica para enfrentar la maternidad y el cuidado de un recién nacido.

(Cuadro 12)

Nuevamente el rango de edad que está mayormente afectado fue el comprendido entre 20 y 29 años y el de 30 a 39 años de edad con 5.49 y 5.27 % respectivamente.

La mujer que experimenta aborto presenta un alto riesgo de volver a embarazarse sin planearlo, de aquí la importancia de la planificación familiar para ella. (Cuadro 13)

En cuanto al número de cesáreas relacionado con la edad , el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de aborto no habían tenido ninguna cesárea, sólo 24 de ellas tenían un antecedente . (Cuadro 14)

En este cuadro se puede observar que la edad gestacional en la que se presentaron más frecuentemente los abortos fue de la octava a la vigesimoséptima semana, con ello podemos decir que 2 de cada 3 abortos ocurren en el período fetal. Según la literatura más del 80% de los abortos ocurren antes de la doce semana de gestación. (8)

(Cuadro 15)

Llama la atención que sólo se tiene documentados dos abortos provocados y el resto aparentemente son no provocados; esto probablemente se debe a que cientos de mujeres se someten a abortos clandestinos , que por la ilegalidad de la práctica conllevan a serios riesgos a la salud de la mujer.

La incidencia de aborto séptico es alta , probablemente a que la paciente niega manipulación o no se hacen las pesquisas necesarias para demostrar lo contrario, sumado a ello el tiempo prolongado de consultar tempranamente para una atención hospitalaria o por el difícil acceso al servicio de salud. ( Cuadro 16 y gráfica 2)

El 99% de las pacientes con diagnóstico de aborto recibió atención hospitalaria por un día o más y el 0.1 lo hizo por 7 y 12 horas.

El aborto complicado o no tiene un impacto considerable respecto al tiempo de estancia hospitalaria así como en la utilización de recursos hospitalarios y representa una carga financiera para los servicios de salud de cualquier país. (16)

Las pacientes con diagnóstico séptico que representan el 5.39% permanecieron la mayoría dos o más días.

En el Hospital Modular de Chiquimula para el tratamiento de las pacientes con aborto hasta la fecha se utiliza Legrado Instrumental Uterino (L.I.U.) por lo cual se prolonga la estancia hospitalaria. (Cuadro 17)

Del total de pacientes en el estudios al 100% se les brindó tratamiento con reposición de líquidos y electrolitos así como también sedantes . Se les administró antibioticoterapia a 299 pacientes , siendo solamente 48 abortos sépticos diagnosticados, en donde las pacientes restantes no ameritaban dicho tratamiento , esto por la discrepancia entre criterios médicos.

A pesar de que el L.I.U. suele efectuarse bajo anestesia general sólo un 28.14% de las pacientes recibió medicamentos para el manejo del dolor.

En los lugares en que la mujer recibe o no medicamentos para el manejo del dolor, el brindarle la información y apoyo verbal necesario antes del tratamiento así como después del mismo, ya sea que se utilice L.I.U. o AMEU ; constituye una estrategia y herramienta de especial importancia para manejar el dolor , ya que el miedo y la ansiedad experimentada puede aumentar la sensación de dolor. (Cuadro 18)

Aunque se tienen reportados 7 casos de aborto completo, el tratamiento que se le dio al 100% de las pacientes con diagnóstico de aborto fue la técnica de Legrado Instrumental Uterino (L.I.U.). En el hospital de Chiquimula aún no se utiliza el método AMEU.

Basándonos en otros estudios, se asume que comparando el L.I.U. con el método AMEU con anestesia local ofrece ventajas como reducir el costo de la atención post-aborto, el tiempo de estancia hospitalaria y disminuye el riesgo de que ocurran complicaciones durante el tratamiento. (Cuadro 19)

Del total de expedientes revisados solamente se registró un caso ( aborto incompleto) con complicaciones, siendo éstas rasgadura y perforación y el tratamiento brindado a esta paciente luego que no poder terminar el L.I.U. se llevó a sala de operaciones realizándole Histerectomía abdominal total conservando anexos más colostomía , esto por la severidad del caso.

Es importante registrar los abortos provocados que por su condición de realizarlos clandestinamente , hace que no aparezcan en las estadísticas por las implicaciones legales, ya que son una causa importantísima de morbimortalidad materna y por la ilegalidad que este conlleva son practicados por personas no capacitadas y en condiciones ilícitas, inseguras y muy peligrosas. (Cuadro 20)

## VIII. CONCLUSIONES

1. La incidencia de aborto en el Hospital Modular de Chiquimula para el año 1999 fue de 41, para el 2000 de 18 y para el 2001 de 24 por 1000 nacidos vivos.
2. Las edades de mujeres con diagnóstico de aborto oscilaron entre 13 y 50 años de edad; siendo el grupo más afectado el comprendido entre 20 y 29 años.
3. El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de aborto provenía de la cabecera departamental y del municipio de Esquipulas; más de la mitad de las pacientes se encontró que vivía en unión conjugal y el grupo etáreo con mayor número en este estudio siendo las de 20 a 29 años (78.02%) se registró que trabajaban como empleadas domésticas.
4. En cuanto a los eventos reproductivos el 18% de las pacientes con diagnóstico de aborto fueron primigestas; el 14 % tenía antecedente de aborto previo.
5. Se registró que la edad fetal fue en donde con mayor frecuencia ocurrieron los abortos.
6. El tipo de aborto más frecuente según el diagnóstico de egreso fue el aborto incompleto representando el 90.36%
7. El tiempo de estancia hospitalaria osciló entre 1 y 11 días , sólo dos casos permanecieron por menos de 24 horas, reportándose un caso de egreso contraindicado.
8. Al 100% de las paciente se les dio tratamiento con reposición de líquidos y electrolitos y sedantes. Sólo un 28% recibió medicamentos para el manejo del dolor.

9. De acuerdo a los expedientes consultados al total de las pacientes se les practicó Legrado Instrumental Uterino (L.I.U.)
10. Se registraron dos complicaciones pertenecientes a la misma paciente, la cual terminó en sala de operaciones debido a la severidad del caso, realizándole laparotomía exploradora en donde se hizo histerectomía abdominal total además de una colostomía.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Promover la realización de estudios de Investigación sobre el aborto; ya que dicho tema en nuestro país ha sido pobemente abordado.
2. Difundir campañas de prevención del aborto para evitar embarazos no deseados y así minimizar las causas.
3. Establecer servicios de orientación sobre Planificación Familiar post- aborto y así incrementar el acceso a éstos en el Hospital Modular de Chiquimula.
4. Reconocer y manejar apropiadamente el impacto en la salud de abortos riesgosos, reduciéndolos a través de la expansión y mejoramiento de los métodos de Planificación Familiar.
5. Implementar un mejor plan educacional en donde se informe, eduje y asesore sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva y la paternidad responsable.
6. Capacitar a médicos, enfermeras y personal se registro de datos para que éstos mismos que se brinden en los expedientes sean confiables.
7. Aprobar un modelo de atención del aborto que incluya el uso preferencial de Legrado por Aspiración Manual Endouterina (A.M.E.U.) a fin de reducir la estancia hospitalaria y el alto costo hospitalario.

## X. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo retrospectivo se realizó para caracterizar el aborto en el Hospital Modular de Chiquimula. Se consultaron 892 expedientes en total del Departamento de Gineco-Obstetricia de los años 1999, 2000 y 2001 de los once municipios de Chiquimula, anotando la información de interés en una boleta de recolección de datos.

Los objetivos a investigar fueron cuantificar la incidencia de aborto, identificar características sociodemográficas, antecedentes obstétricos investigar la frecuencia de: la edad gestacional, tipo de aborto, estancia hospitalaria, tratamiento farmacológico-quirúrgico, complicaciones y tratamiento de éstas.

La incidencia de aborto en este Departamento de Guatemala es alta. El grupo etáreo en el que mayor número de casos se registró fue de 20 a 29 años y el 48% provenía de la cabecera departamental y Esquipulas. La ocupación más frecuente fue ama de casa, aunque se registró un mayor porcentaje de pacientes que se dedican a oficios domésticos.

El aborto incompleto fue el más frecuente. En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria el mayor porcentaje de pacientes estuvo dos días. El tratamiento farmacológico brindado a estas 892 pacientes fue en el 100% reponerles líquidos y electrolitos y sedantes; sólo a la cuarta parte se le dio tratamiento para el manejo del dolor.

El tratamiento quirúrgico que en este hospital se les dio al 100% de las pacientes fue realizarles Legrado Instrumental Uterino y dentro de las complicaciones se registraron dos de una misma paciente.

Se recomienda organizar un Servicio especial del personal de Planificación Familiar hospitalario para que se presten los servicios y orientación y así lograr la aceptación de anticoncepción en pacientes post- aborto, así como también establecer una norma para tratar a estas pacientes implementando la Aspiración Manual Endouterina (A.M.E.U.) bajo anestesia local para reemplazar el Legrado Instrumental Uterino (L.I.U.) bajo anestesia general con el fin de reducir el costo, tiempo y riesgo de sufrir complicaciones.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

8. Abortion  
<http://www.wek.net/wlfl/Spanish/abortion.html>
9. Aborto Recurrente  
[http://www.escuela.med.pue.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altorie./aborto\\_recurrente.htm](http://www.escuela.med.pue.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altorie./aborto_recurrente.htm)
10. Benson J. Et al Mejoramiento de calidad y reducción de costos en un modelo integrado de atención post-aborto; resultados preliminares. Ciudad de Guatemala:1998. 13p. ( trabajo No. 16)
11. Barnett B. Et al Mejores servicios pueden reducir riesgos de aborto. Network en Esp 2000. vol 20 (3):16-18p.
12. Cascante, E. Et al Morbilidad materna en centro américa: el aborto. Revcog 1995 vol 5 (1) 8-12.
13. Código Penal. Decreto 17-73 y sus reformas incluídas del Congreso de la república de Guatemala. 1973. 99.
14. Conferencia regional sobre Programas de post-aborto en América latina. 1er. 2001 Guatemala. El papel de la OMS en el desarrollo de estándares e investigación para mejorar la atención post-aborto., ciudad de Guatemala. 47p.
15. Cunningham F. Et al Williams Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires. Interamericana.1998.1352p.
16. De Cherney, A. Et al Diagnóstico y tratamiento ginocobstétrico. 8va. Ed., México, D.F. El manual moderno. 1997. 373-381p.
17. El Aborto  
<http://www.monografias.com/trabajos/abortion/abortion4.shtml>

18. Farfán, B. Et al Información y consejería en planificación familiar post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de centro América. Revista Centroamericana de ginecología y obstetricia. Guatemala.1997. mayo-agosto. 7 (2): 46-56.
19. Figueroa A. Salud reproductiva , reflexiones de la conferencia Internacional sobre población y desarrollo y la cuarta conferencia mundial de la mujer. Revcog 1997 vol 7 (3) 68-73.
20. Figueroa W. Et al Guatemala, Resource Utilización study of Reproductive and postabortion care. Ciudad de Guatemala. Population Council.2001.14p.
21. Frederickson H., L. Wilkins-Hang. Secretos de la Ginecobstetricia; preguntas que debe responder . 2da. Ed. Philadelphia. Interamericana 1999. 443p.
22. Garcia Romero, H. Et al Aceptación o rechazo del aborto por motivos maternos. Encuesta en 3021 empleados del gobierno federal. RevGObs.Mex. 2000 Marz. Vol 68 (1):198-203.
23. Grajales L. Et al . El costo estimado del aborto en la maternidad María Cantera de Remón. 1990 Revcog. 1997 vol 7 (1)33-37.
24. Gutiérrez, M. Et al. Pérdida gestacional recurrente ¿un problema multifactorial?. RevGinObs Mex. 1999 abr. 67 (1):158-163p.
25. Huntington, D. Meeting Women`s health care needs after abortion. Washington: Population Council, 2000. 15p.
26. Indicadores básicos de salud. Memoria anual. Area de salud, Chiquimula, 2001.
27. Instituto Nacional de estadística de Guatemala. Encuesta nacional de salud materno infantil 1998-99. Guatemala 1998-99. pag. 97-103.
28. Klebanof, M. Et al. Aborto. Revcog. 1998 vol 8 (1) :69p.

29. Konge, J. C. et al. Health and economic consequences of septic induced abortion. JgyObs. 1992. Mar.; 37(3): 193-197.
30. Leonard, A.H. Ladipo, O.A. Post-abortion family planning; Factors in individual choice of contraceptive methods. 1994; 4(2): 1-4.
31. López, R. El aborto como problema de salud pública. México DF; Langer, 1994. 85-90p.
32. Mesa Redonda. 1ra.1995. Universidad de Chile. Precisiones sobre el aborto. Santiago de Chile. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.1995;60(5): 318-327
33. Ness, R. et al. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. Medline. 1999.Feb.346(5): 333-339.
- 27.Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud de las Américas. Indicadores Básicos.1998.
- 28.Ortiz,J. La dimensión ética de la atención a mujeres con aborto . . . México DF.1998.13p.
- 29.Pacheco Cajón, Otto Fernando. Caracterización epidemiológica del aborto en el hospital modular de Chiquimula. Tesis.(Médico y . . . Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. . . Guatemala. 2001, 60p.
30. Population Reports. El tratamiento de las complicaciones post-aborto; una intervención para salvar la vida de la mujer. Baltimore . . . Maryland.1997.31p.
31. Posada,C. El aborto: Debate social,legal y judicial en Colombia. . . RevMujsal 1997. Jul-ag.31(3):3-5.
34. Schieber.B., Barrillas E. Estimación de la inversiones públicas en Programas de salud de la mujer. Ciudad de Guatemala.GSD 1999.20p.

33. Shchwarz.R. et. Al. Obstetricia. 5ta. Ed. Buenos Aires. . . . .  
Panamericana 1995-175p.
34. Vanegas, R. Toponimia de Chiquimula. Guatemala: . . . . .  
Cholsamaj.1997.252p.
35. Velasco. Murillo.V. et.al. Mortalidad materna por aborto. RevMed . .  
IMSS. 1999. Vol 37 (1):73-79.

## XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SANCARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE  
LAS CIENCIAS DE LA SALUD-CICS-/ UNIDAD DE TESIS

RESPONSABLE-----

“CARATERIZACION EPIDEMIOLÓGICA DEL ABORTO EN  
GUATEMALA”

Boleta de recolección de datos

No. De Registro hospitalario \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Fecha de atención \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS

2. GRUPO ÉTNICO \_\_\_\_\_

3. ESTADO CIVIL:

CASADA

SOLTERA

UNIDA

DIVORCIADA

VIUDA

4. RELIGIÓN:

CATÓLICA

EVANGÉLICA

TESTIGO DE JEHOVÁ

MORMONA

OTRAS: \_\_\_\_\_

5. ULTIMO AÑO DE ESCOLARIDAD APROBADO

No. DE AÑOS EN PRIMARIA \_\_\_\_\_

No. DE AÑOS EN SECUNDARIA \_\_\_\_\_

NUMERO DE AÑOS EN UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

ANALFABETA \_\_\_\_\_

ALFABETA \_\_\_\_\_

6. OCUPACIÓN:

AMA DE CASA

ESTUDIANTE

AGRICULTORA

PROFESIONAL

COMERCIANTE

OTRO : \_\_\_\_\_

7. MUNICIPIO DE PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

35. NO. DE GESTAS \_\_\_\_\_

36. No. DE PARTOS \_\_\_\_\_

37. No. DE ABORTOS \_\_\_\_\_

38. No. DE CESAREAS \_\_\_\_\_

39. No. DE HIJOS NACIDOS VIVOS \_\_\_\_\_

40. No. DE HIJOS NACIDOS MUERTOS \_\_\_\_\_

ABORTO

41. EDAD GESTACIONAL \_\_\_\_\_ - SEMANAS

42. TIPO DE ABORTO:

PROVOCADO

ESPONTÁNEO

DIFERIDO

SÉPTICO

INEVITABLE

COMPLEO

INCOMPLETO

HABITUAL

MOLAR

43. ESTANCIA HOSPITALARIA

No. DIAS \_\_\_\_\_  
No. HORAS \_\_\_\_\_

44. TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO: ANTIBIÓTICOS  
REPOSICIÓN DE LIQ. Y ELECTROLITOS  
TRANSFUSIONES  
ANALGÉSICOS  
SEDANTES  
FENOBARBITAL

QUIRÚRGICO

LEGRADO

L.I.U.

AMEU

45. HUBO COMPLICACIONES?

SI

NO

19. COMPLICACIONES DEL ABORTO REGISTRADAS

RASGADURA  
PERFORACIÓN  
ENDOMETRITIS  
SALPINGOOFORITIS  
PERITONITIS  
SEPTICEMIA  
SHOCK SÉPTICO  
NO DATO

20. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

LAPAROTOMÍA  
CORRECCION DE PERFORACIÓN  
SUTURA DE LA RASGADURA  
OTROS :

CUALES \_\_\_\_\_

21. OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_

