

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ÉXITO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCION POST ABORTO**  
**HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA**  
**NOVIEMBRE 2001 A NOVIEMBRE 2002**



**Tesis**

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

**Por**

**SILVIA ESTELA LIUTI BROLO**

En el acto de su investidura de:

**MEDICA Y CIRUJANA**

Guatemala, Marzo del 2003

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ÉXITO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCION POST ABORTO  
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA  
NOVIEMBRE 2001 A NOVIEMBRE 2002**



**SILVIA ESTELA LIUTI BROLO**

**MEDICA Y CIRUJANA**

Guatemala, Marzo del 2003

## INDICE

|                                               | <b>Pág. No.</b> |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| I. INTRODUCCIÓN.....                          | 01              |
| II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA .....  | 03              |
| III. JUSTIFICACIÓN.....                       | 05              |
| IV. OBJETIVOS.....                            | 09              |
| V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....                | 11              |
| VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....                 | 25              |
| VII. PRESENTACIÓN DE ESULTADOS.....           | 31              |
| VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 35              |
| IX. CONCLUSIONES.....                         | 39              |
| X. RECOMENDACIONES.....                       | 41              |
| XI. RESUMEN.....                              | 43              |
| XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....          | 45              |
| XIII. ANEXOS.....                             | 51              |

## **I. INTRODUCCIÓN**

El aborto ha sido reconocido como un problema de salud pública y uno de los más relevantes dentro del contexto de la salud materna, principalmente dentro de los países en desarrollo como Guatemala. Se le atribuye un alto porcentaje de la mortalidad y morbilidad materna; Sacatepéquez tiene una tasa de aborto de 56 por 1000 nacidos vivos y de estos el 81% son abortos incompletos. (8, 11, 17, 25).

El presente es un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, basado en los datos recolectados y analizados de 315 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación que ingresaron al departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, Sacatepéquez; con el objetivo de evaluar el éxito de la aplicación del programa de atención post aborto, durante el periodo comprendido entre noviembre 2001 a noviembre 2002.

El programa de atención post aborto dentro del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala se implementó en noviembre del 2001 y se aplicó en un 55% de las pacientes ingresadas al servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación consiguiendo solamente el 16.6% de aceptación de un método de planificación familiar.

Los resultados obtenidos señalan que el 18.4% de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación fue resuelto por Aspiración Manual Endouterina (AMUE) y el 81.6% por Legrado Instrumental Uterino (LIU).

La técnica de Aspiración Manual Endouterina permitió dar consejería al 100% de los casos tratados por la misma con un 47% de aceptación para métodos de planificación familiar, siendo el más aceptado el inyectable con un 37%; y las pacientes tratadas por Legrado Instrumental Uterino también, el 100% recibió consejería, con la diferencia de que menos del 1% aceptó un método de planificación familiar.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El aborto es una de las emergencias más frecuentes de la obstetricia. En la mayoría de los hospitales de países en vías de desarrollo, es la segunda causa de ingreso hospitalario, después del parto. Según informa el departamento de estadísticas del Hospital Nacional Pedro de Bathancourt su tasa de abortos es de 56 por 1000 nacidos vivos, y de estos abortos el 82% son incompletos. (8, 11, 17,25).

De los diferentes tipos de abortos que hay se enfocará en el aborto incompleto, por ser el más frecuente. El aborto incompleto, es aquel en el cual quedan restos placentarios retenidos en la cavidad uterina, los cuales si no se extraen pueden causar una hemorragia tan masiva como para provocar una hipovolémia profunda. (1, 2, 13).

Por ello a pesar de mucho tiempo de descuido a nivel mundial, en México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) para mejorar la atención del aborto y complicaciones post aborto, en 1992 inició el primer programa de atención post aborto, el cual comprende tres elementos:

1. Tratamiento de urgencia para complicaciones médicas derivadas de un aborto incompleto espontáneo o inducido.
2. Consejería y referencia a los servicios de planificación familiar post aborto.
3. Vínculos con otros servicios de salud reproductiva (7,21).

Este programa se implementó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en el año 2001 sin embargo durante este periodo no se han realizado estudios que determinen el éxito o fracaso de la aplicación del programa de atención post aborto.

Dentro del tratamiento de urgencia por aborto, los dos procedimientos más utilizados son el legrado uterino instrumental y la aspiración por vacío. (11).

El programa de atención post aborto recomienda la aspiración uterina ya que no solo, es una técnica menos costosa, con menos dolor post operatorio y menor pérdida sanguínea, si no también permite una interrelación médico paciente durante el procedimiento durante el cual se puede dar consejería a las pacientes, que es de suma importancia ya que el aborto tiene consecuencias tanto físicas como psicológicas en la paciente. (4,11).

La integración de tratamientos de emergencia de post aborto con otros servicios de salud reproductiva a sido reconocida, a nivel internacional como un paso fundamental para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas originadas por abortos espontáneos o peligrosamente inducidos. (3).

### III. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna en Guatemala es una de las más altas en Latino América, a pesar de que no es fácil medir la tasa de mortalidad, los cálculos recientes muestran una tasa de mortalidad materna es de 153 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (Línea Basal, MSP 2002). (34).

Se estima que a nivel mundial se producen de 40 a 60 millones de abortos al año y aproximadamente 20 millones son atendidos en malas condiciones, causando en algunos casos la muerte de las madres, que según la Organización Panamericana de la Salud –OPS- Guatemala tiene una tasa de defunción por aborto del 10.5 por 100,000 nacidos vivos. La mayoría de estas muertas son evitables, incluso aquellas relacionadas con los procesos de infección causados por abortos en condiciones de riesgo y mejorar esto es lo que busca el programa de atención post aborto entre otros elementos. (17, 21,34).

Según informa el departamento de estadísticas del Hospital Nacional Pedro de Bathancourt su tasa de abortos es de 56 por 1000 nacidos vivos, y de estos abortos el 82% se clasifican como incompletos.

Además, Guatemala tiene una de las tasas más bajas de uso de anticonceptivos modernos en Latino América (21% entre todas las mujeres). El 23% de las mujeres casadas o con pareja, no utiliza métodos anticonceptivos. La principal razón para no utilizar un método anticonceptivo moderno es la falta de conocimiento del tema. El uso de anticonceptivos varía considerablemente por grupo étnico, con prevalencia más baja (13%) de utilización entre la población maya. Esto es un factor de riesgo tanto para embarazos indeseados o embarazos con un periodo

intergenésico demasiado corto que puede ser causa de abortos repetitivos. (34).

Los documentos oficiales, tanto de la conferencia internacional sobre población y desarrollo de 1994 (ICPD) como los de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de 1995 (FWCW), manifiestan que los gobiernos deben “proporcionar servicios seguros de maternidad como parte del cuidado integral de la reproducción dentro de un contexto de atención primaria de la salud... Los programas de maternidad segura, salud de madre y niño, y planificación familiar deben incluir: Calidad de atención de las emergencias obstétricas, incluyendo servicios de referencia para complicaciones del embarazo, parto y aborto; consejería, información y servicios de planificación familiar que incluyan información y servicios en la etapa del post aborto...; etc.” (3).

Sin embargo recién ahora se comienza a considerar cuestiones prácticas sobre como integrar el tratamiento de emergencia post aborto con otros servicios, tales como la planificación familiar; si los servicios deben ser ofrecidos in situ o a través de referencias; así como la preferencia del cliente y del proveedor, y las implicaciones que esta integración supone en cuanto a recursos. (3).

Cabe mencionar que el programa de atención post aborto no pretende cambiar solamente la técnica de legrado instrumental por la aspiración uterina, sino modificar conjuntamente los protocolos de control de dolor, practicas de prevención de infecciones, e información proporcionada por consejería a las pacientes. (3,34).

En el Hospital Nacional Pedro de Bathancourt se implementó el programa de atención post aborto en el año 2001 y durante este periodo no se han realizado estudios que determinen el éxito de la aplicación del

programa de atención post aborto, por lo que se considera importante realizar un análisis de la aplicación de dicho programa para determinar su éxito o fracaso así como las causas del mismo.



#### **IV. OBJETIVOS**

##### **GENERALES**

1. Evaluar el éxito que ha tenido la aplicación del programa de atención post aborto en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala.

##### **ESPECÍFICOS**

1. Identificar la aplicación del programa de atención post aborto (APA) dentro del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.
2. Identificar que técnica de evacuación uterina fue más utilizada y bajo que anestesia se realizó.



## **V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **A. ABORTO**

#### **1. Definición**

Se define como aborto a la pérdida del embarazo antes de que el feto sea viable (menor de 20 semanas de gestación o con peso menor a 500gr). (1, 2, 13).

#### **2. Clasificación**

Dentro del aborto encontramos dos grandes grupos:

- a. El aborto espontáneo, el cual se produce sin intervención de circunstancias artificiales en la evolución de la gestación.
- b. El aborto provocado, que es el inducido premeditadamente. (17, 25, 26).

El aborto espontáneo se divide en cinco subgrupos:

- a. Amenaza de aborto: Se refiere a cualquier tipo de flujo sanguinolento o sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo asociado en la mayoría de los casos a dolor suprapúbico.
- b. Inminente: Es aquel en el que se presenta rotura macroscópica de las membranas ovulares en presencia de dilatación cervical.
- c. Incompleto: Cuando la placenta o parte de ella queda retenida dentro del útero y tarde o temprana aparece hemorragia, que puede ser tan masiva como para provocar hipovolémia.

- d. Frustrado: Se da cuando el huevo muere in útero y no es expulsado del mismo, no se encuentra dilatación cervical.
- e. Recurrente: Se refiere a tres o más abortos espontáneos consecutivos. (1,13).

El aborto inducido se subdivide en:

- a. Terapéutico: Es la finalización del embarazo antes de la viabilidad fetal con el pronóstico de salvaguardar la salud de la madre.
- b. Electivo o Voluntario: Es la finalización del embarazo antes de la viabilidad fetal por requerimiento de la madre. (1, 13, 17, 25).

### **3. Etiología**

La mayoría de abortos ocurren en las primeras 12 semanas de gestación y luego disminuye rápidamente su frecuencia. Y por lo general es posible encontrar una explicación a la mayoría de abortos espontáneos. Las anomalías cromosómicas causan por lo menos la mitad de estos abortos tempranos. El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la cantidad de embarazos, así como con la edad de la madre y el padre. (1, 2,13).

Entre las causas generadoras de abortos encontramos:

- a. Causas fetales y ovulares:

El hallazgo morfológico encontrado con más frecuencia en el aborto espontáneo temprano es una anomalía del desarrollo del cigoto, del embrión, del feto o, a veces de la placenta. Las anomalías cromosómicas son comunes entre los embriones y fetos de edad temprana que son abortados espontáneamente y explican la mayor parte de las pérdidas tempranas del embarazo. Las alteraciones más frecuentes que se

encuentran son: la trisomía autosómica, la monosomía X, la polisomía cromosómica sexual. (13, 17,25).

b. Causas maternas:

Diversas alteraciones médicas, enfermedades mentales y anomalías del desarrollo pueden ser causas de aborto. (6).

Dentro de las alteraciones maternas podemos contemplar las infecciones, enfermedades debilitantes crónicas, anomalías endocrinas, deficiencias nutricionales, inmunológicas, uso de drogas, anomalías uterinas. (1, 2, 6, 13, 17,25).

#### **4. Epidemiología:**

El aborto es una de las emergencias más frecuentes de la obstetricia.

En la mayoría de los hospitales de países en vías de desarrollo, es la segunda causa de ingreso hospitalario, después del parto. Según informa el departamento de estadísticas del Hospital Nacional Pedro de Bathancourt su tasa de abortos es de 56 por 1000 nacidos vivos, y de estos abortos el 82% son incompletos (8, 11, 17, 25).

Se estima que a nivel mundial se producen de 40 a 60 millones de abortos al año y aproximadamente 20 millones son atendidos en malas condiciones, causando en algunos casos la muerte, que según la Organización Panamericana de la Salud –OPS- Guatemala tiene una tasa de defunción por aborto del 10.5 por 100,000 nacidos vivos. La mayoría de estas muertas son evitables, incluso aquellas relacionadas con los procesos de infección causados por abortos en condiciones de riesgo y

mejorar esto es lo que busca el programa de atención post aborto entre otros elementos. (17, 21,34).

## **5. Complicaciones del aborto**

El aborto deja secuelas tanto físicas como psicológicas en la mujer y pueden causar hasta la muerte. (22,25).

Las complicaciones del aborto se pueden dividir en inmediatas y tardías.

### **a. Complicaciones inmediatas del aborto:**

- Infecciones
- Retención de restos ovulares
- Hemorragias
- Embolias
- Laceraciones o perforaciones uterinas

### **b. Complicaciones tardías del aborto:**

- Esterilidad secundaria
  - Incidencia aumentada de embarazo ectópico y parto prematuro
  - Exceso en los síntomas menstruales
  - Sinequias uterinas
  - Riesgo de cáncer de mama, ovario, cervix e hígado duplicado
  - Incidencia aumentada de placenta previa en embarazos posteriores
- (13, 17, 21, 22, 25, 26).

## 6. Tratamiento

El tratamiento del aborto puede ser médico o quirúrgico.

### a. Tratamiento médico:

Debemos determinar primero el tipo de aborto y el estado de la paciente, investigar signos de peligro de shock o sepsis.

- i. Amenaza de aborto: Para este cuadro el tratamiento consiste en reposo absoluto, prohibición de relaciones sexuales, se puede realizar control ultrasonográfico.
- ii. Aborto inevitable: Si el estado de la paciente y la intensidad de la hemorragia lo permiten, se espera a que el aborto se complete espontáneamente sino, se ayuda reforzando las contracciones con oxitocina de 1 a 2 UI por vía intramuscular, cada 30 ó 60 minutos, ó 50 a 100 mU por minuto en infusión intra venosa continua hasta lograr la expulsión del huevo.
- iii. Aborto completo: Generalmente no necesita tratamiento farmacológico, pero se debe realizar ultrasonido para confirmar que haya quedado vacía la cavidad uterina.
- iv. Aborto Séptico: Se deben estabilizar a la paciente, realizar cultivos, e iniciar pronto tratamiento antimicrobiano, por ejemplo con ampicilina y gentamicina. Luego la evacuación uterina que puede provocarse con oxitocina o realizarse un tratamiento quirúrgico. (8, 9, 10, 13, 17, 25, 26).

b. Tratamiento por legrado:

Existen dos técnicas de evacuación uterina

i. Legrado instrumental o curetaje:

Es la técnica más utilizada en nuestro medio para la evacuación uterina, se le considera el método clásico de legrado. Este debe ser realizado en un quirófano bajo anestesia general o epidural, la técnica y el equipo no se describirán por ser un método ampliamente conocido. (1, 20,25).

ii. Legrado por aspiración manual endouterina:

La aspiración manual endouterina es una técnica versátil, simple y segura para la evacuación uterina, que puede ser utilizada en aborto inevitable, incompleto, séptico o diferido. (19,20).

Esta innovadora técnica utiliza una cánula de plástico flexible que se conecta a una fuente de vacío tipo jeringa, para evacuar el útero. Se pueden utilizar jeringas de válvula simple o doble donde se forma el vacío que extrae el contenido del útero a través de la cánula de Karman que pueden ser de 4 a 12 mm de diámetro, la cual es introducida al útero por el cerviz. (19, 29, 30, 36).

Con esta técnica no se requiere dilatación cervical, se administra analgesia paracervical, tiene menor riesgo de perforación uterina, disminuye el riesgo de destrucción de la capa basal del endometrio, puede ser un procedimiento ambulatorio y permite una interrelación médico paciente ya que la misma esta consiente y puede resolver sus dudas y preocupaciones, además el medico puede dar consejería durante ese tiempo. (17,20).

c. Tratamiento quirúrgico:

Cuando hay una enfermedad uterina o shock séptico, la histerectomía puede ser el tratamiento de elección. (13,17).

## 7. Impacto

El impacto más negativo del aborto en la región es su contribución a la mortalidad materna. Según estimaciones el 20% de las mujeres que recurrieron en un aborto, presentaron complicaciones derivadas de una practica deficiente. (25).

La mujer latinoamericana que experimenta un aborto, paga un tributo muy alto en su salud, ya que en los países subdesarrollados, las tasas de aborto son más altas debido al pobre acceso a los servicios de salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer están seriamente restringidos. (23, 25, 31).

La mujer Guatemalteca no escapa del problema ya que este es el país con mayor tasa de mortalidad materna y donde el aborto es la causa primordial de muerte materna. (17,25).

El aborto tiene un alto impacto en la salud pública ya que, sea un aborto complicado o no, representa una gran carga económica para los servicios de salud, pues una de cada tres mujeres necesitan hospitalización. Además las muertes maternas se dan entre los 15 y 49 años de edad reduciendo la población económicamente activa del país. (25,33).

Además el aborto también afecta psicológicamente a la mujer, pues la coloca en un conflicto frente a los valores sociales, culturales y

religiosos en torno a la maternidad y resulta una compleja experiencia que produce en las mujeres sentimientos de culpa y tendencia al auto castigo. (21).

#### **8. Planificación familiar post aborto:**

Los servicios de planificación familiar ofrecen a la mujer la oportunidad de determinar el número y el espaciamiento de sus hijos. Es importante el momento de más alta motivación, producto de la recién experiencia vivida como lo es el aborto. (13,17).

Se debe hacer comprender a las mujeres que el riesgo de embarazo antes de la próxima menstruación, ya que la ovulación se reanuda a la tercera semana post aborto y que esto las expone a un nuevo aborto. También deben saber que pueden usar cualquier método anticonceptivo después del aborto. (17).

Con frecuencia los programas de planificación familiar se diseñan para mujeres casadas y no para mujeres solteras, y es de considerar que este ultimo grupo también esta expuesto y bajo mayor riesgo por la exclusión del sistema de planificación. (17).

Guatemala tiene una de las tasas más bajas de uso de anticonceptivos modernos en Latino América (21% entre todas las mujeres). El 23% de las mujeres casadas o con pareja, no utiliza métodos anticonceptivos. La principal razón para no utilizar un método anticonceptivo moderno es la falta de conocimiento del tema. El uso de anticonceptivos varía considerablemente por grupo étnico, con prevalencia más baja (13%) de utilización entre la población maya. Esto es un factor de riesgo tanto para embarazos indeseados o embarazos con un periodo

intergenésico demasiado corto que puede ser causa de un círculo vicioso de abortos repetitivos. (34).

Es evidente la necesidad de mejorar la información que se da especialmente en lo concerniente a creencias erróneas y a buscar un efecto más duradero en la continuidad de usos de los anticonceptivos, aún cuando estos presenten efectos secundarios durante los primeros meses de uso. (17).

#### **B. ATENCIÓN POST ABORTO:**

La atención post aborto es una estrategia de prestación de servicios integrales, que comprende tres elementos:

1. Tratamiento de urgencia para complicaciones médicas derivadas de un aborto espontáneo o inducido.
2. Consejería y referencia a los servicios de planificación familiar post aborto.
3. Vínculos con otros servicios de salud reproductiva. (17,21).

En los países en desarrollo, las complicaciones del aborto constituyen una emergencia médica común. Sin embargo, en casi todos esos países, la atención post aborto se presenta en un ambiente de crisis. La mayoría de los sistemas de salud en los países en desarrollo, independiente de sus políticas nacionales respecto al aborto inducido, no planean sistemáticamente ni proveen en forma eficaz atención médica urgente a las mujeres que sufren complicaciones del aborto. Como resultado, el tratamiento suele retrasarse o ser ineficaz, lo cual produce consecuencias costosas que ponen la vida de la mujer en riesgo. (17,26).

Nuestro mundo actualmente tiene el grupo mas grande de jóvenes en toda la historia: 1.1 mil millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, el 85% en países en vías de desarrollo. Estos niños y niñas enfrentan múltiples riesgos a su salud sexual y reproductiva. Las mujeres jóvenes, son particularmente vulnerables debido a las intersecciones entre tres trastornos: el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo y la infección por VHI. (6).

Mediante un enfoque estratégico hacia la atención post aborto se anticipa la necesidad de tratamiento de urgencia, se planifica de antemano para cubrir esa necesidad, y se prestan servicios de planificación familiar para evitar el ciclo repetitivo de abortos. Un plan eficaz de atención post aborto garantiza que la mujer reciba atención integral, apropiada y oportuna. (16,26).

- Integral: Muchas de las mujeres tratadas por complicaciones del aborto desean evitar el embarazo; sin embargo, menos de un tercio de las mujeres que reciben dicho tratamiento han usado métodos anticonceptivos eficaces alguna vez en su vida. Muchas de ellas quieren estar informadas con respecto a la planificación familiar y poder evitar el embarazo. El lugar mas apropiado para ofrecer servicios y orientación en planificación familiar es el mismo lugar donde la mujer recibió atención post aborto de urgencia. Dado que la atención post aborto suele ser una crisis medica y emocional, es especialmente importante proveer a la mujer orientación con empatía que evita prejuzgarla para que sea capaz de evitar futuros embarazos no deseados y por ende, el aborto en condiciones de riesgo. (5,16).
- Apropiable: La mayoría de las mujeres que procuran tratamiento de urgencia sufren debido al aborto incompleto, el cual, si no es tratado, puede resultar en hemorragia, infección y muerte. La evacuación

endouterina puede realizarse inocua y eficazmente por medio de la aspiración manual endouterina (AMEU) con anestesia local. La AMEU bajo anestesia local es más inocua y generalmente menos costosa que el legrado uterino instrumental (LUI) con anestesia general, el tratamiento comúnmente usado en muchos países. Por ejemplo, en un hospital en Kenya el costo del tratamiento post aborto fue reducido en un 66% después que la AMEU reemplazo al LUI, principalmente debido a la dramática reducción de estancia hospitalaria. (21,26).

- Oportuna: Frecuentemente, la mujer no recibe tratamiento medico en forma oportuna, Los retrasos ponen su vida en riesgo. La descentralización de la atención de urgencia reduce los retrasos al ofrecer cierto grado de atención post aborto en cada nivel del sistema de salud. A su vez, el establecer un sistema formal de referencia ayuda a cada mujer a alcanzar rápidamente el nivel de atención que ella necesita. (16,26).

Una estrategia planeada para la atención post aborto conlleva una atención más eficaz que la del ambiente de crisis que actualmente caracteriza la mayoría de los servicios de atención post aborto. Esa estrategia frecuentemente reditúa ahorros para el sistema de salud. Además cubre las necesidades de la mujer de recibir atención con empatía y servicios posteriores de salud reproductiva. El eficaz tratamiento médico de urgencia de las complicaciones del aborto junto con orientación y servicios sensibles de planificación familiar pueden salvar la vida de la mujer. (26).

La atención post aborto de mala calidad es un problema extendido y multidimensional que afecta a mujeres de muchos países, independientemente de la legalidad del aborto. La capacitación técnica y en habilidades interpersonales del personal clínico así como la supervisión

continúa pueden mejorar mucho la calidad de la atención post aborto. (26).

La atención post aborto (APA) busca proteger la salud de las mujeres ya que una de ocho muertes relacionadas con embarazo es ocasionada por un aborto inseguro. Reduce el sufrimiento de las mujeres tanto físico como emocional resultado de un aborto, brindando apoyo emocional. Reduciendo además los costos de atención a la salud, mejorando al mismo tiempo la calidad de la atención que se proporciona a la mujer, dando la oportunidad para atender las múltiples necesidades de mujeres que no tienen acceso al servicio de salud. (4, 7, 14, 21).

Entre los elementos esenciales de los servicios clínicos de alta calidad se encuentran:

- Uso de tecnología apropiada para el medio y para la usuaria.
- Manejo adecuado del dolor antes, durante y después del procedimiento clínico.
- Prácticas de prevención de infecciones por todos los presentadores.
- Suministro adecuado de medicamentos y equipo quirúrgico.
- Mejoramiento de las relaciones entre usuarias y presentadores. (21).

Ofrecer consejería y servicios de planificación familiar a pacientes post aborto. En repetidas ocasiones, las mujeres que reciben tratamiento de urgencia por complicaciones derivadas de un aborto son dadas de alta sin recibir información sobre planificación familiar e incluso, pueden tener problemas para obtener estos servicios. Al tener disponibles la información y los servicios de planificación familiar los prestadores pueden ayudarlas a prevenir embarazos no deseados en el futuro. (14,21).

Es importante hablar de planificación familiar durante la atención de urgencia, debido a que la fecundidad de la mujer puede regresar en las primeras dos semanas después del aborto. Por consiguiente, muchas de las pacientes post aborto requieren métodos anticonceptivos inmediatamente para evitar otro embarazo no deseado. Las investigaciones realizadas en Bolivia, Burkina Faso, Kenia, México, Perú y Senegal demostraron que la proporción de pacientes que recibió consejería en planificación familiar aumento después de haber mejorado los servicios de APA. La mayoría de las pacientes que recibieron consejería adecuada decidieron usar anticonceptivos. (14, 15, 21, 27).

Formas de abordar con efectividad el tema de aborto en condiciones inadecuadas:

- Edúquese a si mismo y a su personal acerca del impacto del aborto inseguro y como puede prevenirse.
- Sea una voz de acción en el movimiento para prevenir y reducir el aborto en condiciones inadecuadas.
- Describa siempre con exactitud el problema del aborto realizado en condiciones inadecuadas.
- Incorpore la atención al aborto en estudios y programas en su país.
- Aproveche los recursos técnicos existentes.
- Utilice la tecnología apropiada de programas educacionales y clínicos que traten con el aborto inseguro.
- Aumente la capacidad de capacitación, prestación de servicios, e investigación de sistemas de salud en su país.
- Haga que la prestación de servicios de atención post aborto sea una experiencia integral de salud reproductiva.
- Prepárese a medir el éxito de una forma diferente.

- Comprométase al asunto del aborto en condiciones inadecuadas y haga algo al respecto.

Fundamentalmente el éxito de la iniciativa para una maternidad sin riesgos es el hecho de que los servicios esenciales estén al alcance de la comunidad... entre ellos, servicios seguros y compasivos para el manejo y la prevención de las complicaciones del aborto. (24).

## **VI. MATERIALES Y METODOS**

### **A. TIPO DE ESTUDIO:**

1. De acuerdo a la profundidad: Descriptivo.
2. De acuerdo a la forma de la investigación: No experimental.
3. De acuerdo a la forma como se recolecta la información: corte transversal.
4. De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo: retrospectivo.

### **B. POBLACION:**

Pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación o con un útero menor de 12 cms. de longitud por palpación bimanual, registradas en el libro de egresos del departamento de obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante noviembre 2001 a noviembre 2002.

### **C. UNIVERSO:**

426 registros de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación o con un útero menor de 12 cms. de longitud por palpación bimanual, registradas en el libro de egresos del departamento de obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante noviembre 2001 a noviembre 2002. Se incluyó en el estudio 315, ya que 111 no cumplieron criterios de inclusión.

**D. UNIDAD DE ESTUDIO:**

Registro clínico de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación o con un útero menor de 12 cms. de longitud por palpación bimanual reportado.

**E. CRITERIOS DE INCLUSION:**

1. Pacientes femeninas con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación o con un útero menor de 12 cm de longitud por palpación bimanual a las que se les realizó evacuación uterina.

**F. CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1. Pacientes con aborto séptico
2. Pacientes con cervicitis purulenta o infección pélvica.
3. Pacientes con diagnóstico de aborto mayor de 13 semanas.
4. Pacientes con diagnóstico de aborto completo.
5. Pacientes con problemas de coagulación asociados.
6. Pacientes en estado de choque a su ingreso.

**G. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES Y DATOS:**

Boleta de recolección de datos en la cual se evaluó diferentes variables (ver anexos).

**H. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

La investigación se realizó buscando los números de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de

13 semanas de gestación en los libros de egreso de los servicios de obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Luego con las fichas clínicas se recopiló la información con las boletas de recolección de datos.

# **I. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO:**

Los datos obtenidos se ingresaron a una plantilla de datos en EPI INFO para su tabulación y análisis.

## **J. VARIABLES A ESTUDIAR:**

| VARIABLE                                                   | DEFINICION CONCEPTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DEFINICION +OPERACIONAL                                                                                                                                                                                                                                           | UNIDAD DE MEDIDA          | ESCALA DE MEDICION |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| ÉXITO DE LA APLICACIÓN DEL PROGAMA DE ATENCION POST ABORTO | Estrategia de prestación de servicios que comprende tres elementos:<br>1.Tratamiento de urgencia para complicaciones médicas derivadas de un aborto espontáneo o inducido.<br>2. Consejería y referencia a los servicios de planificación familiar post aborto.<br>3. Vínculos con otros servicios de salud reproductiva. | Se considera exitosa si se imparte consejería adecuada a las pacientes y las mismas aceptan el empleo de un método anticonceptivo. Y no exitosa si no se da consejería o la misma es inadecuada y la paciente no acepta método anticonceptivo antes de su egreso. | 1 EXITOSA<br>2 NO EXITOSA | NOMINAL            |

**K. RECURSOS:**

**1. MATERIALES:**

- a. Internet.
- b. Biblioteca del Centro Universitario Metropolitano de la universidad de San Carlos.
- c. Material de escritorio.
- d. Boleta de recolección de datos.
- e. Archivo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- f. Centro de investigación del Hospital General San Juan de Dios.

**2. HUMANOS:**

- a. Personal de archivo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- b. Personal del centro de investigación del Hospital General San Juan de Dios.
- c. Personal de la biblioteca del Centro Universitario Metropolitano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

**3. ECONOMICOS:**

|                    |            |
|--------------------|------------|
| a. Fotocopias..... | Q. 390.00  |
| b. Internet.....   | Q. 200.00  |
| c. Transporte..... | Q. 400.00  |
| d. Impresión.....  | Q.1,500.00 |
| Total              | Q.2,490.00 |

## **VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**



### CUADRO 1

**Tratamiento quirúrgico de aborto incompleto en pacientes que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002**

| TÉCNICA      | No.        | %          |
|--------------|------------|------------|
| AMEU         | 58         | 18.4       |
| LIU          | 257        | 81.6       |
| <b>TOTAL</b> | <b>315</b> | <b>100</b> |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

### CUADRO 2

**Anestesia administrada durante el tratamiento quirúrgico de aborto incompleto según técnica utilizada, en pacientes que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002**

| TÉCNICA      | TIPO DE ANESTESIA |             |            |             |
|--------------|-------------------|-------------|------------|-------------|
|              | PARACERVICAL      | PORCENTAJE  | GENERAL    | PORCENTAJE  |
| AMEU         | 58                | 100%        | 0          | 0%          |
| LIU          | 0                 | 0%          | 257        | 100%        |
| <b>TOTAL</b> | <b>58</b>         | <b>100%</b> | <b>257</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

### CUADRO 3

Consejería impartida a pacientes post tratamiento quirúrgico de aborto incompleto según técnica utilizada, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002

|              | TECNICA   |             |            |             |
|--------------|-----------|-------------|------------|-------------|
| CONSEJERIA   | AMEU No.  | AMEU %      | LIU No.    | LIU %       |
| SI           | 58        | 100%        | 257        | 100%        |
| NO           | 0         | 0%          | 0          | 0%          |
| <b>TOTAL</b> | <b>58</b> | <b>100%</b> | <b>257</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala y formato estadístico consolidado de APA.

### CUADRO 4

Planificación familiar ofrecida a pacientes post tratamiento quirúrgico de aborto incompleto según técnica utilizada, que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002

|                        | TÉCNICA   |             |            |             |
|------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|
| PLANIFICACIÓN FAMILIAR | AMEU No.  | AMEU %      | LIU No.    | LIU %       |
| SI                     | 58        | 100%        | 257        | 100%        |
| NO                     | 0         | 0%          | 0          | 0%          |
| <b>TOTAL</b>           | <b>58</b> | <b>100%</b> | <b>257</b> | <b>100%</b> |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala y formato estadístico consolidado de APA.

### CUADRO 5

**Paciente referidas a clínica de planificación familiar según tratamiento quirúrgico de aborto que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002**

|         | REFERIDAS A CLINICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR |      |    |     |
|---------|-----------------------------------------------|------|----|-----|
| TÉCNICA | SI                                            | %    | NO | %   |
| AMEU    | 58                                            | 100% | 00 | 00% |
| LIU     | 198                                           | 77%  | 59 | 23% |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

### CUADRO 6

**Método aceptado para planificación familiar por pacientes post tratamiento quirúrgico de aborto incompleto según técnica utilizada que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002**

|         | METODO ACEPTADO PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR |      |          |    |                            |    |         |       |
|---------|---------------------------------------------|------|----------|----|----------------------------|----|---------|-------|
| TÉCNICA | INYECTABLE                                  | %    | PASTILLA | %  | ESTERILIZACIÓN DE LA MUJER | %  | NINGUNO | %     |
| AMEU    | 21                                          | 37%  | 3        | 5% | 3                          | 5% | 31      | 53%   |
| LIU     | 2                                           | 0.8% | 0        | 0% | 0                          | 0% | 255     | 99.2% |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

#### CUADRO 7

**Método aceptado para planificación familiar por pacientes post tratamiento quirúrgico de aborto incompleto que recibieron consejería y que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002**

|            | METODO ACEPTADO PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR |          |                            |         |       |
|------------|---------------------------------------------|----------|----------------------------|---------|-------|
| CONSEJERÍA | INYECTABLE                                  | PASTILLA | ESTERILIZACIÓN DE LA MUJER | NINGUNO | TOTAL |
| SI         | 23                                          | 3        | 3                          | 286     | 315   |
| NO         | 0                                           | 0        | 0                          | 0       | 0     |
| TOTAL      | 23                                          | 3        | 3                          | 286     | 315   |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala y formato estadístico consolidado de APA.

#### CUADRO 8

**Pacientes referidas a clínica de planificación familiar post tratamiento quirúrgico de aborto incompleto que recibieron consejería y que ingresaron al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre 2001 a noviembre 2002**

|            | REFERIDAS A CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR |     |       |
|------------|-----------------------------------------------|-----|-------|
| CONSEJERÍA | SI                                            | NO  | TOTAL |
| SI         | 59                                            | 256 | 315   |
| NO         | 0                                             | 0   | 0     |
| TOTAL      | 59                                            | 256 | 315   |

**Fuente:** Registros Médicos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala formato estadístico de APA.

## **VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En noviembre del 2001 se implementó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt el programa de atención post aborto.

Durante el periodo comprendido de noviembre 2001 a noviembre 2002 se registraron 426 casos de aborto de los cuales se trabajo con 315 casos que fueron diagnosticados como aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación, no sépticos, hemo-dinámicamente estables y sin trastornos de la coagulación.

Se encontró que el 81.6% las pacientes con diagnostico de aborto incompleto menor de 13 semanas fue resuelto por Legrado Instrumental Uterino (LIU) y solamente el 18.4% por Aspiración Manual Endouterina (AMEU) que según la literatura es una técnica más rápida, causa menos lesión y tiene menos riesgo de perforación además de permitir utiliza anestesia paracervical que es una técnica más económica, permitiendo una interrelación con la paciente más profunda y facilita tanto la consejería como la aceptación de la misma.

El 100% de tratamiento quirúrgico por LIU fue bajo anestesia general y de los resueltos por AMEU el 100% fue bajo anestesia paracervical, que es una técnica de anestesia más económica para la institución y no requiere de anesthesiólogo.

Cabe mencionar que no se encontró complicaciones en ninguno de los casos resueltos ya sea por AMEU o LIU, aunque la literatura refiere que el AMEU es menos riesgoso.

La consejería ofrecida a las pacientes es un parámetro que no se coloca de rutina en la ficha clínica por lo que se consultó el formato estadístico consolidado del APA el cual si lo contempla para analizar este dato.

Sobre la consejería impartida a las pacientes post tratamiento quirúrgico de aborto incompleto se observó que tanto las tratadas por AMEU como las tratadas por LIU el 100% recibieron consejería.

Así mismo, se encontró que se le ofreció planificación familiar como parte de la consejería al 100% de las pacientes tanto tratadas por AMEU como por LIU.

La aceptación de métodos de planificación familiar dentro del grupo de pacientes tratadas por AMEU fue del 45% predominando el inyectable con 37%, seguido de pastillas orales con 5% y la esterilización de la mujer con 5%. A diferencia de las tratadas por LIU que se encontró solamente menos del 1% de aceptación de métodos anticonceptivos,

La marcada diferencia en la aceptación de método de planificación familiar entre las tratadas por AMEU y por LIU hace pensar que la calidad de consejería ofrecida en el grupo de pacientes tratadas por AMEU es de mejor calidad y una de las razones de esto podría ser que durante el procedimiento bajo esta técnica, la paciente puede seguir recibiendo consejería y resolver las dudas que le vayan surgiendo, aumentando así también la confianza de la paciente en el equipo tanto médico como de enfermería.

Pero también se debe notar que si se relaciona el total de pacientes que recibieron consejería, con las que aceptaron un método de planificación familiar se observa que de 315 pacientes que recibieron

consejería 23(7.3%) aceptaron un método inyectable, 3(0.9) la pastilla y 3(0.9%) la esterilización de la mujer, se encontró una aceptación sumamente baja para los métodos de planificación familiar y esto no se debe solo a la calidad de consejería ofrecida sino también a la cultura y creencias de nuestra población.

Se hace énfasis en que el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt cuenta con métodos de planificación familiar disponibles dentro del mismo, para brindar sin costo alguno a las pacientes que lo aceptan.

Las pacientes fueron referidas a clínicas de planificación familiar en el 100% de las tratadas por AMEU y en el 77% de las tratadas por LIU, encontrando también que de las 315 pacientes que recibieron consejería 59 (18%) fueron referidas a clínicas de planificación familiar y 256 (81%) no lo fueron.

Se observa que donde tiene más impacto la técnica de AMEU sobre el LIU es en el permitir una profundización en la interrelación médico paciente durante el procedimiento ya que permite ofrecer consejería adecuada a la paciente y ofrecer al mismo tiempo un método de planificación familiar, para así evitar un embarazo indeseado o con un periodo intergénésico muy corto que genere un embarazo de riesgo.



## **IX. CONCLUSIONES**

1. El programa de atención post aborto dentro del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala se aplica con éxito en un 100% de las pacientes ingresadas al servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación.
2. La técnica de Aspiración Manual Endouterina permitió dar consejería al 100% de los casos tratados por la misma con un 47% de aceptación para métodos de planificación familiar, siendo el más aceptado el inyectable con un 37%; mientras que las tratadas por Legrado Instrumental Uterino el 100% recibió consejería y menos del 1% aceptó un método de planificación familiar.
3. El 18.4% de las pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación fue resuelto por Aspiración Manual Endouterina (AMUE) y el 81.6% por Legrado Instrumental Uterino (LIU).
4. El Legrado Instrumental Uterino en un 100% fue bajo anestesia general y la Aspiración Manual Endouterina en un 100% fueron bajo anestesia paracervical que es un método eficaz, seguro y más económico que la anestesia general.
5. No se encontró diferencia entre Aspiración Manual Endouterina y Legrado Instrumental Uterino con relación a complicaciones quirúrgicas.



## **X. RECOMENDACIONES**

1. Continuar la aplicación del programa de atención post aborto en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.
2. Motivar al personal médico del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt a que haga uso preferencial del legrado por aspiración manual endouterina (AMEU) en las pacientes con diagnostico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación, ya que es una técnica igualmente segura que la tradicional, pero permite una mayor interrelación médico paciente y es menos costosa para el Hospital.
3. Capacitar al personal tanto médico como de enfermería para dar una consejería adecuada post aborto y dar mayor promoción al programa de planificación familiar.
4. Brindar el método de planificación familiar a la paciente y mejorar el seguimiento de las pacientes en las clínicas de referencia.
5. Vigilar la calidad de los datos que se registran en las historias clínicas, y que las mismas incluyan como un dato obligatorio y de rutina tanto la consejería como el método de planificación familiar aceptado o el porque no lo aceptó.
6. La obstetricia del futuro deberá incluir la capacitación de la técnica de AMEU no solo en las escuelas formadoras de médicos, sino en los diferentes niveles de atención de la salud de los países tanto en desarrollo como en vías de desarrollo.



## **XI. RESUMEN**

Con el objetivo de evaluar el nivel de éxito de la aplicación del programa de atención post aborto en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala durante el período comprendido de noviembre del 2001 a noviembre del 2002.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, en donde se incluyeron 315 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas, no séptico, hemo-dinámicamente estables y sin problemas de coagulación.

De las cuales el 18.4% fue tratada por aspiración manual endouterina (AMEU) y el 81.6% por legrado instrumental uterino (LIU). Ofreciéndose consejería al 100% de los casos tratados por AMEU con un 47% de aceptación para métodos de planificación familiar, siendo el más aceptado el inyectable con un 37%; mientras que las tratadas por Legrado Instrumental Uterino el 100% recibió consejería y menos del 1% aceptó un método de planificación familiar.

Estableciendo que el impacto de la técnica de AMEU radica en el permitir una profundización en la interrelación médico paciente durante el procedimiento que permite ofrecer consejería adecuada a la paciente y ofrecer al mismo tiempo un método de planificación familiar, para así evitar un embarazo indeseado o con un período intergénésico muy corto.

El programa de atención post aborto dentro del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala se aplicó en el 100% de las pacientes ingresadas al servicio de Gineco-obstetricia con diagnóstico de aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación consiguiendo solamente el 16.6% de aceptación de un método de planificación familiar.



## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arias, F. Pérdida Precoz del Embarazo. En su: Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo. 2ed. España: Moshby/ Doyma, 1994. T1 (pp.55-70)
2. Baskett, T.F. Abortion. En: Essential Management of Obstetric Emergencies. 3ed. Canadá: Clinical Press Ltd, 1999. T1 (pp.24-36)
4. Benson, J. et al. Mejoramiento de Calidad y Reducción de Costos en un Modelo Integrado de Atención en el Post-Aborto. 1999, 30p.
4. Benson, J. et al. Prevención del embarazo indeseado: estrategias administrativas para mejorar la atención post aborto. Adelantos en el Tratamiento del Aborto. IPAS, 1996. Volumen 5, Núm. 1. 16p.
5. Bruyn, M. et. al. Mejorar la calidad y reducir los costos en la prestación de la atención postaborto: ninguna contradicción. Actualización Médica, S.A. Guatemala, Volumen 4, No.1. 2000.
6. Bruyn, M. Intersección de riesgos a la salud: el embarazo no deseado, el aborto en condiciones de riesgo y el SIDA entre las adolescentes. Actualización Médica, S.A. 2000.
7. Chambers, M.V. et al. Ampliación de los servicios postaborto en las Instituciones de Salud Pública de México: Lecciones de una década de experiencia. Actualización Médica S.A. 1999. 6p.
8. Clinical Management of Abortion Complications chapter 1.  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_94\\_1/MSM\\_94\\_1\\_chapter1.e1...](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_1/MSM_94_1_chapter1.e1...)
9. Clinical Management of Abortion complications chapter 5.  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_94\\_1/MSM\\_94\\_1\\_chapter6.e1...](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_1/MSM_94_1_chapter6.e1...)
10. Clinical Management o Abortion Complications Chapter 7.  
[http://www.vho.int/reproductive-healt/publications/MSM\\_94\\_1/MSM-94\\_1\\_chapter7.e1...](http://www.vho.int/reproductive-healt/publications/MSM_94_1/MSM-94_1_chapter7.e1...)

11. Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, XXIII. : 2002: Guatemala, Guatemala. Consenso Centroamericano sobre la Utilización de procedimientos quirúrgicos para la evacuación uterina del aborto incompleto. Federación Centroamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Guatemala, mayo 2002. 10p. (FECASOG).
12. Cuartas, M. E. et al. Aspiración Manual Endouterina (A.M.E.U.) : Una Experiencia Exitosa en el Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez". Medellín, Colombia 1998. 5 p.
13. Cunningham, F. et. al. Aborto. En: Williams Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Panamericana, 1999. T1 (543-567)
14. Essential Elements of Postabortion Care:An Expanded and Updated Model. <http://www.pac-consortium.org/Pages/pacmodel.html>
15. Farfán, O. 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. Vol. 7 (2), 11p.
15. Fuentes Velásquez, J. et. al. Una comparación de tres modelos de atención post aborto en México. Actualización Médica, S.A. IPAS. México, D. F., 1998.
16. Galicia Alvizures, Aura Lissett. Caracterización epidemiológica del aborto, Hospital General San Juan de Dios 1999-2001. Tesis (Médica y Cirujana)-Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 2002. 58p.
17. García, A. et. al. Aspiración Manual Endouterina (AMEU) Contra Legrado Uterino Instrumental en el tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre. Controversias en Ginecología y Obstetricia. México, D. F. 1999.
18. Greenslade, F, et. al. Aspiración Manual Endouterina. Actualización Médica, S.A. IPAS, 1997.
19. Greenslade, F. et. al. Tecnologías para la toma de muestras endometriales en el consultorio o en la clínica. Adelantos en la salud de la mujer. Guatemala, Diciembre 1997, volumen 1, No. 1.

20. Huntington, D. et. al. Cómo satisfacer las necesidades de salud de la mujer después de un aborto. Fronteras de la Salud Reproductiva, Documentos de programas núm. 1. 2001 (marzo). 15p.
21. Huntington, D. Satisfacer las Necesidades de Salud de las Mujeres Mediante Servicios Post aborto. Population Council/FRONTERAS. Documento Programático No.1. México, 2001.
23. IPAS les proporciona información sobre el aborto médico a las mujeres en Latinoamérica.  
<http://www.ipas.org/new/September%2028%20Span.htm>
24. La Iniciativa de Maternidad sin Riesgos y la Atención al Aborto: ¿Son compatibles o no? Iniciativas en Políticas sobre la Salud Reproductiva, IPAS. Volumen 2. Número 2. 1999 (agosto).
25. Lemus Cifuentes, Yecenia Carola. Caracterización epidemiológica del aborto, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt 1999-2001. Tesis (Médica y Cirujana) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 2002. 69p.
26. McCauley, A.P. et. al. Population Reports. Volumen XXV, Número 1, Serie L, No. 10. Baltimore, Maryland. Population Information Program. 1997. 32p.
27. McCuley, A.P. et al. Population Reports. Volumén XXVII, Número 1, Serie M, No. 12. Baltimore, Maryland. Population Information Program. 1994. 40 p.
28. McLaurin, K. E. et. al. 10 Formas de abordar con efectividad el tema del aborto realizado en condiciones inadecuadas. IPAS, Iniciativas en Políticas sobre la Salud Reproductiva, Vol. 1, No. 1. 1996, enero.
29. MedGyn Aspiration Kit. <http://www.medgyn.com>
30. MedGyn, EndoSampler. <http://www.medgyn.com>
31. Noticias IPAS. <http://www.ipas.org/indexSG.htm>
32. Postabortion Care. <http://www.ipas.org/pac/index.html>

33. Safe Motherhood Fact Sheet: The safe Motherhood Initiative  
[http://www.safemotherhood.org/facts\\_and\\_figures/initiative.ht](http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/initiative.ht)
34. Universidad Johns Hopkins: Centro para programas de comunicación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Jmatute Associates, CIESAR. Sinergia de la Capacitación y el Acceso a la Información. Mejora de la Entrega de Servicios de Salud Reproductiva en los Hospitales Públicos de Guatemala. 2002, 20.p.
35. What is Safe Motherhood?  
[http://www.safemotherhood.org/what\\_is.htm](http://www.safemotherhood.org/what_is.htm)
36. Yordy, L. et al. Guía Práctica para la Aspiración Manual Endouterina. IPAS Women's Health initiatives, EE.UU. 1995. 70p.

### **XIII. ANEXOS**



## ANEXO 1

### BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS APLICACIÓN DE ATENCION POST ABORTO

#### DATOS GENERALES:

Número correlativo de caso: \_\_\_\_\_

Número de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Consejería ofrecida: \_\_\_\_\_

1 Si            2 No

Quien ofreció la consejería \_\_\_\_\_

1 Médico                      2 Enfermera

3 Trabajadora Social   4 Nadie

#### TECNICA DE EVACUACIÓN UTERINA

Técnica utilizada: \_\_\_\_\_

1. AMEU            2. LIU

Fecha de realización: \_\_\_\_\_

Quien realizo el procedimiento: \_\_\_\_\_

1 Especialista   2 Interno

3 Enfermera    4 Otro:

Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

1 Paracervical    2 Analgesia IV

3 Mixta (1 y 2)   4 General

5 Nada            6 Otros: \_\_\_\_\_

Complicaciones Médicas: \_\_\_\_\_

1. Ninguna

2. Desgarro cervical

3. Hemorragia uterina > de 500cc

4. Hemorragia cervical > 500cc

5. Sospecha de perforación uterina

6. Complicaciones de anestesia

7. Otras: \_\_\_\_\_

#### PLANIFICACION FAMILIAR POST ABORTO

Se ofreció método de planificación  
familiar antes de egresar del  
hospital \_\_\_\_\_

1 Si            2 No

Que método aceptó \_\_\_\_\_

00 Ninguno            01 Pastillas

02 DIU                03 Condón

04 Esterilización   05 Esterilización  
de la mujer            del hombre

06 Métodos            07 Implante  
naturales                dérmico

08 Inyectables    09 Métodos  
Barrera

Se menciona en órdenes médicas la  
referencia a clínica de planificación  
familiar: \_\_\_\_\_

1 Si                                      2 NO

