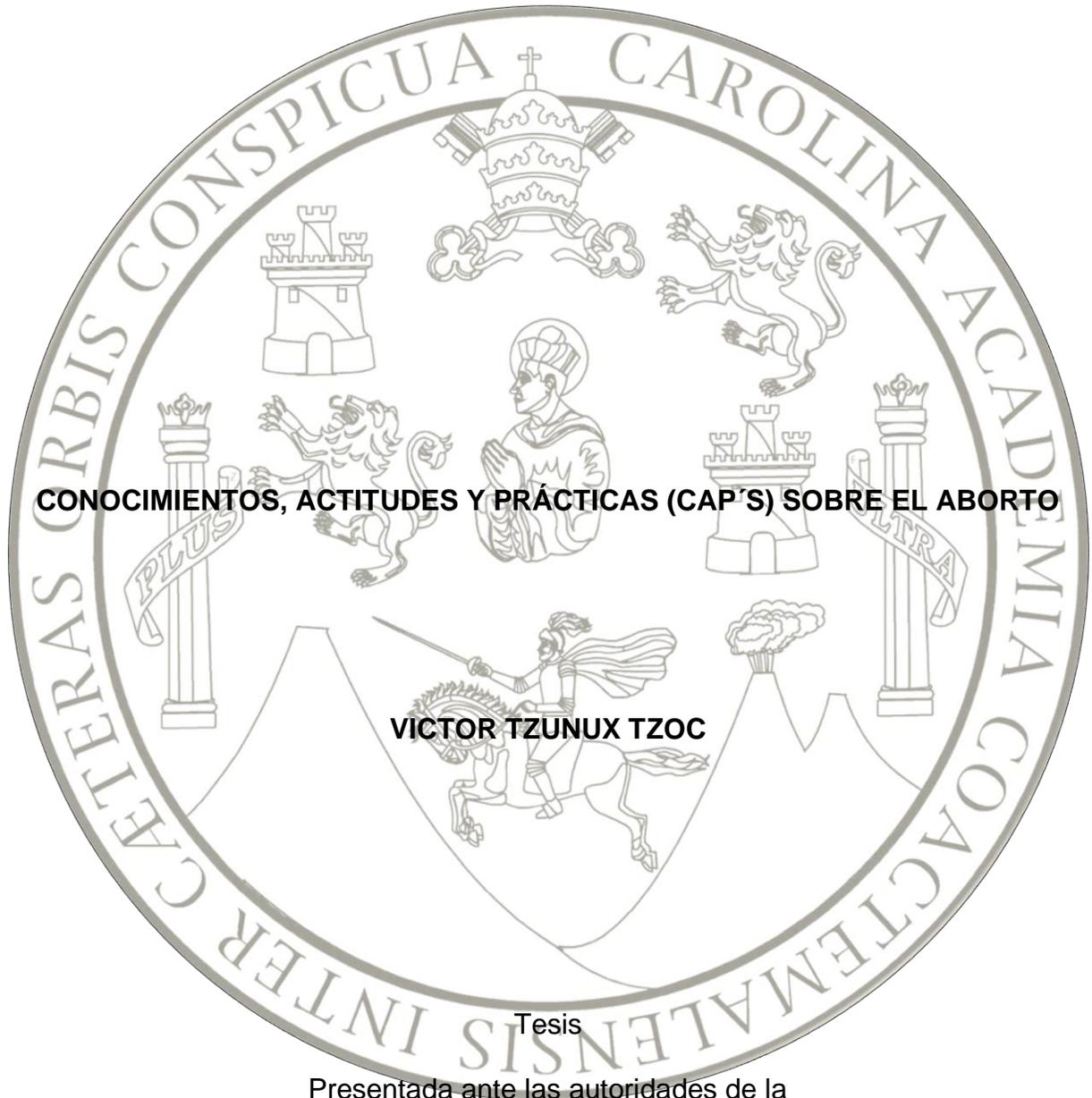


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2020



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.231.2019

UNIVERSIDAD DESAN CARLOS DEGUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Victor Tzunux Tzoc

Registro Académico No.: 200917836

No. de CUI: 2226259370805

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP'S) SOBRE EL ABORTO**

Que fue asesorado por: Dra. Norma Liseth Reyes Mazariegos, MSc.

Y revisado por: Dra. Norma Liseth Reyes Mazariegos, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2020**:

Guatemala, 15 de noviembre de 2019

  
Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban, MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. José Arnolito Sáenz Morales, MA.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/ce

Ciudad de Guatemala, 26 de septiembre de 2018

Doctor:

**Edgar Rodolfo Herrarte Mendez MSc**

Docente responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital General Juan José Arévalo Bermejo

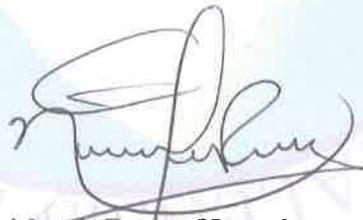
Presente

Respetable Dr:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **VICTOR TZUNUX TZOC carné 200917836**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP'S) SOBRE EL ABORTO**"

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. **TZUNUX TZOC**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Post grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente.



Dr. Norma Liseth Reyes Mazariegos MSc  
Msc. EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Colegiado No. 16,130

**Dr. (a) Norma Liseth Reyes Mazariegos MSc**  
Asesor (a) de Tesis

Ciudad de Guatemala, 26 de septiembre de 2018

Doctor:

**Edgar Rodolfo Herrarte Mendez MSc**

Docente responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital General Juan José Arévalo Bermejo

Presente

Respetable Dr:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **VICTOR TZUNUX TZOC** carné **200917836**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP'S) SOBRE EL ABORTO**"

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **TZUNUX TZOC**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Post grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente.



Dr. Norma Liseth Reyes Mazariegos  
M.Sc. EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Colegiado No. 15,130

**Dr. (a) Norma Liseth Reyes Mazariegos MSc**

Revisor (a) de Tesis



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez, MSc.**  
Docente Responsable  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y  
Obstetricia  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

De: Dra. María Victoria Pimentel Moreno  
Unidad de Tesis

Fecha Recepción: 04 de octubre 2018

Fecha de dictamen: 11 de marzo 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

**VICTOR TZUNUX TZOC**

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP”s) SOBRE EL ABORTO.”**

Sugerencias de la Revisión: Autorizar examen privado.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.**  
Unidad de Apoyo Técnico de Investigación de Tesis  
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MVPM/karin

## INDICE DE CONTENIDO

	RESUMEN	
I	INTRODUCCIÓN.....	2
II	MARCO TEÓRICO.....	3
	2.1 Antecedentes.....	3
	2.2 Definición de aborto .....	5
	2.3 Clasificación.....	5
	2.4 Etiología .....	7
	2.5 Formas clínicas .....	12
	2.6 Diagnóstico diferencial.....	14
	2.7 Tratamiento.....	14
	2.8 Complicaciones.....	17
	.	
	2.9 Exámenes y tratamiento secundarios.....	18
	2.10 Pronóstico .....	19
III	OBJETIVOS.....	22
	3.1 General.....	22
	3.2 Específicos.....	22
IV	MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
	4.1 Tipo de estudio .....	23
	4.2 Población de estudio .....	23
	4.3 Selección de tamaño de la muestra .....	23
	4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	23
	4.5 Cuadro de variable .....	24
	4.6 Operalización de variables.....	24
	4.7 Procedimiento de recolección de datos .....	27

	4.8	Procedimientos ético .....	28
	4.9	Recursos .....	28
V		RESULTADOS .....	29
VI		INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADO .....	39
	6.1	CONCLUSIONES .....	42
	6.2	RECOMENDACIONES.....	43
VII		BIBLIOGRAFIA .....	44
VIII		ANEXOS .....	47

#### INDICE DE TABLAS

Tabla No 1 y 2.....	29
Tabla No 3 y 4.....	30
Tabla No 5 y 6.....	31
Tabla No 7, 8 y 9.....	32
Tabla No 10, 11 y 12.....	33
Tabla No 13, 14 y 15.....	34
Tabla No 16, 17 y 18 .....	35
Tabla No 19, 20 y 21 .....	36
Tabla No 22, 23 y 24.....	37
Tabla No 25 y.....	38

## RESUMEN

**Introducción:** El aborto tiene implicaciones sociales y culturales, existen sanciones que van desde rechazo, pérdida de empleo, desprecio, repudio y burla de la comunidad y en la familia; regaños, amenazas de golpes o violencia. Tiene implicaciones psicológicas y emocionales como la depresión, los sentimientos de culpa. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, usando encuesta CAP's sobre el aborto. **Resultados:** Se entrevistaron un total de 240 pacientes. El 78.33 % de las entrevistadas indican que han escuchado el término aborto, solo el 12.23 % han escuchado a través de un médico. El 80 % no saben el significado de aborto y el 20 % indican que si saben. El 83.75 % no saben la causa, 12.5 % causada por una enfermedad y 3.75 % por castigo divino. El 18.75 % saben la sintomatología, el 81.25 % no sabe. El 31.25 % indican que si una mujer presenta un aborto ella o su familia será discriminada. El 91.25 % afirman que se debe aceptar el tratamiento y el 8.75% indican que debería de pedir una segunda opinión. **Discusión:** Los amigos y familiares son la principal fuente de conocimiento acerca del aborto, las pacientes pueden estar mal informadas. El 3.75 % indican que el aborto es secundario a un castigo divino, lo cual influye en la toma de decisiones. El 81.25 % no saben cómo se manifiesta ni el tratamiento, puede aumentar las complicaciones lo que puede poner en peligro la vida de la mujer gestante.

Palabras claves: falla temprana, conocimientos, actitudes y prácticas.

## I. INTRODUCCIÓN

El aborto en Latinoamérica constituye la segunda causa de muerte materna y ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de la salud materna<sup>1</sup>. En países subdesarrollados, como el nuestro, el problema es grave ya que se tratan abortos por personas sin conocimiento médico y en condiciones sépticas<sup>2</sup>.

El aborto tiene implicaciones sociales y culturales, ya sea de forma espontáneo o provocado, tiene sanción social y familiar, pero es, desde luego, más punible el aborto provocado. A nivel de la comunidad sea urbana o rural no es bien visto que la mujer tenga una pérdida de embarazo, las familias culpan a la mujer por no haber tenido las precauciones necesarias para haber evitado la pérdida. La desaprobación en el seno de la familia igualmente urbana o rural proviene principalmente de la suegra y en, segundo lugar, del marido<sup>6</sup>.

En el hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se realiza estudio descriptivo, Transversal, usando encuesta CAP's sobre el aborto; con el objetivo de determinar los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre el aborto en pacientes con diagnóstico de falla temprana ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales en el momento del estudio. Todos los formularios fueron Ingresados en una base de datos en Microsoft Access de donde se obtuvo un Libro en Microsoft Office Excel®, el cual se importó al programa Epi Info™ (CDC- OMS) donde se calcularon frecuencias, porcentajes. Se entrevistaron un total de 240 pacientes. En cuanto a conocimiento el 78.33 % de las entrevistadas indican que han escuchado el término aborto, pero solo el 12.23 % han escuchado a través de un médico. El 80 % no saben el significado de aborto y el 20 % indican que si saben. El 83.75 % no saben la causa, 12.5 % causada por una enfermedad y 3.75 % por castigo divino. El 18.75 % saben la sintomatología, el 81.25 % no sabe. El 31.25 % indican que si una mujer presenta un aborto ella o su familia será discriminada. El 91.25 % afirman que se debe aceptar el tratamiento y el 8.75% indican que debería de pedir una segunda opinión.

## II. ANTECEDENTES

### FRECUENCIA

Se estima que existe una pérdida espontánea del 10 al 15% de todos los embarazos pronosticados. Esta frecuencia aumentaría hasta el 50% si incluyéramos los casos no diagnosticados clínicamente (abortos infra o preclínicos). En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto, la probabilidad de un segundo es de un 19%. Si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta al 35%, y si ha tenido tres abortos anteriores esta probabilidad asciende al 47%<sup>7</sup>.

Entre 2010-2014 en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de 15-44 años. El 25 por ciento del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas. Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo. Se calcula que en 2008 se produjeron 47 000 defunciones a causa de abortos peligrosos <sup>8</sup>. África se ve desproporcionadamente afectada, ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente. Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica. Se estima que el costo anual por tratamientos de complicaciones importantes derivadas de abortos peligrosos asciende a \$680 millones.<sup>2</sup> El aborto es seguro cuando lo realizan personas con la capacitación adecuada y emplean técnicas correctas. Casi todas las defunciones y discapacidades derivadas del aborto se podrían prevenir mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, el acceso a servicios de aborto seguro provocado, y la atención oportuna de las complicaciones. <sup>9</sup>

Mortalidad materna. En América Latina y el Caribe, 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región el porcentaje más alto (21%) de las regiones del mundo. También se estima que en la región, 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto. <sup>1</sup> En

Colombia el aborto inseguro es la tercera causa de mortalidad materna. De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre el 10% y el 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intra-abdominales, así como complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. (CRR). Un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad. Estudios realizados indican que los efectos psicológicos negativos que resultan de la práctica del aborto se aminoran en los países donde es legal, donde existe buena información y servicios médicos adecuados. En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación, publicada por la Sociedad Psicológica Americana, que concluyó que no había evidencia científica que probara que el aborto voluntario tiene un efecto psicológico negativo en la mujer. Sin embargo, en los países donde la práctica del aborto se penaliza y donde las mujeres actúan en la zozobra de la clandestinidad, existen mayores probabilidades de que las mujeres experimenten traumas psíquicos. <sup>1</sup>

El aborto, es la cuarta causa de mortalidad materna en Guatemala (6.3%), cada año se estima que 22.000 mujeres reciben tratamiento para complicaciones de aborto, 8 de 1.000 mujeres en edad reproductiva, incluyendo el aborto incompleto<sup>4</sup>.

La incidencia de aborto en el Hospital Regional de Zacapa para los años 1999, 2000 y 2001 fue de 49, 41 y 45 abortos por 1000 nacidos vivos respectivamente. La edad de las mujeres con diagnóstico de aborto osciló entre los 12 y 50 años, siendo el grupo más afectado el comprendido entre los 15 y 29 años (66%). Más de la mitad de las pacientes se encontró que vivían en unión conyugal y el mayor porcentaje provenía de la cabecera departamental y del municipio de Gualán, no se pudo establecer la escolaridad, religión y ocupación debido a la falta de información en los expedientes clínicos. En cuanto a los eventos reproductivos el 14% de las pacientes con diagnóstico de aborto fueron primigestas, el 21% tenía antecedente de aborto previo y el 12% fueron multíparas. La estancia hospitalaria osciló entre 1 y 10 días, reportándose 6 casos de menos de 24 horas, para el 88% la estancia hospitalaria fue de 1 a 2 días. El tipo de aborto más frecuente según el diagnóstico de egreso fue el aborto incompleto en un 80%. El 100% de las pacientes recibió tratamiento con reposición de líquidos y electrolitos, 18% recibió tratamiento antibiótico, y al 16% se le administró analgésicos. <sup>10</sup> El tratamiento quirúrgico brindado fue LIU en un 99.6%. Se

registró una complicación que correspondió a una enfermedad inflamatoria pélvica, la cual fue abordada con antibiótico y la paciente egresó en buenas condiciones al segundo día de tratamiento<sup>10</sup>.

La incidencia de aborto en el departamento de Chimaltenango durante el período de enero de 1999 a diciembre del 2001, es de 21 por mil nacidos vivos. La información sobre el estado civil, la ocupación y la religión no fueron concluyentes en el presente estudio, debido al bajo porcentaje en que se registró dicha información. La ocurrencia de aborto es mayor en pacientes con antecedentes de paridad anterior, abortos anteriores, con dos o más gestas y comprendidas en las edades de 20 a 24 años (26.7%) provenientes en un 31.4 % de la cabecera departamental. El tiempo promedio de estancia hospitalaria osciló entre 21 a 24 horas a dos días en un mayor porcentaje. El tipo de aborto más frecuente es el aborto incompleto. El mayor porcentaje de pacientes que presentan aborto reciben reposición de líquidos y electrolitos y el legrado instrumental uterino es el tratamiento quirúrgico de elección. La complicación más frecuente que se presentó en las pacientes fue endometritis en un 0.5% de los casos. Antecedentes patológicos como el cáncer de cervix y útero bicornes están relacionados con la ocurrencia de aborto, aunque el mismo solo se encontró en el 0.2% de los casos<sup>4</sup>.

Para el año 2000, según el estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna –LBMM–, Guatemala presentaba una razón de mortalidad materna de 153 x 100,000 nacidos vivos, el perfil de la mujer que fallecía por estas causas era el de la mujer indígena, de área rural, pobre y sin educación, las causas biológicas por las que fallecía eran hemorragia, infección, hipertensión y aborto en el 96% de los casos. <sup>5</sup>

## **Aborto**

**Definición:** se define como la interrupción del embarazo antes de la 22 semana de gestación, o con embrión o feto menor de 500 gr, independientemente del carácter espontáneo o provocado del mismo<sup>7</sup>.

## CLASIFICACIÓN

### 1. Según la intencionalidad

**a) Aborto inducido**, provocado o voluntario: es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en el contexto de la legalidad o ilegalidad. <sup>7</sup>

Puede ser:

- Libre: bajo el derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el sólo hecho de no ser deseado.
- Psicosocial
- Eugénésico: cuando se predice que nacerá un feto con defecto o enfermedad.
- Terapéutico: por razones de salud materna.
- Mixto: cuando en el embarazo múltiple se realiza una reducción selectiva embrionaria o fetal para que los restantes tengan mayor probabilidad de sobrevivir.
- Ético: Cuando el embarazo es fruto de una agresión sexual.

**b) Aborto espontáneo o involuntario**: en el cual no interviene la acción humana de forma intencionada. <sup>7</sup>

2. Según su evolución puede ser

**Amenaza de aborto**: se caracteriza por metrorragia escasa acompañada o no de dolor en hipogastrio tipo cólico. <sup>7</sup>

**Aborto inminente o inevitable**: caracterizado por la irreversibilidad del proceso, en la que la dilatación cervical es continua y progresiva. <sup>7</sup>

**Aborto retenido o diferido**: en el que persiste el producto de la concepción tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener en cuenta dentro de este, es la gestación anembrionico, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. Su causa más importante es la alteración cromosómica. <sup>7</sup>

**Aborto habitual o recurrente**: pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos. <sup>7</sup>

3. Según su terminación

**Aborto completo**: el producto de la concepción es expulsado en su totalidad. <sup>7</sup>

**Aborto incompleto:** el producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina. <sup>7</sup>

#### 4. Según su edad gestacional

**Aborto bioquímico o preclínico:** es la interrupción de la gestación después de nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional (cuatro-cinco semanas de gestación). <sup>7</sup>

**Aborto clínico:** ocurre posterior a la gestación del saco gestacional, se divide en embrionario (de la seis a la ocho semanas gestacionales) o fetal (de la diez a la veintidós semanas gestacionales). <sup>7</sup>

#### 5. Según las consecuencias

**Aborto no complicado.**

**Aborto complicado:** Infección (aborto séptico), hemorragia, etc. <sup>7</sup>

## ETIOLOGÍA

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida. Dentro de éstas pueden ser de dos tipos: <sup>7</sup>

- Ovular: anomalías genéticas.
- Maternas: anatómicas.
- Endocrinas.
- Infecciosas.
- Inmunológicas.
- Ambientales y iatrogénicas. <sup>11</sup>

#### a) Anomalías genéticas

Es la causa más común de aborto espontáneo (del 50 al 70%). La proporción de anomalías cariotípicas disminuye a medida que avanza la gestación. Las alteraciones cromosómicas más frecuentes en el primer trimestre son las trisomías autosómicas, sobretodo la del 16, dependen de factores como la edad materna, translocaciones equilibradas de los padres y fertilización tardía. <sup>7</sup> En el segundo trimestre destacan las trisomías 13, 18, 21, así como la

monosomía 45 X0. En el aborto de repetición las anomalías más frecuentes son las translocaciones. En el 2-5% de estas parejas existe una translocación equilibrada. <sup>11</sup>

b) Anomalías anatómicas o uterinas:

**Malformaciones uterinas:** Sólo el 25% ocasionan pérdidas reproductivas, destacando por frecuencia el útero tabicado. Paradójicamente, anomalías más graves como el útero doble no incrementan la tasa abortiva debida (según diferentes teorías) a que la base del problema no radica en el conflicto de espacio, sino en alteraciones de la vascularización y nutrición endometrial. <sup>11</sup>

**Causa endometrial o implantaria:** Defecto de interacción embrión-endometrio. <sup>11</sup>

**Miomas uterinos:** La localización es más determinante que el tamaño, siendo los miomas submucosos los que con mayor frecuencia se relacionan con abortos, por producir trastornos en la vascularización o compresión en el desarrollo del embarazo. <sup>11</sup>

**Sinequias uterinas:** Se encuentra en el 15-30% de los casos de aborto habitual. <sup>11</sup>

**Insuficiencia ístmicocervical:** Caracterizada por la incapacidad del cervix de permanecer cerrado ante la distensión de la cavidad uterina que además puede permitir el ascenso de microorganismos hacia el compartimento ovular. Generalmente es secundaria a traumatismos cervicales. <sup>11</sup>

**Otras:** Placentación anormal, útero hipoplásico en mujeres expuestas al dietilestilbestrol. <sup>11</sup>

### c) Trastornos endocrinos

**Defectos de la fase luteínica:** Para la implantación y el mantenimiento del embarazo es necesaria la correcta función del cuerpo lúteo (maduración endometrial y nidación del blastocisto). La extirpación del cuerpo lúteo antes de la séptima semana de gestación ocasiona aborto en casi todas las mujeres. <sup>7</sup>

La insuficiencia luteínica es el trastorno hormonal más frecuente asociado al aborto, pudiendo deberse a patología endometrial o a una insuficiencia de progesterona. También

puede ser consecuencia de una anomalía fetal que ocasione alteraciones en el funcionamiento del cuerpo lúteo, observándose una asociación con la trisomía 13.<sup>11</sup>

**Anomalías en la secreción de LH:** La hipersecreción de LH en la primera fase del ciclo es causa de aborto, lo cual se podría explicar si consideramos que este aumento produciría una maduración prematura del oocito con reactivación de la primera división meiótica antes de la ovulación. El envejecimiento precoz del oocito antes de la fecundación ocasionaría una mayor frecuencia de anomalías genéticas.<sup>7</sup>

**Anomalías tiroideas:** Los anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) con frecuencia aparecen elevados en pacientes abortadoras. Las pruebas habituales de función tiroidea no han demostrado claramente su utilidad clínica.<sup>7</sup>

**Diabetes mellitus:** No hay pruebas de que la intolerancia a los carbohidratos produzca abortos con más frecuencia. No existe mayor riesgo de abortar en mujeres con diabetes subclínica o bien controlada, si bien en DMID esta tasa es dos o tres veces mayor que en la población general.<sup>7</sup>

#### **d) Causas infecciosas**

Se relacionan con riesgo de aborto la exposición primaria en etapas iniciales de la gestación, la capacidad inherente al microorganismo para producir una infección placentaria, así como el desarrollo de un estado de portador y, por último, la inmunodeficiencia causada por inmunosupresores, quimioterapia, corticoides y SIDA. Cualquier enfermedad infecciosa aguda puede ser causa de aborto esporádico, aunque ciertos agentes infecciosos se relacionan más con éstos, como los microorganismos productores de la viruela, cólera, paludismo, toxoplasmosis y brucelosis, siendo el *Ureoplasma urealyticum* y *Micoplasma hominis*. También causan abortos la *Listeria monocytogenes*, Citomegalovirus y Virus Herpes Simple. No se ha podido demostrar que el VIH incremente la tasa de abortos espontáneos. La lues es la única enfermedad con efecto demostrado en el aborto recurrente.<sup>7</sup>

#### **e) Abortos de origen inmunológicos**

Probablemente, el 80% de los abortos de origen desconocido tienen una base inmunológica. El sistema inmune materno reconoce a la unidad feto-placentaria y establece los mecanismos de autotolerancia. Cualquier fallo de éste podría ser causa de aborto, observándose una mayor prevalencia de anticuerpos autoinmunes órgano y no organoespecíficos. Se habla de la producción de factores tóxicos (IgG, Interferón Gamma) para el embrión y/o trofoblasto. El lupus eritematoso es la enfermedad paradigma debida a presencia de anticuerpos antifosfolipídicos. Otros procesos autoinmunes que cursan con niveles elevados de Acs. Antinucleares y antitiroideos también serían causa de abortos. <sup>7</sup>

**Anticuerpos y síndrome antifosfolipídico:** Se conocen tres tipos de anticuerpos antifosfolipídicos con trascendencia clínica: anticoagulante lúcido, anticuerpos anticardiolipina y los falsos positivos de la serología luética. Estos anticuerpos ocasionan pérdidas gestacionales recurrentes por posibles interferencias en la formación del sincitiotrofoblasto, trombosis arteriales y venosas, trombocitopenia y anemia hemolítica autoinmune. La evidencia de estos cuadros clínicos y el aumento de los anticuerpos anticardiolipina definen el Síndrome Antifosfolipídico, que aparece en el 7 al 30% de los casos de LES. Los abortos aislados no suelen asociarse con la presencia de cuerpos antifosfolipídicos. El síndrome antifosfolipídico se trata con ácido acetilsalicílico, e incluso con heparina y sus beneficios están comprobados. Estos tratamientos se instauran inmediatamente al conocimiento de la gestación aunque, de forma ideal, deberían iniciarse con carácter preconcepcional. <sup>7</sup>

**Anticuerpos antinucleares y antitiroideos:** No se ha podido establecer su participación en la génesis del aborto habitual. Los datos disponibles no apoyan su determinación sistemática. Enfermedades autoinmunes con afectación gonadal se asocian a pérdidas recurrentes. <sup>7</sup>

#### **f) Causas ambientales**

**Tabaco:** La incidencia de aborto es más frecuentes en fumadoras que en no fumadoras, con independencia de la edad. Este aumento es función directa de la cantidad de humo inhalado. Analizados los productos abortivos, no se encuentran anomalías cariotípicas, lo cual habla a favor de la influencia directa del tabaco. <sup>7</sup>

**Alcohol y tóxicos químicos:** Teniendo en cuenta la multiplicidad de factores de riesgo en la paciente alcohólica, no puede considerarse al alcohol como causa directa de la pérdida reproductiva, si bien hay estudios que señalan un aumento en la tasa de abortos espontáneos. Algunos tóxicos como el óxido de etileno, derivados del caucho y solventes industriales también la aumentan. <sup>7</sup>

**Cafeína:** El consumo excesivo de cafeína en el embarazo se relaciona con retraso del crecimiento y pérdida embrionaria. <sup>7</sup>

**Radiaciones:** Los procedimientos diagnósticos radiológicos no aumentan el riesgo de pérdida reproductiva, retraso del crecimiento o malformaciones. No obstante, la exposición del útero grávido a dosis de radiación terapéutica sí incrementa la tasa de abortos. La ultrasonografía diagnóstica no constituye un riesgo añadido. <sup>7</sup>

**Contracepción:** Tanto los anticonceptivos orales como el DIU (utilizados preconceptionalmente) no aumentan el riesgo de aborto que si se evidencia en caso de gestación con DIU. El uso de espermicidas antes y durante el embarazo no lo aumentan. <sup>7</sup>

**Traumatismos:** En contadas ocasiones de gran violencia pueden ocasionar abortos. Existe relación causa efecto sólo cuando la pérdida reproductiva es próxima a la acción traumática.

**Edad materna:** La tasa de abortos en mujeres de 40 años duplica la de pacientes 20 años más jóvenes. Este incremento es multifactorial y depende de procesos infecciosos, insuficiencia luteínica y alteraciones en la vascularización endometrial. <sup>7</sup>

**Trabajo:** El trabajo nocturno aumenta la frecuencia de abortos, sobre todo en aquellos casos que requieren una atención especial. <sup>7</sup>

**Yatrogenia:** La realización de métodos diagnósticos invasivos durante la gestación como la amniocentesis, biopsia corial o funiculocentesis, puede favorecer su pérdida. El riesgo descrito es del 1-3% de pérdidas gestacionales y éstas tienen una clara relación con la experiencia del especialista que realiza la técnica. <sup>1</sup>

## FORMAS CLÍNICAS

La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de shock. La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde con la edad gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa del saco embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos. Se distinguen varias formas clínicas de aborto, destacando en la práctica las situaciones de amenaza de aborto, aborto inevitable o en curso, el aborto diferido y el aborto séptico.<sup>7</sup>

### **a) Amenaza de aborto**

Define la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea con tamaño acorde a la edad gestacional. El cuello uterino está cerrado y en general cursa sin dolor ni otros síntomas, salvo leves molestias abdominales de tipo menstrual o lumbalgias inespecíficas. Generalmente existe evidencia ecográfica de gestación intrauterina con desarrollo acorde a la edad gestacional.<sup>7</sup>

Es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras causas de metrorragia, como pólipos cervicales, lesiones erosivas o ulcerativas a este nivel y casos sospechosos de malignidad. En primer lugar debe confirmarse que el embarazo es intrauterino; si el embarazo es muy precoz y los hallazgos ecográficos no son diagnósticos puede ser de utilidad la determinación seriada de beta-HCG o la repetición de la exploración ecográfica al cabo de unos 7-10 días que evidenciará la evolución de la gestación. En presencia de actividad cardíaca fetal, el pronóstico es muy bueno, con evolución normal de la gestación en el 90-96% de los casos, salvo en abortos de repetición, en los que el riesgo de recidiva es de un 22% aún en presencia de latido cardíaco fetal. La existencia ecográfica de vesícula vitelina es un signo de buen pronóstico. También existe una serie de signos ecográficos de mal pronóstico que suponen un mayor riesgo de pérdida gestacional, como la presencia de una frecuencia cardíaca fetal menor de 100 latidos por minuto, vesícula gestacional pequeña e irregular y la presencia de un hematoma subcorial mayor del 25% del volumen del saco gestacional.<sup>7</sup>

### **b) Aborto inevitable:**

Se distinguen dos formas clínicas: aborto completo e incompleto. La primera define la expulsión de todo el material, con disminución del dolor y la metrorragia, cierre del cuello y contracción del útero. En el aborto incompleto no se ha expulsado todo el material y puede persistir la hemorragia con dolor abdominal intenso y cervix permeable. <sup>7</sup>

### **c) Aborto diferido**

Es la gestación interrumpida sin expulsión del material retenido. En el examen el cervix está cerrado, pueden aparecer discretas metrorragias y el útero suele ser de menor tamaño del que correspondería por la amenorrea. El diagnóstico se basa en la confirmación ecográfica de la ausencia de actividad cardíaca en embriones con longitud cráneo caudal mayor o igual a 5 mm. Gestación anembrionico, se diagnostica ante la presencia de un saco ovular vacío de 17 mm o más sin eco embrionario en su interior o saco ovular mayor o igual a 13 mm sin vesícula vitelina, independientemente de la clínica y la fecha de amenorrea. En la actualidad se considera como un embarazo en el que se ha producido la resorción completa del embrión más que como una gestación en la que éste no ha existido. <sup>7</sup>

### **d) Aborto séptico**

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anejos que se presenta tras un aborto. La infección tras aborto es un proceso ascendente y puede estar causado por una cervicovaginitis preexistente, por retención de restos abortivos que se sobre infectan y en el caso de aborto provocado, por una perforación del útero y/o otras estructuras, o por mala técnica aséptica. <sup>7</sup>

Es una infección polimicrobiana en relación con la flora vaginal endógena, y suele aislarse *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, estreptococos hemolíticos como estafilococos y anaerobios. El *Clostridium perfringens* puede ocasionar un cuadro de sepsis postaborto, liberando una potente alfa-toxina tras 24-48 horas de incubación, es extremadamente grave, produciéndose hemólisis severa, trastorno de coagulación con shock o hipotensión refractaria, CID, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda (Síndrome de Mondor). <sup>7</sup> Es un cuadro clínico definido por la aparición de fiebre, escalofrío y dolor abdominal después de un aborto. En la exploración destaca la presencia de

hemorragias, leucorrea de aspecto purulento y aumento del tamaño uterino, que muestra una consistencia blanda con dolor a la movilización cervical, pudiendo palparse una masa anexial dolorosa. <sup>12</sup>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo:

- Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior: Toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia, biopsia.
- Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta-HCG (siempre mayores de 100.000 mUI/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológica.
- Embarazo ectópico: en caso de que no se observe gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta- HCG sanguínea y su evolución posterior, nos permitirá orientar el diagnóstico. <sup>13</sup>

## TRATAMIENTO

Debemos distinguir dos grandes grupos a la hora de hacer un tratamiento terapéutico, por un lado, la actitud conservadora en la amenaza de aborto y, por otro, la técnica empleada en caso de confirmarse una gestación interrumpida.

### 1. Tratamiento conservador

Durante años se ha considerado el valor terapéutico del reposo y la abstinencia sexual, aunque no ha demostrado su verdadera utilidad. El empleo de agentes progestacionales (HCG o progestágenos naturales o sintéticos), tampoco han demostrado su eficacia, salvo quizá la administración de HCG en caso de abortos de repetición de posible causa hormonal. Si existe DIU *in situ* y el hilo es visible, o el dispositivo accesible con control ecográfico, debe extraerse. <sup>7</sup>

### 2. Evacuación quirúrgica

El tratamiento quirúrgico del aborto se basa en las técnicas de legrado con cureta o por aspiración.<sup>7</sup>

### **El legrado simple:**

Es el procedimiento más sencillo de evacuación uterina. Con la paciente anestesiada y posición ginecológica, se aplica una valva vaginal y se pinza el cuello uterino, traccionando para evitar la perforación. A continuación se mide la cavidad uterina usando un histerómetro. Posteriormente, si el cuello está cerrado, se procede a su dilatación con tallos de Hegar, ésto podría evitarse si se realiza preparación cervical previa. Si por el contrario está dilatado, se introducirá directamente la cucharilla o legra, eligiendo la de mayor tamaño que quepa por el orificio cervical. Introducida hasta el fondo uterino y mediante movimiento de retorno hacia el cuello se exploran las cuatro paredes, procediendo hasta evacuar la cavidad uterina.<sup>14</sup>

### **El legrado por aspiración:**

Se practica utilizando la cánula de mayor diámetro posible, que se coloca entre el orificio cervical interno y la parte inferior del cuerpo uterino. Se pone en marcha la aspiración y, mediante movimiento de rotación, se procede a la evacuación del contenido. Cuando la cavidad aparece vacía y se aspira sangre roja espumosa se recomienda realizar una exploración con cureta para comprobar la vacuidad uterina total. Puede efectuarse hasta la semana doce-trece.<sup>14</sup>

### **3. Evacuación médica**

Numerosos autores consideran el legrado extremadamente peligroso después de la semana doce de gestación, propugnando el tratamiento médico. También es una alternativa para aquellas mujeres que deseen evitar la cirugía. El fármaco más usado es el misoprostol administrado por vía vaginal. Las ventajas de este fármaco son: bajo precio, escasos efectos secundarios cuando se administran por vía vaginal, fácil disponibilidad, evita la necesidad de anestesia y los riesgos asociados a la cirugía, y parece presentar menos complicaciones posteriores a medio plazo. El misoprostol está contraindicado en pacientes con glaucoma o asma y su uso para esta indicación no está actualmente aprobado en

España. El empleo de oxitócicos solos o asociados a prostaglandinas, sigue siendo una alternativa al legrado en caso de aborto del segundo trimestre. <sup>16</sup>

#### 4. Indicaciones

##### **Amenaza de aborto**

En caso de confirmarse la viabilidad ovular no es preciso realizar tratamiento. Si la ecografía no demuestra la existencia de embrión o hay una discordancia con el tiempo de amenorrea se recomienda repetirla pasadas 2 semanas. <sup>7</sup>

##### **Aborto inevitable o en curso**

El tratamiento expectante es una alternativa en el aborto en curso en fases iniciales, no complicado y ha demostrado una eficacia similar al tratamiento médico y quirúrgico. Permite una confirmación evolutiva del diagnóstico y probablemente sea la conducta más razonable en el aborto inevitable con feto vivo y sin complicaciones maternas. Si se trata de un aborto completo se recomienda la comprobación ecográfica de la vacuidad uterina, no aconsejándose en tal caso la práctica de legrado por el peligro de ocasionar un síndrome de Asherman, pudiendo emplearse como alternativa fármacos ergotónicos. Si el aborto es incompleto, se debe proceder a una evacuación quirúrgica, ya que los restos retenidos impiden la involución uterina prolongando la hemorragia y favoreciendo la infección. Si se trata de un aborto del primer trimestre se aconseja la evacuación uterina mediante legrado para detener el proceso hemorrágico. En caso de aborto del segundo trimestre, y si hay dilatación cervical, se procederá al vaciamiento uterino con oxitócicos o prostaglandinas, siempre que la hemorragia no sea alarmante. Si no hay dilatación y la hemorragia es importante se practicará legrado uterino previa dilatación instrumental. Es importante no olvidar la administración de gammaglobulina anti-D a todas las pacientes con grupo Rh negativo para evitar problemas de sensibilización. <sup>7</sup>

##### **Aborto diferido**

La sobreinfección de los restos ovulares retenidos puede ocasionar trastornos de la coagulación, existiendo un periodo de 4-5 semanas de latencia. El tratamiento expectante puede suponer un periodo de espera demasiado largo. En la evacuación quirúrgica puede

ser aconsejable por el estado del cervix un tratamiento inicialmente médico como preparación previa al legrado. <sup>7</sup>

### **Aborto séptico**

En este caso se hace necesario el ingreso hospitalario de la paciente, monitorización, analítica completa, cultivos, radiografías de tórax, ecografía ginecológica y tratamiento antibiótico intravenoso. La triple pauta a seguir consiste en:

- Penicilina G Sódica (4-8 millones UI cada 4-6 horas) o ampicilina (2 g cada 4-6 horas) más
- Gentamicina (1,5 mg/kg cada 8 horas) más
- Clindamicina (600 mg cada 6 horas o 900 mg cada 8 horas) o metronidazol (1 gr. cada 8-12 horas).

En los casos menos graves puede utilizarse únicamente cefoxitina (2 gr. cada 8 horas), asociando doxiciclina (100mg cada 12 horas) si se sospecha infección por clamidias. El tratamiento ha de individualizarse; en aquellas mujeres con temperatura inferior a 39 °C, útero pequeño, infección localizada y sin signos de shock, puede no ser necesario el tratamiento quirúrgico. Si fuera necesario dicho tratamiento quirúrgico, se procederá al legrado uterino cuando se logre la estabilización hemodinámica y siempre que el estado clínico de la paciente nos lo permita, cuando se prevea que se han conseguido los niveles séricos adecuados de antibióticos. En ocasiones puede ser necesaria la práctica de una histerectomía, sobre todo en caso de peritonitis o shock séptico rebeldes a tratamiento, útero de tamaño mayor de 16 semanas, perforación uterina, hemorragias incontrolables, aborto inducido por agentes químicos e infección por *Clostridium perfringens*. <sup>7</sup>

### **COMPLICACIONES**

Las hemorragias y los procesos infecciosos son las complicaciones más frecuentes, siendo menor su incidencia en los casos de aborto espontáneo que en el provocado, que deberá sospecharse ante un cuadro post abortivo muy hemorrágico o febril. La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente. Entre tanto, resulta eficaz la administración de oxitocina para cohibir la hemorragia. <sup>7</sup>

La infección postaborto puede asociarse a complicaciones como bacteriemia, abscesos pelvianos, tromboflebitis, CID, shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la

muerte. De todos los procedimientos terapéuticos el legrado por aspiración es el que conlleva menos complicaciones infecciosas. Son factores de riesgo las infecciones previas del tracto genital, el aborto en fases tardías y el empleo de anestésicos locales. Otra complicación a tener en cuenta, aunque es menos frecuente, es la coagulopatía intravascular diseminada (CID), sobre todo en casos de aborto diferido, aborto séptico con shock séptico y en casos de instilación intrauterina de soluciones hipertónicas.<sup>7</sup>

Una complicación postquirúrgica es la perforación uterina. Es infrecuente, en torno al 0,2%. La favorecen la inexperiencia del cirujano, los abortos tardíos y la multiparidad. El tratamiento varía en función de la sintomatología. Ante la sospecha de perforación, el legrado debe interrumpirse, manteniendo una actitud conservadora. La aparición de irritación peritoneal por lesión visceral, hemorragia intensa o hematoma extenso son indicaciones de laparotomía urgente.<sup>7</sup>

El Síndrome de Asherman (sinequias uterinas) es en el 60 % de los casos secundario a un legrado uterino, disminuyendo su frecuencia mediante maniobras suaves y precisas, eligiendo la técnica del legrado por aspiración en vez del curetaje quirúrgico. No hay que olvidar que se puede provocar infertilidad en la mujer debido a este síndrome. Las repercusiones psicológicas del aborto pasan a menudo desapercibidas. En la mayoría de los casos es imposible anticipar o detectar el sentimiento de angustia o indefensión de la paciente.<sup>15</sup>

## EXÁMENES Y TRATAMIENTOS SECUNDARIOS

### Análisis anatomopatológico de los productos abortivos

En el examen macroscópico, la ausencia de embrión no indica que no haya existido desarrollo de éste, que podría constatarse ante la presencia de fragmentos de cordón o vesícula vitelina. La fecha de interrupción del desarrollo embrionario puede datarse en función del aspecto de las membranas y las vellosidades coriales. En primer lugar se produce la autólisis del embrión y, posteriormente, modificaciones vellositarias con infiltración leucocitaria que, según el estado de diferenciación, varían desde el grado hidrópico de las vellosidades jóvenes (5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> semana.) pasando por un estado mixto hidrópico-fibroso (7<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> semana.) hasta terminar en una fibrosis estromática de las

vellosidades de mayor edad (9<sup>o</sup>-10<sup>o</sup> semana.). Cabe destacar que la mayoría de las interrupciones tienen lugar durante las primeras semanas de desarrollo embrionario. <sup>7</sup>

No hay unas características específicas en los productos del embarazo que definan tanto un agente causal como una patología asociada al feto. Sí es importante el estudio anatomopatológico en el aborto espontáneo como elemento diferenciador con otros procesos que cursan en la misma etapa de gestación, como el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica. <sup>7</sup>

### Examen etiológico

Si se trata de un primer fallo reproductivo, el examen etiológico es innecesario, salvo en caso de una condición clínica específica. En caso de aborto habitual la situación cambia, siendo obligatorio el estudio profundo de las posibles circunstancias etiológicas. Se procederá a estudiar a todas las parejas que consultan por aborto habitual, buscando el tratamiento específico de las causas desencadenantes, única forma de mejorar el pronóstico reproductivo. <sup>7</sup>

### PRONÓSTICO

Estudios del endometrio durante los primeros ciclos siguientes al aborto muestran alteraciones deciduales y anomalías ovulatorias, atribuibles a factores como estrés, persistencia de la HCG e insensibilidad hipofisaria a la GnRH. Aunque es posible conseguir un embarazo en el primer ciclo postaborto, es recomendable esperar a la correcta regulación del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. <sup>7</sup>

Existe mayor riesgo de aborto de repetición en pacientes con antecedentes familiares de fracasos gestacionales múltiples, casos de menarquia precoz y tabaquismo. Son factores de buen pronóstico en la pareja con aborto habitual la edad materna inferior a 30 años, la regularidad en los ciclos anteriores, la existencia de menos de cuatro abortos previos, los antecedentes de recién nacidos vivos, así como el buen resultado de la última gestación. En pacientes con pérdidas reproductivas recurrentes, el embarazo siguiente debe ser vigilado con especial atención, ya que existen riesgos obstétricos sobreañadidos, como la mayor frecuencia de fetos pequeños para edad gestacional, amenaza de parto prematuro,

aumento de la mortalidad perinatal y aparición de metrorragias. No son frecuentes los casos de gestosis, disglucosis o malformaciones congénitas.<sup>7</sup>

### **Consecuencias sociales y económicas**

Todo aborto, espontáneo o provocado, tiene sanción social y familiar pero es, desde luego, más punible el aborto provocado. A nivel de la comunidad –sea urbana o rural– no es bien visto que la mujer tenga una pérdida de embarazo, y al interior de las familias se culpabiliza a la mujer por no haber tenido las precauciones necesarias para haber evitado la pérdida. La desaprobación en el seno de la familia–igualmente urbana o rural– proviene principalmente de la suegra y en, segundo lugar, del marido.<sup>18</sup> Las sanciones para la mujer que interrumpe un embarazo –tanto en el área rural como en la urbana– van desde rechazo, desprecio, repudio y burla de la comunidad y de la familia, hasta regaños y amenazas de golpes o violencia física por parte de los padres, esposos u otros miembros masculinos de la familia. Ala joven soltera le dificultan volver a relacionarse con otros jóvenes mediante el descrédito y la advertencia a los pretendientes sobre su experiencia pasada. La mujer se ve igualmente expuesta a la pérdida del empleo y del ingreso, si las complicaciones de aborto demandan largos períodos de convalecencia. Para los proveedores de salud existen otros costos indirectos de orden psicológico y emocional como la depresión, los sentimientos de culpa, el rechazo de la familia y la comunidad y, en algunos casos, el abandono del esposo.<sup>18</sup>

Los resultados del estudio revelan que el embarazo no planeado y el aborto inducido ocurren tanto en mujeres urbanas como rurales, aunque estas últimas no lo reconozcan abiertamente. A través de los relatos sobre casos conocidos, se advierten similitudes en cuanto a las prácticas utilizadas en los intentos de interrupción de un embarazo y en las complicaciones que sufren las mujeres como resultado de prácticas inseguras. Sin embargo, las mujeres del área rural se hallan en mayor desventaja que las del área urbana cuando sufren complicaciones que requieren tratamiento médico.<sup>24</sup> La falta de recursos de salud y la poca capacidad resolutiva de los escasos servicios locales disponibles son dos de las grandes barreras que enfrentan las mujeres rurales para obtener atención médica. La pobreza, la falta de transporte y la lejanía a los centros de atención demoran y muchas veces impiden que las mujeres busquen la atención médica adecuada. Además de las barreras económicas, geográficas y de disponibilidad de recursos de salud, las mujeres del

área rural –en su mayoría indígenas- enfrentan barreras culturales para la prevención del embarazo no planeado. <sup>6</sup>

La religión influyó en sus respuestas en 41.49%. En cuanto a conocimientos acerca de la epidemiología del aborto y muerte materna un 56.4% indica que el aborto es ilegal por motivos religiosos y creencias. <sup>18</sup> indican que el 53.9% de los estudiantes presentan un nivel medio de conocimientos sobre el aborto inducido y solamente el 22.7% presenta un nivel alto; con respecto a las actitudes el 43.0% de los estudiantes presenta una actitud de aceptación hacia el aborto inducido y el 21.9% presentan una actitud de rechazo hacia el aborto inducido, encontrándose correlación y significativa entre las variables de estudio. <sup>19</sup>

En una reciente publicación del Guttmacher Institute (2006), se reporta que cada año alrededor de 5.3 millones de mujeres se exponen a un aborto inseguro y sufren alguna discapacidad temporal o permanente. <sup>20</sup>

A la vez, sus actitudes pueden verse influenciadas por otros factores <sup>21, 22</sup> entre ellos la religiosidad, temor por la integridad propia y de la familia debido a amenazas de grupos radicales, la existencia de una opinión negativa hacia el aborto en el entorno social <sup>23</sup> y el motivo o circunstancia por el cual una mujer solicita un aborto. <sup>24</sup> Por ejemplo, el temor al estigma social, puede desembocar en una actitud de rechazo y por lo tanto en la negación del servicio de aborto por parte del proveedor. Percibir al aborto inseguro como un problema en la comunidad <sup>24</sup> Obtener datos precisos sobre el aborto en México representa un gran reto debido al subregistro existente (más aún cuando se trata de abortos inducidos). Las cifras más recientes sobre aborto inducido en dicho país resultan dispares debido a variaciones relacionadas con las distintas fuentes de información y métodos utilizados para realizar las estimaciones. Por ejemplo, para el año 2006 en México se reportan estimaciones que varían entre 150 mil abortos inducidos con una tasa de 103 abortos por cada 10 mil mujeres de 15 a 49 años <sup>25</sup> Actualmente las complicaciones del aborto inseguro son una causa común de morbilidad y mortalidad materna en el mundo, constituyendo un grave problema de salud pública. <sup>26</sup>

### III. OBJETIVOS

#### Objetivo General

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el aborto en pacientes con diagnóstico de falla temprana en el hospital de Gineco - Obstetricia de junio – diciembre del año 2017

#### Objetivos Específicos

- Describir el perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de falla temprana en el hospital de Gineco - Obstetricia de junio – diciembre del año 2017
- Establecer el grado de conocimientos sobre el aborto en pacientes con diagnóstico de falla temprana en el hospital de Gineco - Obstetricia de junio – diciembre del año 2017
- Conocer las actitudes sobre el aborto en pacientes con diagnóstico de falla temprana en el hospital de Gineco - Obstetricia de junio – diciembre del año 2017
- Identificar las prácticas sobre el aborto en pacientes con diagnóstico de falla temprana en el hospital de Gineco - Obstetricia de junio – diciembre del año 2017

## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal, usando encuesta CAP's (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) sobre el aborto

### 2. Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de falla temprana, ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del hospital de Gineco - Obstetricia, durante el periodo de junio a diciembre del año 2017

### 3. Selección y tamaño de la muestra

Se incluye en el estudio todas las pacientes con diagnóstico de falla temprana que se encontraron en el momento de realización del estudio.

### 4. Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

Pacientes con diagnostico confirmado de falla temprana del embarazo  
Pacientes que firman el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión

Paciente con diagnóstico de falla temprana con patología asociada  
Paciente hemodinamicamente inestable  
Paciente con barrera lingüística.

### 5. Cuadro de variables

- Edad
- Escolaridad

- Religión
- Estado civil
- Gestas
- Conocimiento
- Actitud
- Practicas
- Falla temprana del embarazo
- Aborto incompleto
- Aborto completo

## 6. Operacionalización de variables

Operacionalización de variables					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Aborto completo	El producto de la concepción es expulsado en su totalidad	Expulsión completa del embarazo	Cuantitativo	Nominal	Saco gestacional con o sin presencia de embrión
Aborto incompleto	El producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos de la concepción en la cavidad uterina	Retención de restos de la concepción en la cavidad uterina	Cuantitativo	Nominal	Presencia de restos de la concepción que se evidencia por ultrasonido
Edad	Periodo cronológico desde su nacimiento hasta	Edad actual	Cuantitativa	Intervalo	15- 19 20- 24 25-29 30-34

	la fecha de la entrevista				≥ 35
Escolaridad	Nivel de conocimiento alcanzado hasta el momento de la entrevista	Nivel de escolaridad según el ministerio de educación	Cuantitativa discreta	Nominal	Analfabeto, Alfabeto primaria, Primaria, Técnico, Universidad
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Creencia ideológica de la paciente.	Cualitativa	Nominal	Católica Evangélica Otras Ninguna
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Registro civil de la paciente según el renap	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unida

Gestación	Estado de la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide	Número de embarazos	Cuantitativo	Ordinal	Ninguno  1-2 embarazos 3 - 4 embarazos Más de 5 embarazos
Conocimiento	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas	Grado de conocimiento sobre aborto incompleto	Cualitativo	Nominal	Sabe  No sabe
Actitud	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.	Forma de comportarse de la paciente	Cualitativo	Nominal	Favorable  Desfavorable
Practicas	Ejercicio o realización de una actividad de forma continuada y conforme a sus reglas.	Practica que tiene paciente sobre aborto incompleto	Cualitativo	Nominal	Buena  Mala

## 7. Procedimientos de datos

### a. Procedimiento de datos

- Recolección de datos

Entrevistar la población en estudio utilizando una encuesta CAP's basado en la técnica CAP's (conocimientos, actitudes y prácticas) elaborado por la OMS

- Registro de datos

Se enumeran cada uno de los formularios, posteriormente son ingresados en una base de datos en Microsoft Office de donde se obtuvo un Libro en Microsoft Office Excel®,

- Análisis de datos

Todos los formularios fueron ingresados en una base de datos en Microsoft Access de donde se obtuvo un Libro en Microsoft Office Excel®, el cual se importó al programa Epi Info™ (CDC- OMS) donde se calcularon frecuencias, porcentajes que se presentan en tablas.

## 8. Procedimientos éticos

- Respeto a la autonomía a través de consentimiento informado
- No revelar la identidad de las participantes
- Minimizar el daño psicológico a la paciente no obligándola a participar en el estudio.

## 9. Recursos

### a. Humanos

- Paciente con diagnóstico de aborto
- Personal de enfermería
- Personal medico
- Revisor y asesor

b. Materiales

- Expediente clínico, lapicero, cuadernos, hojas de papel

c. Presupuesto

1000 quetzales

## V. RESULTADOS

### DATOS GENERALES

Tabla No. 1  
Edad de pacientes con diagnóstico de falla temprana  
Junio - Diciembre 2017

Rango	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
15-19	45	45	18.75
20-24	60	105	25
25-29	30	135	12.5
30-34	60	195	25
≥35	45	240	18.75
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 2  
Escolaridad de pacientes con diagnóstico de falla temprana  
Junio - Diciembre 2017

Escolaridad de paciente	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Analfabeto	9	9	3.75
Primaria	21	30	8.75
Básico	75	105	31.25
Diversificado	114	119	47.5
Técnico	6	225	2.5
Universitario	15	240	6.25
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 3

Religión que profesan las pacientes con diagnóstico de falla temprana  
Junio - Diciembre 2017

Religión	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Católica	99	96	40
Evangélica	75	174	31.25
Otras	6	180	3.75
Ninguno	60	240	25
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 4

Estado Civil de pacientes con diagnóstico de falla temprana  
Junio - Diciembre 2017

Estado civil	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Casada	120	120	50
Unida	45	165	18.75
Soltera	75	240	31.35
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

## ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:

Tabla No. 5  
Gestas de pacientes con diagnóstico de falla temprana  
Junio - Diciembre 2017

Gestas	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Ninguno	58	58	25
1-2 embarazo	92	150	37.5
3-4 embarazo	59	209	25
≥5 embarazos	31	240	12.5
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

## CONOCIMIENTO

Tabla No. 6  
¿Alguna vez usted ha escuchado el término aborto?  
Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	188	188	78.33
No	52	240	267
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 7

Si su respuesta a la pregunta es “sí”, responda lo siguiente ¿a través de quien ha escuchado el termino?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
<b>Familiares, amigos</b>	<b>104</b>	<b>104</b>	<b>55.31</b>
Médicos	23	127	12,23
Medios de comunicación	34	161	18.02
Enfermeras, curanderos	27	188	14,3
Total		188	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 8

Sabe usted cuál es el significado de aborto

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	48	48	20
No	192	240	80
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 9

¿Usted cree que todas las mujeres tienen riesgo de presentar algún aborto en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	88	88	20
No	152	240	80
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 10

De acuerdo a su lo que usted conoce, cual podría ser la causa más probable de aborto

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Se debe a una enfermedad	30	30	12.5
Es un castigo divino	6	36	3.75
No se	204	240	83.75
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 11

Sabe usted cuales son las manifestaciones clínicas (síntomas) de aborto

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	45	45	18.75
No	195	240	81.25
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 12

Sabe cuál es el tratamiento de un aborto

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	15	15	6.25
No	225	240	93.75
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 13

¿Usted sabe cuáles son los riesgos que puede presentar una mujer con diagnóstico de aborto?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	15	15	6.25
No	225	240	93.75
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 14

El tratamiento quirúrgico de un aborto es un legrado intrauterino o AMEU. ¿Acepta el tratamiento?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	226	226	94,2
No	14	240	5,8
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

### ACTITUDES

Tabla No. 15

Si dentro de una familia hay algún miembro que ha tenido uno o más abortos, usted cree que la familia, ¿van a discriminar o estigmatizar a esa persona?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
<b>Si</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>31.25</b>
No	165	240	68.75
		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 16

¿El aborto constituye un asunto o un problema importante para la mujer en edad reproductiva?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	porcentaje
Si	135	135	56.25
No	105	240	43.75
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 17

¿Cree usted que un curandero local puede tratar eficazmente a una mujer con diagnóstico de aborto?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	4	4	1.66
No	236	240	98.33
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 18

Las mujeres que han tenido uno o más abortos, deberían evitar quedarse embarazadas ¿usted que considera?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	30	30	12.5
No	210	240	87.5
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 19

¿Ha adoptado el Gobierno alguna medida o información dirigida a mujeres en edad reproductiva sobre aborto?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	0	0	0
No	240	240	100
Total			100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 20

¿Usted alguna vez ha buscado información sobre aborto?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	36	36	15
No	204	240	85
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 21

Si una mujer tiene diagnóstico de aborto, ¿qué debe hacer?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Acepta el tratamiento que le ofrece	219	219	91.25
Buscar una segunda opinión de otro profesional	21	240	8.75
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 22

Si una mujer tiene un aborto usted cree que la sociedad, ¿la van a discriminar y estigmatizar por ese motivo?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	45	45	18.75
No	195	240	81.25
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

## PRACTICAS

Tabla No. 23

¿Acepta usted el tratamiento médico o quirúrgico de un aborto?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	232	232	96.66
No	8	240	3.33
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 24

Si usted presenta aborto buscaría atención medica de inmediato

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	240	240	100
No	0	240	0
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 25

Si usted presenta aborto busca ayuda con comadrona

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Si	6	6	2.5
No	234	240	97.5
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

Tabla No. 26

Si usted u otro miembro de su hogar, amigas o cualquier otra mujer que tuviera

hemorragia (sangrado), ¿qué le recomienda usted?

Junio - Diciembre 2017

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje
Buscar ayuda medica	234	234	97.5
Buscar ayuda con un curandero	6	240	2.5
Total		240	100

Fuente: datos recolectados según el instrumento de recolección

## VI. INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADO

### Interpretación y discusión de resultados

Se entrevistaron un total de 240 pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales con diagnóstico de falla temprana del embarazo, se incluyeron pacientes mayores de 15 años; se agruparon en rangos 5 años de diferencias, donde se obtuvieron los siguientes resultados: el 25% comprenden entre las edad de 20 – 24 años, también el 25 % la edad de 30 – 34 años, seguido de 18.75 % de las que tienen 15 – 19 años y las mayores de 35 años el 12.5% del total de casos. Lo datos anteriores evidencia que la falla temprana del embarazo es frecuente en toda la vida reproductiva de la mujer. Se obtuvieron menos paciente mayores de 35 años con diagnóstico de falla temprano, esto se debe que las mujeres mayores de 35 años la fertilidad disminuye, pero estas pacientes tienen más probabilidades de presentar pérdidas a inicio del embarazo por alteraciones genéticas en los ovocitos del ovario.

Para determinar el perfil epidemiológico de las participantes en el estudio; se incluyó la escolaridad, obteniendo lo siguientes resultado: el 47.5% curso diversificado, seguido del 31.25% de alcanzo el nivel básico, el 8.75% curso la primaria, 6.25% asistió a la universidad, 2.5% nivel técnico y el 3.75% es analfabeta. La escolaridad no es un factor de riesgo para el desarrollo de falla temprana, se incluyó porque el grado de escolaridad influye en el nivel de conocimiento, en las conductas y prácticas sociales.

La religión que profesan las entrevistadas corresponde a la religión católica representa un 40% del total de pacientes encuestas, el 31.25 % profesa la religión evangélica, el 25 % no profesa ninguna religión y por ultimo solo el 3.75 % tienen otras creencias religiosas. Las creencias religiosas son un factor determinante en la toma de decisiones personales o/y social, también el aborto o perdidas del embarazo históricamente ha sido un tema rechazado o estigmatizado por creencias religiosas de la población donde ocurre el evento, según el estado civil; el 50 % están casadas, el 31 % solteras y 18.75 estás unidas.

De acuerdo a los antecedentes gestaciones del total de pacientes incluidas en el estudio el 25 % indica que no ha tenido ninguna gesta, al igual que las que han tenido entre 4 -5

embarazos previos, mientras que el 37.5 % refieren han tenido 2 embarazos previos y el 12.5% indica que ha tenido más de 5 gestaciones, a través de los datos obtenido se evidencia que todas las mujeres pueden tener en alguno momento en su vida fértil presentar problemas desfavorables para el desarrollo normal del embarazo.

Al interrogar conocimientos de las pacientes participante sobre sobre el aborto, se puedo determinar que el 78.33 % de las mujeres entrevistadas indican que han escuchado el término aborto, pero solo el 12.23 % indicaron que han escuchado el termino, por medio de un médico y mientras las entrevistadas indican que han oído principalmente el termino por medio de amigos, familiares que representa el 55.31 % del total de pacientes, el 18.02 % del total de paciente afirman que se han informado a través de los medios de comunicación y como penúltimo lugar 14.3 % por medio de enfermeras y curanderos, los datos anteriores indican que es un pequeño porcentaje de mujeres han recibido información por un profesional de la salud acerca de aborto, mientras que los amigos y familiares son la principal fuente de información lo que puede indicar que las pacientes pueden estar mal informadas acerca de todo lo relacionado con el aborto. El 21.67 % de las encuestadas indican que no han escuchado ninguna vez la palabra aborto siendo principalmente las mujeres jóvenes y las que nunca han tenido ningún gestación previa.

El 80 % de las entrevistadas no saben el significado de aborto y el 20 % indican que si saben; el 20 % del total de entrevistadas indican que todas las mujeres tienen el mismo riesgo de presentar aborto en alguno momento y el 80 % de las encuestadas respondieron que no a todas las mujeres pueden tener por lo menos un aborto en algún momento de su vida fértil, según los datos anteriores demuestra que el nivel de conocimiento es bajo en todas las pacientes encuestadas acerca de la probabilidad de tener de aborto. En cuanto a las causas el 83.75 % asegura que no saben la causa más probable y el 12.5 % indican que puede ser causada por una enfermedad y el 3.75 % indican que puede ser un castigo divino; es muy alto el porcentaje de paciente que desconocen las causa; mientras que un pequeño porcentaje indican que puede ser secundario a un castigo divino por lo que pone en evidencia que las creencias religiosas influye en el grado de conocimiento acerca del aborto.

El 18.75 % de las encuestadas indican que si saben la sintomatología y el riesgo del aborto en una mujer embarazada, mientras el 81.25 % no saben cómo se manifiesta ni el tratamiento del aborto, esto último puede influir en la toma de decisiones de buscar ayuda

profesional como tardarse en buscar atención médica y/o no hacerlo lo cual puede aumentar las complicaciones lo que puede poner en peligro la vida de la mujer gestante.

El 93.7% no saben cuál es el tratamiento médico del aborto y el 6.25 % indican que si saben cuál es el tratamiento y, de las que saben cuál es el tratamiento el 100 % indica que si aceptaría la realización de AMEU o LIU. El 94.2 % de las pacientes indican que aceptarían el tratamiento propuesto y el 5,8 no ha aceptaría el tratamiento.

El 31.25 % de las mujeres encuestadas indican que si una mujer presenta alguna vez en su vida algún aborto ella o su familia será discriminada o estigmatizadas por la sociedad y el 68.75 % indican que no, lo que representa las implicaciones sociales, familiares, culturales sobre el antecedente obstétrico de tener algún aborto. El 56.25 % de las entrevistadas indican que el aborto representa un problema importante en la mujer en edad reproductiva y el 43.75 % dicen lo contrario.

El 1.66 % de las mujeres entrevistadas indican que el aborto puede ser tratada eficazmente por un curandero, los datos anteriores pueden influir en la toma de decisiones de con quién acudir y recibir un mal tratamiento que puede empeorar el cuadro clínico y poner en peligro la vida de la paciente, mientras que el 98.33 % de las pacientes indican que no pueden ser tratada por un curandero. Lo anterior puede influir en la toma de decisiones de con quién acudir y recibir un mal tratamiento que puede empeorar el cuadro clínico y poner en peligro la vida. El 12.5 % de las entrevistadas consideran que si una mujer ha tenido alguno aborto en su vida debe evitar no volver a embarazarse mientras que el 87.5 % no lo considera así. Lo que puede indicar rechazo a un nuevo embarazo acerca de la toma de decisiones de cuantos hijos pueden tener.

Cuando se les pregunto que si el gobierno ha tomado alguna medida o información dirigida a mujeres en edad reproductiva sobre aborto el 100 % indica que no. Pero el 15 % indica que ha buscado alguna información sobre el aborto y el 85 % indica que no. El 91.25 % de las encuetadas indican que si una mujer cursa con aborto debe aceptar el tratamiento que su médico le ofrece mientras que el 8.75% indican que debería de pedir una segunda opinión. Pero cuando se les pregunto a ellas si aceptarían el tratamiento si su diagnóstico actual es aborto el 3.33 % indican que no aceptarían el tratamiento y el 96.66 % indica que sí. El 100 % indican que si saben que cursan con aborto buscarían ayuda de inmediato. Cuando se les pregunto si buscarían ayuda con comadrona al tener un aborto el 2.5 % indica que si y el 97.5 % indica que no.

## CONCLUSIONES

Es deficiente el conocimiento sobre aborto por qué; solo el 20 % de las mujeres encuestadas saben el significado de aborto, el 83.75 % no saben cuáles podrían ser las causas más probables, el 81.25% no conoce los síntomas de un aborto y el 93.75 % ignora los posibles riesgos que implica el aborto en la salud materna.

Hay actitud negativa ante la aceptación del tratamiento ya que el 3.33% indica que no aceptaría el tratamiento médico o quirúrgico y también del diagnóstico, el 8.75 % prefiere buscar una segunda opinión profesional.

El 31.25 % de las mujeres encuestadas indican que si presentan un aborto pueden ser víctimas de discriminación familiar y 18.75 % social y, 12.5 % respondieron que si tienen el antecedente de aborto previo se debería evitar un embarazo próximo.

La información previa que han recibido las mujeres es de mala calidad porque solo el 12.23 % ha sido impartido por un profesional de la salud y el 55.31 % ha sido por algún amigo o familiar

La medicina tradicional aún prevalece su rol ya que existe un 2.5 % de la población en estudio indica que buscaría atención con comadrona.

El perfil epidemiológico más frecuente 20-24 años y 30-34 años en 25% respectivamente, 40% son católicos, el 37.5% han tenido 1-2 embarazos previos y 3.75 % son analfabetas.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda al gobierno central a través de las instituciones encargadas de cuidar la salud de la población femenina en edad fértil brindar información acerca abortos, sus complicaciones y tratamiento con el fin de disminuir la morbi-mortalidad femenina.

Se recomienda a la comunidad médica en general especialmente a los obstetras brindar información acerca abortos, sus complicaciones y tratamiento la población femenina en edad reproductiva.

Brindar apoyo psicológico a las pacientes con antecedente de aborto previo por temor a ser discriminadas de parte de la sociedad o familiar

Educar a la población en general acerca de la frecuencia de aborto y también sobre las consecuencias psicológicas para mujeres que sufren discriminación social o familiar.

Se les aconseja a las personas que practican medicina tradicional y comadronas buscar asesoría profesional sobre aborto, con el objetivo de identificar a pacientes que cursen con posible aborto y referirlo a un nivel de salud más avanzado y capacitado para dar tratamiento adecuado.

A la población femenina en edad fértil con activada sexual sin protección buscar información acerca de las posibilidades de un aborto con un profesional de salud o auto educarse a través de medios confiables destinadas o cuyos objetivos es brindar información médica a la población femenina a través de internet o medios de comunicación confiable.

## VII. REFERENCIAS BIBLIORAFICAS

1. Zamudio L. El aborto como problema de salud pública. Encuentro de parlamentarios de América Latina y el Caribe sobre aborto inducido, Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2000
2. Panamerican Health Organization. Country profile of Guatemala. Washington, D.C.: PHO; 2001
3. Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala. Misoprostol para el tratamiento de aborto incompleto en Guatemala. Guatemala: AGOG; 2014.
4. Ramírez Salazar DA. Caracterización epidemiológica del aborto. [tesis de médico y cirujano en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 2001. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_0211.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0211.pdf)
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala: MSPAS; 2003. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t79/seccionc3.pdf>
6. Saenz de Tejada S. Prada E. Ball G: Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad [en línea]; 2006. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/11/09/or\\_27.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/11/09/or_27.pdf)
7. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia 2 ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2007.
8. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Washington, D.C.: WHO; 2011
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso [en línea], Washington, D.C.: OMS; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
10. Sandoval Donis ED. caracterización epidemiológica del aborto hospital regional de Zacapa, Guatemala 1999 - 2001. [Tesis de médico y cirujano en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Agosto 2002. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_0211.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0211.pdf)
11. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Dirección

- Nacional de Normatización [en línea], 1ª Edición, Quito, Ecuador; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
12. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality. WHO. Geneva; 2007.
  13. Cunningam, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia. 23 ed. Mexico, D.F. McGraw- Hill Interamericana; 2011
  14. Kaufman A. Counseling women on options for management of early pregnancy loss. Am Fam Physician. 15;85(6):547; 2012
  15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: Evidence-based Clinical Guideline No.7. London; 2011
  16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline number 7 [en línea] London; 2012. Disponible en: [http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion\\_Guideline\\_Summary.pdf](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion_Guideline_Summary.pdf), p.13
  17. International Planned Parenthood Federation. Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre: Procedimientos quirúrgicos y médicos. New York, NY. 2008
  18. León W., Yépez E., Cardenas M., Carrión F., Miranda O., Análisis de conocimientos, Actitudes y prácticas sobre el aborto incompleto en una muestra de proveedores de salud en obstetricia en Ecuador [en línea]. 2015, [citado marzo 2017]. 21(2) 31-36. Disponible en: <http://www.fecasog.com/sites/default/files/2017-03/fecasog-revista-abril.pdf>
  19. Trujillo M., Grover E., Sembrera F., Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes [tesis profesional de enfermería en línea]. Perú: Universidad Peruana Unión, Escuela Profesional de Enfermería; 2015. Disponible en: [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/248/Grover\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/248/Grover_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1)
  20. Warriner I, Shah I. Preventing Unsafe Abortion and its Consequences. Priorities for Research and Action. New York: Guttmacher Institute; 2006.
  21. Kade K, Kumar D, Polis C, Shaffer K. Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. Contraception. 2004;69:59-62.

22. Onah H, Ogbuokiri CM, Obi SN, Oguanuo TC. Knowledge, attitude and practice of private medical practitioners towards abortion and post abortion care in Enugu, South-eastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;29(5):415-8
23. Dijk M, Lara D, García S. Opinions of decision-makers on the liberalization of abortion laws in Mexico. *México*; 2007;49(6):394-9.
24. Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Pan Am J Public Health*; 2002
25. Freyermuth G y Troncoso E. Aborto, acciones médicas y estrategias sociales. Editado por Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. México. 1 ed; 2008.

## VIII. ANEXOS

### Consentimiento informado

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año \_\_\_\_\_

Estudio \_\_\_\_\_

#### Consentimiento informado para paciente de investigación

La presente investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el aborto la cual es conducida por el médico residente Víctor Tzunux Tzoc de la Universidad San Carlos de Guatemala. El objetivo del estudio es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes en edad reproductiva.

Yo (nombre y apellidos).....en calidad de paciente de..... años de edad, me identifico con numero de afiliación..... Hago constar que leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio para resolver mis dudas y he recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación en el presente estudio es voluntaria. Comprendo que puede retirarme del estudio: 1. Cuando quiera, 2. Sin tener que dar explicaciones. 3. Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos. Se me ha dado toda la información pertinente y estar de acuerdo en participar. Presto mi conformidad para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información. Accedo a contestar las preguntas del test que se utiliza para la recolección de datos del presente estudio que puedan ser utilizadas en el futuro para su análisis e interpretación, por lo que firmo y dejo huella.

Firma \_\_\_\_\_

Huella. \_\_\_\_\_

Instrumento recolección de datos

**Instrumento de medición:**

**Letras iniciales de paciente:** \_\_\_\_\_

**Hospital y servicio:** \_\_\_\_\_

**Fecha y hora:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Elija la respuesta correcta según su criterio, todas las preguntas cuentan únicamente con una respuesta correcta.

**DATOS GENERALES:**

1. Edad

15-19       20-24       25-29       30-34       ≥35

2. Escolaridad de la paciente:

Analfabeto	<input type="checkbox"/>	Diversificado	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/>
Básico	<input type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>

3. Religión:

Católica	<input type="checkbox"/>	Evangélica	<input type="checkbox"/>
Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>		

4. Estado civil:

Soltera  Casada  Unida

**ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:**

5. **Gestas.**

Ninguno	<input type="checkbox"/>	1-2 Embarazos	<input type="checkbox"/>
3-4 Embarazo	<input type="checkbox"/>	≥5 embarazos	<input type="checkbox"/>

**CONOCIMIENTOS:**

6. ¿Alguna vez usted ha escuchado el término aborto?

Si  No

7. Si su respuesta a la pregunta es “sí”, responda lo siguiente ¿a través de quien ha escuchado el termino?

a. Familia, amiga	<input type="checkbox"/>
b. Médicos	<input type="checkbox"/>
c. Medios de comunicación Tv, radio, internet	<input type="checkbox"/>
d. Enfermería, curandero	<input type="checkbox"/>

8. ¿Sabe usted cuál es el significado de aborto?

Si  No

9. ¿Usted cree que todas las mujeres tienen riesgo de presentar algún aborto en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer?

Si  No

10. De acuerdo a su lo que usted conoce, ¿cuál podría ser la causa más probable de aborto?

No sé  Es un castigo divino  Se debe a una enfermedad

11. Sabe usted cuales son las manifestaciones clínicas (síntomas) de aborto:

Si  No

12. Sabe cuál es el tratamiento de un aborto

Si  No

13. ¿usted sabe cuáles son los riesgos que puede presentar una mujer con diagnóstico de aborto?

Si  No

14. El tratamiento quirúrgico de un aborto es un legrado intrauterino o AMEU. ¿acepta el tratamiento?

Si  No

**ACTITUDES:**

15. Si dentro de una familia hay algún miembro que ha tenido uno o más abortos, usted cree que la familia, ¿van a discriminar o estigmatizar a esa persona?

Si  No

16. ¿El aborto constituye un asunto o un problema importante para la mujer en edad reproductiva?

Si  No

17. ¿Cree usted que un curandero local puede tratar eficazmente a una mujer con diagnóstico de aborto?

Si  No

18. Las mujeres que han tenido uno o más abortos, deberían evitar quedarse embarazadas ¿usted que considera?

Si  No

19. ¿Ha adoptado el Gobierno alguna medida o información dirigida a mujeres en edad reproductiva sobre aborto?

Si  No

20. ¿usted alguna vez ha buscado información sobre aborto?

Si  No

21. Si una mujer tiene diagnóstico de aborto, ¿qué debe hacer?

Aceptar el tratamiento que le ofrecen   
Buscar una segunda opinión de otro profesional

22. Si una mujer tiene un aborto usted cree que la sociedad, ¿la van a discriminar y estigmatizar por ese motivo?

Si  No

## PRACTICAS

23. ¿Acepta usted el tratamiento médico o quirúrgico de aborto?

Si  No

24. Si usted presenta aborto buscaría atención medica

Si  No

25. ¿Si usted presenta aborto busca ayuda con comadrona?

Si  No

26. Si usted u otro miembro de su hogar, amigas o cualquier otra mujer que tuviera hemorragia (sangrado), ¿qué le recomienda usted?

Busca ayuda médica  Buscar ayuda con curandero

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede el permiso el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada " **conocimientos, actitudes y prácticas (cap's) sobre el aborto**" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley. Cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial