

Publicación INCAP DCE/020

ESTUDIO MULTICENTRO SOBRE EL ABORTO
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD
PAÍS GUATEMALA

RUBÉN GRAJEDA

MARIE RUEL

INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ

CHIZURO MISAGO

LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINA

EDGAR KESTLER

RICARDO VARGAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EN SALUD

REPRODUCTIVA

GUATEMALA, 1 DE OCTUBRE DE 1995

CONTENIDOS

	RESUMEN	i
	AGRADECIMIENTO	ii
1.	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA	1
2.	INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA	1
3.	SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS	2
4.	MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO	3
5.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	3
6.	METODOLOGÍA	4
7.	CONSIDERACIONES ETICAS	5
8.	RESULTADOS	6
9.	DISCUSIÓN	17
10.	BIBLIOGRAFÍA	23

RESUMEN

Con el objeto de conocer las características sociodemográficas de las mujeres, la morbilidad y mortalidad y el costo hospitalario relacionados con el tratamiento del aborto se identificó y siguió a 6650 mujeres que ingresaron durante un año en 6 hospitales de Guatemala para tratamiento de las complicaciones del aborto. Para poder diferenciar entre los abortos provocados y los espontáneos se implementó la metodología propuesta por la Organización Mundial de Salud que reclasifica los casos de aborto en cuatro categorías: certeza, probable, posible y espontáneo. De acuerdo a la reclasificación 2.7% de los abortos fueron provocados, certeza; 3.7% probable, 44.1% posible y 49.4% espontáneos. Los resultados demuestran la importancia que tiene en la reclasificación la información que proporciona la mujer sobre la forma de terminación del embarazo, sino se hubiera contado con ella la proporción de certezas hubiera sido menor del 1%. Por otra parte se hace ver que las categorías de probable y posible solo representan una probabilidad no determinada de que el aborto haya sido provocado ya que el concepto de planificación del embarazo y la actitud de la mujer hacia un embarazo no planeado depende del ambiente social, legal y religioso de cada región. En el caso particular de Guatemala a la categoría de posible deben ser entendida como la necesidad de educación sexual, de información en planificación familiar, de acceso a los servicios y a los métodos.

AGRADECIMIENTO

Se agradece a la WHO por el financiamiento otorgado para realizar este estudio y en particular al Special Program on Research Development and Research Training in Human Reproduction y al apoyo prestado por los Doctores Heli Bathija, Suman Metha y Olav Merick.

Así mismo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a los Directores y Jefes de Servicio de los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt, Gineco-Obstetricia, Juan José Arévalo, Hospital Regional de Occidente y del Hospital Nacional de Suchitepéquez por permitirnos realizar el estudio y por brindarnos su valiosa colaboración durante la recolección de los datos y de manera especial a todas las mujeres que desinteresadamente participaron en él.

Nuestro especial agradecimiento y reconocimiento a las Doctoras Marleny Mejía, Lucrecia Calito, Jakeline Lavidali, Linda Urcuyo, Zoila González, Guadalupe Flores e Ingrid Hernández que tuvieron la responsabilidad de identificar y seguir por los diferentes servicios a las mujeres ingresadas con signos y síntomas de aborto, de revisar las historias clínicas y de realizar las entrevistas.

Al Licenciado Humberto Méndez y al personal del Centro de Computo del INCAP que participó en el ingreso y la limpieza de los datos y por sus comentarios y sugerencias durante el análisis de los mismos.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA

Guatemala es una de las cinco repúblicas que integran Centro América, su extensión territorial es de 108.900 kilómetros cuadrados. políticamente esta dividida en 22 departamentos los cuales se han agrupado en función de sus recursos, características geográficas y culturales en como regiones que se diferencian por su nivel de desarrollo económico-social.

Resultados del censo de población efectuado en 1994 por Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que la población de Guatemala era de 8.322 millones de habitantes, cifra por debajo a la proyectada para ese año de 10.322 millones de habitantes. La tasa estimada de crecimiento para el período 1981-1994 fue de 2.5% con un incremento anual de 174.448 habitantes¹ (la tasa estimada de crecimiento para 1992 fue de 3.3)². La tasa general de natalidad estimada por el INE para el año 1991 fue de 36.00 por 1000 habitantes y la tasa global de fecundidad de 5.8 hijos por mujer².

De acuerdo a la definición operacional que se utilice se estima que la población indígena varía entre el 37 y 48%³, la cual se encuentra concentrada principalmente en el altiplano guatemalteco y esta conformada por 23 grupos lingüísticos diferentes en lengua, costumbres y tradiciones. Por ello para establecer un verdadero perfil epidemiológico de Guatemala es importante reconocer a la sociedad guatemalteca como una población multiétnica en donde se manifiestan diversas visiones y prácticas de la salud.

El 60% de la población es rural, el 55% es analfabeta y el 65% vive en condiciones de extrema pobreza². La Tasa de mortalidad infantil fue 42.45 por 10.000 nacidos vivos² y la mortalidad materna es de 248 por 100,000 nacidos vivos⁴. Pese a los descensos registrados en el último decenio en las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil estas siguen estando entre las más altas de América Latina.

De acuerdo a las estimaciones hechas por el INE, en 1992 la densidad de población era de 90 habitantes por kilómetro cuadrado. A pesar de tener una alta densidad poblacional y una tasa de crecimiento relativamente elevada (3.3%), Guatemala es el país menos urbanizado de Centro América con una proporción de población urbana de 40%²

2. INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

La población estimada de mujeres es 4.551 millones de las cuales el 22.1% se encuentran en edad fértil. El 51% son indígenas que viven en caseríos dispersos en el área rural y que enfrentan serias limitaciones económicas y de acceso a los servicios de salud³.

El 40% de las mujeres se han unido antes de los 18 años y el 70% dicen conocer o haber oído hablar de uno de los métodos anticonceptivos y casi la totalidad conocen uno moderno. La falta de conocimiento y de uso de los métodos es mayor entre mujeres sin ninguna instrucción, las indígenas y las que viven en el área rural. El 24% de las mujeres en unión utilizan un método; esta proporción varía de un grupo étnico a otro de 34% entre las ladinas a 6% entre las indígenas⁵.

Las coberturas de atención prenatal y del parto son bajas, solamente el 38% de los embarazos reciben cuidados prenatales y el 23% de los partos son atendidos institucionalmente. La parteras tradicionales juegan el papel más importante en la administración de cuidados prenatales y en la atención del parto.

El 30% de los embarazos que ocurren en el área rural no reciben ningún tipo de atención 45% lo reciben de parteras tradicionales y 20% de médicos. por el contrario en el área urbana mas de la mitad es atendida por un médico y menos de una cuarta parte por una partera⁴

Al igual que en otros países el nivel de instrucción juega un papel importante en la búsqueda del cuidado prenatal, se observa que solamente el 4% de las mujeres con educación secundaria o más NO asisten al control prenatal en comparación con el 35% de las mujeres sin ningún tipo de instrucción⁵.

El 3% de los partos del país no recibe ninguna tipo de atención, el 60% es atendido por parteras tradicionales y el 26% por médico. Los porcentajes varían según el estrato social, mostrándose que para la población muy empobrecida la atención por médico es escasa. En el área rural la atención por médico es del 15% y la mujer indígena la recibe en un 8%⁵.

El toxoide tetánico sólo se aplica como promedio nacional al 14% de las embarazadas, a nivel regional hay variaciones que van desde un mínimo de 5% para las del área noroccidental hasta un máximo de 40% para la Suroriental⁵.

3. SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS

El sector salud presta sus servicios a través de una red de 3,861 establecimientos de los cuales 180 son Hospitales o Centros de Salud A con encamamiento, 223 Centros de Salud B sin encamamiento o Consultorios y 3458 Puestos de Salud, Clínicas u otro. El 27% de los servicios pertenecen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2% al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 1.5% a las Fuerzas Armadas y Policías, 52% al Sector Privado y 17% a Organizaciones no Gubernamentales².

Los recursos humanos del sector salud se concentran en el área metropolitana, así encontramos que el 80% de los médicos, el 56% de las enfermeras y el 48% de las auxiliares de enfermería se encuentran en esta área. A nivel nacional el coeficiente de médicos es de 7.3 por 10,000 habitantes, de enfermeras graduadas de 1.8 por 10,000 habitantes y de auxiliares de enfermería de 8 por 10,000, lo que demuestra una deficiencia en la disponibilidad de los recursos humanos.

La asignación presupuestaria para el sector salud es de 1.3% del producto interno bruto. 75% destinado para la atención hospitalaria y 25% para los servicios preventivos, de seguimiento y control de la salud y de proyección a la comunidad y el medio². Se estima que la ejecución presupuestaria esta alrededor del 50%.

Con los recursos disponibles se alcanza una cobertura del 54% de la población: 48% es atendida por el sector privado, 25% por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 25% por el Ministerio de Salud Pública y 2% por la Dirección de Sanidad Militar³.

4. EL ABORTO Y LA MORTALIDAD MATERNA

Estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud (Fathalla, 1990)⁶ indican que al año mueren medio millón de mujeres en el mundo debido a la falta de cuidado médico adecuado durante el embarazo o el parto y por las complicaciones de aborto.

Barrig y Colaboradores (1993) haciendo referencia a las publicaciones de Rochat et al (1980) y Royston, E. & Armstrong S. (1988),⁷ hace ver que el 25% de las muertes maternas ocurren en América Latina y que el 50% de estas muertes pueden ser la secuela de abortos ilegales.

Debido a que las leyes de la mayoría de países de América Latina incluyendo Guatemala no permiten la terminación voluntaria del embarazo y que la mujer y la persona que provoca un aborto son social y religiosamente sancionados, la práctica del aborto ocurre en la clandestinidad y la mayoría de ellos son realizados por personal no calificado y en condiciones higiénicas inadecuadas.

Por las condiciones en que se practica el aborto provocado resulta difícil hacer estimaciones precisas de su incidencia. En 1991 se estimó que ocurrían cerca de 44 millones de abortos inducidos al año, 4 millones fueron practicados en América Latina⁸. Más recientemente, Paxman, J.M. y Colaboradores⁹ (1993) basado en resultados de diferentes estudios estimaron que en América Latina se realizan entre 2.7 y 7.4 millones de abortos al año.

A la práctica del aborto bajo condiciones inseguras se ligan consecuencias adversas como hemorragia, infección, infertilidad y en el peor de los casos la muerte de la madre que como dice Frejka, et al. (1989)¹⁰, "Es irónico que muchas mujeres que recurren al aborto como medio para preservar o mejorar las condiciones de vida de su familia, mueran en el proceso".

La situación del aborto no es nada diferente para Guatemala, más del 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia son por complicaciones del aborto¹¹ y de acuerdo al "Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala, 1989"⁴ las complicaciones del aborto son la segunda causa de muerte (24%) después de las hemorragias (39%), seguidas por la sépsis (18%), la toxemia (14%) y otras complicaciones (6%).

La información precedente despertó el interés de estimar la incidencia de abortos provocados, describir las características sociodemográficas de las mujeres que ingresaron por complicaciones del aborto, la morbilidad y mortalidad secundaria y hacer una estimación de los costos hospitalarios ocasionados por su tratamiento. Con ese propósito se aplicó la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que permite diferenciar entre abortos espontáneos y provocados¹² y que ya antes ha sido aplicada en otros países como Venezuela, Bolivia, Brasil.

5. OBJETIVOS

- 1- Estimar la incidencia del aborto provocado y describir las características sociodemográficas de las mujeres registradas en los hospitales de Guatemala con diagnóstico de aborto.

- 2- Conocer la morbilidad y mortalidad intra-hospitalaria secundaria al aborto.
- 3- Obtener información sobre conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar que tienen las mujeres ingresadas por complicaciones del aborto.
- 4- Estimar los costos hospitalarios incurridos por el tratamiento de las complicaciones del aborto.

6. METODOLOGÍA

DISEÑO

Se realizó un estudio hospitalario de tipo descriptivo donde se incluyeron todas las mujeres ingresadas entre el 1 de agosto de 1993 al 30 de julio de 1994, con signos y síntomas de aborto, en seis hospitales de Guatemala.

MUESTRA

Los hospitales fueron seleccionados de acuerdo a la población que asisten (ladino-indígena) y a las facilidades que ofrecían para desarrollar el estudio. Se tomaron en cuenta cuatro hospitales escuela de la ciudad de Guatemala (dos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, (IGSS) y dos hospitales públicos (HP), estos son centros de alta complejidad, que por su ubicación asisten en su mayoría a mujeres ladinas. El IGSS atiende a la clase trabajadora del nivel medio y bajo y los HP a la población no trabajadora y de muy escasos recursos económicos.

El Hospital Regional de Occidente ubicado en el departamento de Quetzaltenango, es un centro de alta complejidad que asiste en su mayoría a mujeres indígenas del altiplano guatemalteco y sirve de referencia a otros hospitales de la Región VI y de otras Áreas de Salud. Y el Hospital Nacional de Suchitepéquez, un centro de complejidad intermedia que asiste a la población ladina de la costa suroccidental del país.

ENCUESTADORES Y ENCUESTAS

Seis médicas fueron capacitadas para identificar a todas las mujeres ingresadas con signos o síntomas de aborto y seguirlas por los diferentes servicios donde fueron hospitalizadas. Las médicas revisaban los registros clínicos de cada paciente y registraban en un cuestionario preestructurado (OMS, proyecto No.86912) información relacionada con el ingreso y egreso de la paciente. El cuestionario fue previamente adaptado para Guatemala y todas las preguntas fueron realizadas en forma estandarizada (ver Anexo 1).

A través de una entrevista privada y anónima, realizada al momento del egreso, se obtuvo información sociodemográfica de la paciente, sus antecedentes obstétricos, conocimientos, prácticas y actitudes en planificación familiar, las intenciones reproductivas y la forma de terminación del embarazo.

ANÁLISIS

Los datos fueron ingresados con la versión 5.0 de Epi-Info a una computadora personal y todos los análisis se corrieron en SAS. Hasta al momento del análisis los casos fueron reclasificados en las categorías de aborto propuesta por la Organización Mundial de la Salud para el proyecto No. 86912.

1. No causa: es casos ingresados como abortos pero que fueron egresados con diagnóstico diferente y no relacionado con el embarazo;
2. Amenaza de aborto o embarazo continúa: la paciente ingresa con diagnóstico de aborto pero al momento del egreso el embarazo continua viable;
3. Certeza o aborto provocado: si la madre o el médico admiten que el aborto fue provocado o el personal del hospital encuentra traumatismo o cuerpo extraño en los órganos genitales;
4. Aborto probablemente provocado: el aborto se complica con infección o el médico lo considera aborto séptico¹ y la mujer usaba anticonceptivos o el embarazo no estaba planeado;
5. Aborto posiblemente provocado: el aborto se complica con infección o el médico lo considera aborto séptico o la mujer utilizaba anticonceptivos o el embarazo no estaba planeado o la mujer dijo que el embarazo había terminado espontáneamente pero que se había administrado inyecciones, medicamentos, remedios caseros o le habían hecho presión sobre el abdomen después de lo cual inicio con hemorragia²;
6. Aborto espontáneo: el caso no cumple con ninguno de los criterios anteriores.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar el estudio se obtuvo autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El protocolo fue revisado por el Comité de Derechos Humanos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y por los Comités de Investigación de cada uno de los Hospitales. Al momento de la entrevista se explicaban a cada una de las mujeres los objetivos y propósitos del estudio y se les invitaba a participar en forma voluntaria, recalcando que la entrevista era privada, anónima y sobre la libertad de suspender su participación.

¹ El término aborto séptico se emplea cuando el aborto se complica con signos y síntomas de infección independientemente de si el aborto fue o no provocado.
² En Guatemala también se le utiliza como sustituto de aborto provocado o cuando el médico sospecha que ha sido provocado.

³ Aunque no se ha demostrado que las hormonas u otros medicamentos de uso común o los masajes abdominales provocan abortos, es frecuente que las mujeres recurran a ellos cuando tienen retraso menstrual o no desean el embarazo.

8. RESULTADOS

Durante el período de estudio se identificaron 7833 mujeres que ingresaron en 6 hospitales con signos o síntomas sugestivos de aborto, en 6650 casos el diagnóstico fue confirmado al momento del egreso: 725 egresaron como amenazas de aborto o embarazo continúa y 458 por complicaciones no relacionadas con el embarazo o no causa. Las mujeres con amenazas de aborto y los casos reclasificados como no causa NO fueron entrevistadas y por eso fueron excluidas del análisis. El 49.6% de los casos fue atendida en HP, el 32.6% en los hospitales del IGSS y el 17.8% en HD.

TABLA 1
Diagnóstico de egreso y reclasificación del aborto
Guatemala, 1993-1994

	N	%	DIAGNOSTICO DE EGRESO			
			SEPTICO %	FRUSTRADO %	ESPONTANEO %	PROVOCADO %
	6650	100.0	8.4	2.2	85.0	3.4
Certeza	183	2.7	57.1	0.0	36.7	2.2
Probable	248	3.7	99.2	0.0	0.6	0.0
Posible	2933	44.1	6.3	1.6	82.1	0.0
Espontáneo	3286	49.4	0.0	2.6	97.1	0.0

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05)

TABLA 2
Distribución de casos por reevaluación
del tipo de aborto y tipo de hospital
Guatemala, 1993-1994

TIPO DE ABORTO	N	%	HOSPITALES DE LA CIUDAD		HOSPITALES DEPARTAMENTALES
			HOSPITALES PÚBLICOS	HOSPITALES DEL SEGURO SOCIAL	
			(N = 3297) %	(N = 2170) %	
Certeza	183	2.7	3.5	1.4	3.0
Probable	248	3.7	4.4	2.7	3.8
Posible	2933	44.1	43.1	40.3	53.8
Espontáneo	3286	49.4	49.0	55.5	39.4

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05).

al 89% de todos los abortos como espontáneos y al 0.6% como abortos provocados.

Las categorías de probable y posible representan los casos con una probabilidad menor pero no establecida de haber sido provocados, si bien todos los embarazos en la categoría de probable no habían sido planeados y admitimos que en alguna medida el diagnóstico clínico de aborto séptico (99.2%) es sinónimo de aborto provocado la probabilidad de que hayan sido provocados puede ser alta.

La Tabla 1 compara los diagnósticos clínicos de egreso con la reclasificación del aborto propuesta por la OMS. Se encontraron importantes diferencias entre los dos tipos de clasificación, según la clasificación de la OMS el 2.7% de los casos fueron certezas, el 3.7% probables, el 44.1% posibles y el 49.4% espontáneos. El diagnóstico médico de egreso clasifica

El 92% de los abortos categorizados como posible fueron de acuerdo al criterio médico abortos espontáneos sin mención de complicaciones por lo tanto la razón principal para estar en esta categoría fue el hecho de ser embarazos no planeados.

Según las médicas que realizaron las entrevistas muchos de los embarazos no planeados son aceptados, tal como lo demuestra la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987⁵, el 24% de los nacimientos que ocurren en Guatemala son producto de embarazos no planeados.

Por lo tanto en base a la clasificación de la OMS el 2.7% de los abortos fueron provocados (certeza), si a eso sumamos la categoría de probable la cifra puede llegar a 6.4%. No incluimos en la sumatoria a la categoría de posible (44.1%) ya que esta más que la probabilidad de aborto provocado representa el número de embarazos no planeados que no necesariamente terminan en un aborto provocado.

El resultado de la reclasificación de aborto fue diferente de un tipo de hospital a otro, encontrándose mayor número de certezas en los HP y en los HD que en los IGSS, 3.5 y 2.9% comparado con 1.4% respectivamente (Tabla 2).

Como se ve en la Tabla 3 la incidencia de certeza fue mayor entre las menores de 20 años (4%) con una tendencia a disminuir conforme aumentó la edad, al mismo tiempo se observó una disminución en la proporción de espontáneos que va acompañada de un incremento en la categoría de posible, lo cual representa los cambios en las intenciones reproductivas de la mujer que guardan relación con la edad y la paridad.

TABLA 3
Distribución de casos por edad, religión, residencia, estado civil y tipo de aborto
Guatemala, 1993-1994

		CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTÁNEO		
		%	%	%	%		
TOTAL DE CASOS		6945	100.0	2.7	3.8	44.1	49.3
EDAD*							
< 19 Años	969	15.0	4.0	3.2	35.3	57.6	
20-24 Años	1841	30.2	2.7	3.9	38.3	55.1	
25-29 Años	1483	23.0	3.2	3.8	44.2	48.7	
30-34 Años	1075	16.7	2.5	4.4	52.3	40.8	
35- + Años	966	15.0	1.1	3.4	62.4	33.0	
Edad Promedio (años)	26.5		24.8	26.7	27.9	25.3	
GRUPO ETNICO*							
Indígena	1522	23.6	3.5	3.7	50.7	42.2	
Ladino	4915	76.4	2.5	3.8	43.5	50.2	
RELIGIÓN							
Ninguna	694	10.9	3.4	4.3	48.0	44.2	
Católico	4346	67.5	2.9	3.8	44.7	48.6	
Protestante	1397	21.7	2.0	3.4	45.2	49.3	
RESIDENCIA*							
Urbana	4835	75.1	2.8	3.6	43.5	50.2	
Rural	1602	24.9	2.6	4.4	50.2	42.7	
ESTADO CIVIL*							
Soltera	786	12.2	11.8	7.6	52.4	28.1	
Unida	5651	87.8	1.5	3.2	44.1	51.2	

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05).

La incidencia de certeza fue de 3.5% entre las indígenas la cual es 40% mayor que entre las ladinas. También se encontraron diferencias en las categorías de posible y espontáneo. 50.7 y 42.2% entre indígenas comparado con 43.5 y 50.2% entre ladinas respectivamente

Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas el 11% de las mujeres entrevistadas dijeron que no tenían religión, en este grupo la certeza fue 3.4%, comparado con 2.9 y 2% en católicas y protestantes.

Tomando en cuenta que los hospitales incluidos en el estudio están ubicados en el área urbana era de esperar que la mayoría de mujeres vinieran de ese sector (75%). Aunque no parece haber diferencia por lugar de residencia en el número de certezas, parece si haberla en el número de casos categorizados como probable y posible ya que estos fueron 18 y 15% mayores entre las mujeres con residencia rural (4.4 y 50.2% comparado con 3.6 y 43.5% en el área urbana).

Como era de esperar el porcentaje de certezas fue mucho mayor en mujeres solteras (11.8%) que en las unidas (1.5%). El número de casos categorizados como probables y posibles también fue superior en esas mujeres lo que hizo que la proporción de abortos espontáneos fuera mayor entre las unidas.

La Tabla 4 presenta los resultados en términos de educación y ocupación de la mujer. Demuestra que el 18.9% de las mujeres carecían de instrucción, el 54% habían cursado por lo menos un grado de la educación primaria y el 25% habían cursado hasta el nivel medio o más. En la tabla llama la atención que la proporción de abortos espontáneos fue mayor entre las mujeres más educadas.

Según la ocupación de la madre la certeza fue más frecuente entre las estudiantes (8%) y entre las mujeres que se dedican a los oficios domésticos remunerados (8%) que en cualquiera de las otras ocupaciones. La certeza fue casi 5 veces más frecuente entre estudiantes y empleadas domésticas que entre las amas de casa.

TABLA 4

Distribución de casos por educación y ocupación de la paciente y tipo de aborto.
Guatemala, 1993-1994

			CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTÁNEO
	N	%	%	%	%	%
	6437	100.0	2.7	3.6	45.2	48.3
EDUCACIÓN*						
Ninguna	1217	18.9	2.5	3.7	52.3	41.4
1 - 6 grado	3507	54.5	2.8	4.5	43.2	49.6
7 - 9 grado	836	13.0	3.3	2.9	45.3	48.4
10+ grados	877	13.6	2.4	1.9	43.0	52.7
Promedio de Escolaridad	5.0		4.7	4.2	4.9	5.3
OCUPACIÓN*						
Ama de casa	3401	52.8	1.7	3.3	44.2	50.7
Estudiante	163	2.5	8.0	5.5	44.2	42.3
Jornalera Agrícola	404	6.3	2.2	5.2	44.1	48.5
Of. Dom. Remunerados	562	8.7	8.0	5.5	50.0	36.5
Obrera	719	11.2	2.9	3.8	44.1	49.2
Oficinista	1070	16.6	2.9	3.5	45.0	48.6
Actividad propia o Universitario	118	1.8	0.8	4.2	61.0	33.9

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05).

TABLA 5
Distribución de casos por educación y ocupación del esposo
y tipo de aborto.
Guatemala, 1993-1994

			CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTANEO
	N	%	%	%	%	%
	1993	1994	1993	1994	1993	1994
EDUCACION ESPOSO*						
Ninguna	624	9.7	1.4	2.9	50.5	45.2
1-6 Grados	2579	40.1	1.5	4.0	44.9	49.5
7-9 Grados	910	14.1	1.1	3.1	39.4	56.4
10+ Grados	2324	36.1	5.1	4.1	46.2	44.6
Promedio de escolaridad	6.2		6.4	5.5	6.0	6.4
OCUPACIÓN DEL ESPOSO*						
Sin Empleo	127	2.2	3.9	3.9	40.2	52.0
Jornalero Agrícola	1199	21.2	1.7	4.1	49.1	45.0
Obrero	1262	22.3	1.7	3.8	44.7	49.8
Dependiente de Oficina o Negocio	2698	47.7	1.3	2.8	40.7	55.1
Actividad propia o Universtaria	364	6.4	1.6	1.9	50.5	45.8

*Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05)

En la Tabla 5 se demuestra que la certeza fue mayor entre las mujeres unidas o casadas con hombres que habían pasado el nivel medio o más (5.1%) y entre aquellas unidas o casadas con hombres que estaban sin empleo en ese momento (3.9%).

El 23% de las mujeres estudiadas tenían el antecedente de uso de métodos de planificación familiar durante el año previo al aborto. Los anticonceptivos orales fueron los más frecuentemente utilizados (51.9%) seguido por el preservativo y las tabletas vaginales (17.9%), el DIU o los inyectables (15.4%) y los métodos naturales (14.8%) (Tabla 6).

En diferentes estudios se ha dicho que independiente de las libertades sociales para hablar sobre el aborto muchas mujeres tienden a ocultar la información en especial si los abortos han sido provocados. El 20.6% de las mujeres tenían antecedente de un o mas abortos espontáneos y el 0.2% de un aborto provocado. La proporción de certezas entre las que tenían antecedente de un aborto espontáneo fue de 1.6% y de 20% entre las que tenían antecedente de un aborto provocado.

Entre los antecedentes obstétricos (Tabla 7) destaca que el 24.8% de las mujeres eran primigestas, el resto tenían de 1 a 17 hijos (promedio de 3.2). Las proporciones de certezas y espontáneos fueron mayores entre las primigestas (3 y 68.6% comparado con 2.7 y 41.6% entre

las multiparas), esto contrasta con la mayor proporción de probables y posibles entre las multiparas, 43 y 51.4% comparado con 23 y 25.1% entre las primigestas.

El 14.6% de las mujeres estaban utilizando un método anticonceptivo durante el mes en que ocurrió la concepción, el método más utilizado fue el natural (36.9%) seguido de los orales (29.6%) y de los métodos modernos menos seguros (25.1%). La proporción de certeza fue mayor entre las usuarias de los inyectables/DIU (6.1%) y de los preservativos y tabletas o espumas vaginales (4.1%). Las usuarias de inyectables/DIU tuvieron casi el doble de abortos categorizados como probables (11%) que las usuarias de los otros métodos (6.6% o menos). (Tabla 7).

Algunas mujeres dijeron que su ciclo menstrual era irregular por lo cual tenían dificultad para recordar la fecha de su última menstruación o consideraban la amenorrea como una irregularidad de modo que el 31.7% de las mujeres no sabían o no querían admitir que estaban embarazadas; de ellas 3.2% fueron categorizadas como certeza, 6.5% probable, 68.4% posible (Tabla 7). Por el contrario la proporción de espontáneo entre las mujeres que sabían que estaban embarazadas fue del 60.4%.

El 47.5% de las mujeres respondió que "NO" deseaban resultar embarazadas en el mes cuando ocurrió la concepción y el 25.7% que "NO" deseaban que el embarazo que había terminado en un aborto continuara (Tabla 7). La proporción de casos categorizados como certeza fue mayor entre estas mujeres (5.2 y 7.9%) comparado con las que si habían planeado el embarazo o si lo deseaban (0.5 y 0.9%).

Durante las entrevistas las encuestadoras percibieron que la formación moral y religiosa de la mujer juega un papel muy importante en la aceptación de embarazos no planeados o no deseados y que no todas las mujeres con embarazos no deseados recurren al aborto.

Al preguntar sobre si el embarazo había terminado en forma espontánea o si había ocurrido o pasado algo para que ocurriera el aborto, 160 mujeres informaron que ellas lo habían provocado: esto representa el 88% de los casos de certeza. en las 22 mujeres (12%) restantes

TABLA 6
Distribución de casos por uso de anticonceptivos el año anterior
al aborto y tipo de aborto actual.
Guatemala, 1993-1994

	N	%	CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTANEO
			%	%	%	%
	6650	100.0	2.7	4.5	52.7	39.1
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS*						
Orales	622	51.9	3.2	5.0	45.6	45.3
Inyectados DIU	244	15.4	3.3	3.7	54.1	38.9
Preservativo	283	17.9	2.8	3.5	57.6	36.0
Naturales	235	14.8	0.4	5.1	66.8	27.6
ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTÁNEO						
1	964	69.2	1.6	4.0	50.5	43.9
2	422	30.8	0.7	2.8	59.2	39.6
ANTECEDENTE DE ABORTO PROVOCADO	15	0.2	20.0	0.0	47.0	33.0

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05).

TABLA 7
Distribución de casos por su historia reproductiva, uso de anticonceptivos y deseo del embarazo.
Guatemala, 1993-1994

	N	%	CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTÁNEO
			%	%	%	%
			2.7	4.4	45.2	47.7
PARIDAD*						
Primigesta	1595	24.8	3.0	2.3	26.1	68.6
Multipara	4842	75.2	2.7	4.3	51.4	41.6
Promedio de hijos		3.2	2.8	3.5	3.8	2.6
EDAD HIJO VIVO MAS PEQUEÑO*						
Menor de 1 año	430	9.5	2.6	5.8	71.4	20.2
1 a 5 años	3147	69.5	2.8	4.6	53.3	39.3
5 o mas años	954	21.0	2.8	3.3	44.8	49.1
Espacio Inter-genésico (años)		2.8	3.2	2.9	2.8	3.2
USO DE MÉTODOS AL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN						
Orales	288	29.6	1.7	6.6	91.7	0.0
Inyectados/DIU	82	8.4	6.1	11.0	82.9	0.0
Preservativo	244	25.1	4.1	5.7	90.2	0.0
Naturales	359	36.9	1.4	6.1	92.5	0.0
SABIA QUE ESTABA EMBARAZA*						
Sí	4411	68.5	2.5	2.5	34.5	60.4
No	2026	31.7	3.2	6.5	68.4	21.9
EMBARAZO PLANEADO*						
Sí	3378	52.5	0.5	0.1	7.5	91.9
No	3052	47.5	5.2	7.9	86.8	0.0
EMBARAZO DESEADO*						
Sí	4785	74.3	0.9	2.3	31.9	64.8
NO	1636	25.7	7.9	7.9	83.6	0.5
COMO TERMINO SU EMBARAZO*						
Esponáneo	5235	81.4	0.1	2.7	44.3	52.8
Provocado	160	2.5	100.0	3.0	0.0	0.0
Sospechoso	1034	16.1	0.7	5.7	56.1	33.4

* Diferencia estadística entre significativa por test de Chi² (p < 0.05)

aunque dijeron que el embarazo había terminado espontáneamente el médico encontró traumatismos o cuerpos extraños en los peritales o estableció el diagnóstico de aborto provocado.

Mil treinta y cuatro mujeres dijeron que el embarazo había terminado espontáneamente pero probablemente había sido porque le habían introducido un objeto sólido en la vagina, se había inyectado o tomado medicamentos, les habían echo presión o dado masaje en el abdomen, o por traumatismos o a causa de esfuerzos físicos. Aunque no está demostrado que algunos de estos métodos excepto la introducción de objetos sólidos en la vagina provoquen el aborto, la exposición puede reflejar las intenciones de la mujer por terminar un embarazo - no deseado (Tabla 7).

La edad gestacional en la que ocurrieron la mayoría de abortos fue entre la 9a. y la 16a. semana de embarazo con una media de 12 semanas (Tabla 8). Al ver la proporción de certeza en los diferentes grupos de edad gestacional encontramos que la proporción mayor se encuentra en la categoría de 0 a 8 semanas (4.7%).

El método principalmente empleado para provocar el aborto fue la introducción de objetos sólidos en la vagina (17.2%) seguido por inyecciones o medicamentos (31.2%) y por masajes o presión sobre el abdomen (11.3%) (Tabla 9).

El 14.1% de las mujeres que se provocaron el aborto lo intentaron con más de un método. Como puede verse el 8.5% de las mujeres

en la categoría de probable y 48.5% en la de posible aunque no dijeron que habían intentado terminar con el embarazo si dieron información sobre exposición a 2 o más métodos.

El antecedente de traumatismo "caídas" o "esfuerzos físicos" fue comúnmente reportado como la causa del aborto entre mujeres con abortos categorizados como espontáneo, posible o probable, aunque estos no son causas reales de aborto, ha sido reportado que muchas mujeres se exponen voluntariamente ellos con la intención de terminar con un embarazo no deseado.

A pesar que la introducción de objetos sólidos fue el método más empleado para provocar el aborto las rasgaduras o laceraciones y la presencia de cuerpos extraños en los genitales se limita a 24 (0.4%) y 6 (0.1%) casos (Tabla 10).

De igual manera la fiebre (9.2%), las infecciones abdomino-pélvicas (0.4) o las complicaciones sistémicas (0.3%) se presentaron en el 54.6, 9.3 y 2.7% de los casos de certeza (Tabla 10). La baja prevalencia de fiebre, infección y fallo sistémico posiblemente se explique por el corto tiempo transcurrido entre la manipulación y la consulta al hospital que en el 50% de los casos fue de tres días o menos y en el 80% menor de 9 días.

Las mujeres que informaron que habían voluntariamente terminado con el embarazo expusieron que la principal razón para hacerlo fue que: "No deseaba tener mas hijos" (31.0%) seguido de la "incapacidad económica para sostener otro hijo" (20.7%), el "rechazo de los padres" (15.2%) y el hecho de ser "madre soltera" (15.2%) (Tabla 11).

El proveedor principal del servicio de aborto fue la comadrona tradicional (80%) seguida por el médico (6.9%) (Tabla 12). El costo promedio fue de Q123, aunque las cantidades no son muy altas, no debe olvidarse el costo por ausencia en el trabajo, el social y familiar que no fueron

TABLA 8
Distribución de casos por duración de la gestación al momento de la admisión
Guatemala, 1993-1994

SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE CASOS		CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTANEO
	%	%	%	%	%	%
	5618	1000	27	36	22	35
0 - 8	815	14.5	37	4.0	53.1	38.1
9 - 12	2399	42.7	28	3.5	41.6	52.1
13 - 16	1460	26.0	17	3.1	40.1	55.1
17 - 20	595	10.6	18	5.5	36.5	54.1
21 - 24	267	4.7	2.6	2.6	47.2	47.6
25 - 28	82	1.5	2.4	0.0	40.2	57.3
PROMEDIO DE EDAD GESTACIONAL			11.7	12.5	12.5	12.9

*Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05)

tomados en cuenta en este estudio.

El principal procedimiento quirúrgico realizado dentro de las primeras 24 horas de hospitalización fue la Dilatación y el Legrado (88.26%). Treinta y tres mujeres mujeres sufrieron un segundo procedimiento y 10 un tercero. La mayoría de mujeres reintervenidas tenían abortos categorizados como certeza (18.2%) o probable (33.3%). La mayoría de las reintervenciones fueron principal-

TABLA 9
Distribución de casos por medios utilizados para provocar el aborto y tipo de aborto Guatemala, 1993-1994

			CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTÁNEO
	N	%	168	301	577	344
	1.5%	10.0	%	%	%	%
Lavados o Duchas Vaginales	3	0.2	0.6	1.0	2.2	0.9
Introducción de Objetos Sólidos*	132	11.1	24.4	4.5	0.3	0.6
Inyección o Medicamentos*	92	7.3	31.5	7.9	5.4	0.0
Remedios Caseros*	33	2.8	7.7	0.1	3.3	0.0
Presión sobre el Estómago*	41	3.4	11.3	4.9	2.9	0.0
Presión a través de la Vagina*	10	0.8	7.8	1.0	0.2	0.0
Legrado Uterino Instrumental*	6	0.5	3.0	0.0	0.2	0.0
Traumatismo Externo*	761	63.9	9.5	75.2	68.3	76.2
Esfuerzo físico*	215	18.1	1.2	12.9	22.1	19.9

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05)

TABLA 10
Distribución de casos por morbilidad y tipo de aborto. Guatemala, 1993-1994

			CERTEZA	PROBABLE	POSIBLE	ESPONTÁNEO
	N	%	%	%	%	%
	6650	100.0	2.7	3.7	44.1	49.4
Casos con traumatismo genital	24	0.4	100.0	0.0	0.0	0.0
Casos con cuerpo extraño	6	0.1	100.0	0.0	0.0	0.0
Fiebre	540	9.2	17.4	22.2	38.0	24.4
Infección pélvica	30	0.4	56.7	43.3	0.0	0.0
Aborto séptico	534	8.0	19.5	45.5	34.5	24.4
Shock sistémico	23	0.3	21.7	2.7	34.8	21.7

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05)

mente histerectomías y/o salpingo-ooforectomías que dejaron como secuela infertilidad secundaria.

En la Tabla 13 se resumen los costos hospitalarios expresados en recursos utilizados, se observa que el 8% de las certezas requirieron un tipo de anestesia diferente a de la inducción intravenosa utilizada en el 98% de los espontáneos, que el 5% necesitaron de más un proce-

dimiento quirúrgico, también consumieron más soluciones intravenosas, más unidades de sangre, mayor número y cantidad de antibióticos y mayor número de días estancia.

Durante el período de estudio se identificaron 35 muertes maternas que ocurrieron en los hospitales, 20% fueron por causas indirectas y 80% por causas directas, 53% de las muertes se produjeron en los hospitales de la ciudad de Guatemala. La primera causa de muerte fue el la

hipertensión 32%, seguida por el aborto 25%, la sépsis 21.42% y 7.14% (Tabla 23).

De acuerdo a la clasificación de la OMS 4 de las muertes maternas fueron por una certeza, 3 por un probable y 1 por un posible, cabe notar que a estas mujeres no fue posible entrevistar.

TABLA 11

**Razón para terminar el embarazo.
Guatemala, 1993-1994**

RAZON EXPUESTA POR LAS MUJERES CON CERTEZA PARA TERMINAR EL EMBARAZO	N	%
		144
Ya no desea más hijos	45	31.0
Su esposo o compañero no desea más hijos	12	8.2
No puede sostener otro niño	30	20.7
Usaba anticonceptivos pero resulto embarazada	2	1.4
Temor a que el niño naciera con malformaciones	1	0.6
Razones de Salud	3	2.1
Violación	3	2.1
Embarazo de compañero diferente	4	2.7
Rechazo de su padres	22	15.2
Madre soltera	22	15.2

TABLA 12

**Proveedor del servicio de aborto y costo promedio
Guatemala, 1993-1994**

Proveedor del Servicio	NÚMERO DE CASOS	
	(N = 160)	%
Médico	11	6.9
Enfermera	4	2.5
Comadrona tradicional	128	80.0
Otro	17	10.6

TABLA 13

**Distribución de Casos por Utilización
Recursos Hospitalarios.
Guatemala, 1993-1994**

		CERTeza (N = 177)	PROBABLE (N = 247)	POSIBLE (N = 2619)	ESPONTANEO (N = 3353)	
N		%	%	%	%	
6550		100.0	27	38	45.1	48.3
TOTAL DE CASOS						
Días estancia	0.4	0.5	0.5	0.3	0.3	
TIPO DE ANESTESIA						
General	6359	96.4	2.6	3.7	43.7	49.9
Otro	239	3.6	6.3	3.8	57.1	32.8
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS						
Segundo	33	0.5	16.2	33.3	27.3	21.2
Tercero	10	0.1	20.0	80.0	0.0	0.0
SOLUCIONES IV*						
< 2000cc	6249	94.0	2.3	3.1	44.1	50.5
> 2000 cc	401	6.0	9.7	13.2	44.6	32.4
Promedio de soluciones	2000		2000	1950	1200	1050
TRANSFUSIONES*						
0	6442	96.9	2.5	3.5	44.0	49.9
1 o Mas	208	3.1	9.2	9.6	48.2	33.3
Promedio de transfusiones	0.1		0.1	0.1	0.0	0.0
ANTIBIÓTICOS*						
0	5660	85.1	0.5	0.3	45.0	54.2
1 ó Mas	990	14.9	15.6	23.2	39.2	21.9

* Diferencia estadísticamente significativa por test de Chi² (p < 0.05).

TABLA 14

Mortalidad materna intrahospitalaria

CAUSA DE MUERTE	NUMERO DE CASOS		TOTAL
	URBANO	RURAL	
TOTAL DE MUERTES	28	17	45
Muertes indirectas	3	4	7
Muertes directas	15	13	28
Hipertension	5	4	9
Aborto	4	3	7
Sépsis	5	1	6
Hemorragia	0	4	4
Otros	1	1	2

TABLA 15

Número de Nacimientos y Abortos Atendidos en los Hospitales Guatemala, 1993-1994

HOSPITAL	NACIMIENTOS	ABORTOS	PROPORCION
San Juan de Dios	12550	1861	100:15
Roosevelt	11463	1436	100:12
Ginecología y Obstetricia	15503	1593	100:10
Juan José Arévalo	6531	577	100:09
Regional de Occidente	3273	589	100:15
Nacional de Suchitepéquez	3155	594	100:19

En la tabla se puede observar que por cada 100 nacimientos atendidos en los hospitales se atienden 14.3 abortos en promedio.

9. DISCUSIÓN

Hasta el momento la cuantificación confiable del número de abortos provocados aunque con limitaciones solo ha sido posible en países donde su práctica ha sido legalizada. Donde se cuentan con servicios de aborto accesibles a toda la población en cuanto a costo y ubicación y que tienen un adecuado sistema de notificación.

En países donde el aborto es ilegal existe un sin número de limitantes para hacer estimaciones precisas. Las limitantes más importantes son: 1) La clandestinidad en que se practica el aborto que dificulta identificar y obtener información de los proveedores del servicio. 2) Las sanciones legales, sociales y religiosas impiden que la mujer proporcione con libertad información confiable sobre los embarazos que terminaron en un aborto voluntario; 3) La actitud del médico de registrar los abortos provocados como abortos sépticos que resta confiabilidad a la información de los registros médicos hospitalarios; 4) La dificultad de establecer cuando no se cuenta con información de la mujer si las complicaciones son consecuencia de un aborto espontáneo o de uno provocado; 5) Por último pero no el menos importante se refiere al ambiente, las condiciones y la persona que llevan a cabo las entrevistas a mujeres o proveedores.

Entre otras fuentes de sesgo están el lugar donde se identifican los casos (comunidad-servicios de salud) y el considerar la morbilidad infecciosa como evidencia de aborto provocado. Es claro que el riesgo de que un aborto provocado resulte con traumatismos o infecciones depende de la técnica, la habilidad y las condiciones en que sea realizado el aborto y que en los estudios hospitalarios se excluyan a las mujeres: 1) Que no tuvieron complicaciones porque el aborto fue practicado en condiciones técnicas e higiénicas adecuadas; 2) Las que desarrollaron complicaciones y acudieron a centros privados, 3) Las que murieron antes de llegar al hospital; 4) Las que resolvieron sus complicaciones con ayuda del farmacéutico o después de varios días de enfermedad; 5) Las que no tienen acceso al hospital. También es probable en los estudios hospitalarios estén sobrerrepresentados los casos con complicaciones. Debido a estas limitaciones cualquier tipo de dato sólo serviría para hacer estimaciones o aproximaciones, con un margen de error desconocido.

Los resultados demuestran que si no se hubiera contado con información de la mujer únicamente se hubieran considerado como certeza los 24 casos con traumatismo y/o los 6 casos con cuerpo extraño en los genitales. Utilizando exclusivamente el diagnóstico médico de egreso el número hubiera llegado a 40 casos. Esto demuestra el importante papel que juega la información que proporciona la mujeres en la clasificación de aborto sugerida por la OMS y empleada en este estudio.

Las médicas que realizaron las entrevistas fueron cuidadosamente capacitadas para realizar entrevistas amenas y dar seguridad y confianza a la mujer pero no sabemos en que medida las condiciones en que se realizó la recolección de los datos produjo o produjo el temor a las sanciones legales, sociales y sociales y contribuyo a identificar los casos de certeza.

En las categorías de probable (3.7%) y posible (44.1%) se concentran los casos que presentan signos y síntomas de infección y que eran embarazos no planeados: de acuerdo a la clasificación de la OMS los casos en estas categorías tienen una probabilidad menor (no establecida) de ser realmente abortos provocados.

Los resultados demuestran que únicamente 30 casos (0.45%) tenían evidencia de infección (endometritis, peritonitis o choque séptico), de los cuales 17 (9.3%) fueron categorizados como certeza y 13 (5.2%) como probable. Como se ve el número de casos con infecciones, en esta muestra, es muy bajo, probablemente las condiciones en que se practica el aborto extrahospitalario, la búsqueda temprana de atención médica u otros factores ayuden a prevenir las complicaciones serias.

Debido a que el concepto y la práctica de planear o no un embarazo en algunos países esta condicionada social y culturalmente, es realmente difícil sino imposible determinar cuantos de esos embarazos resultan en un aborto provocado.

En Guatemala es frecuente escuchar las frases: "*es pecado planificar la familia*", "*hay que recibir los hijos que Dios les de*", "*los hijos son un regalo de Dios*", "*es pecado abortar*". Esto se refleja en la prevalencia de uso de la anticoncepción que es apenas del 24% de las mujeres en unión y a la rigidez de los valores morales y religiosos que en algunos casos son superiores a las razones sociales que impulsan a la mujer a terminar con un embarazo no deseado. Una muestra más, es el resultado de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987⁵ que reporta que el 24% de los nacimientos ocurridos en los 5 años previos a la encuesta fueron embarazos no deseados. De manera que no podemos decir cuantos de los abortos en la categoría de posible fueron realmente provocados.

Como se expone en los párrafos anteriores la clasificación de la OMS esta sujeta a diferentes fuentes de sesgo, es un estudio hospitalario, depende de la voluntad de la mujer de dar información, esta sujeta a la incidencia de traumatismos e infección y de la actitud de la mujer hacia embarazos no planeados.

De tal manera que esta estimación deben ser entendida como una aproximación del número de abortos provocados "certeza" o como una aproximación del número de mujeres que pueden recurrir al aborto como un medio para limitar el crecimiento de su familia, pero mas importante aún, como las necesidades reales de información, servicios y métodos de planificación familiar que tiene las mujeres guatemaltecas.

Estamos seguros que el 2.7% de los casos fueron abortos provocados porque el 90% de las mujeres proporcionaron información sobre el método o los métodos empleados para abortar y porque el otro 10% tenían signos de manipulación. Las características sociodemográficas de mujeres que recurrieron al aborto provocado "certeza" son las menores de 20 de años, las madres solteras, las estudiantes o las que se dedican a oficios domésticos remunerados y las unidas a esposos sin empleo y la principal razón para procurar el aborto fue no desear el embarazo.

Que probabilidad de que los casos categorizados como probable (3.7%) es alta debido a que para el médico tratante la historia o los hallazgos clínica era sugestiva de manipulación (aborto séptico) y a que el embarazo no había sido planeado. De tal manera que es probable que 6.5% de todos los casos fueran provocados, y que con la información que se tiene no se puede determinar cuantos de los 2933 casos categorizados como posible (44.1%) fueron realmente abortos provocados.

La reclasificación del aborto propuesta por OMS ha sido usada en otros países de Latino América para estimar la incidencia de aborto provocado, el número de certeza fue en promedio de 12.5% oscilando entre 4.2% encontrado en Venezuela a 19.4% en Perú, el probable de 5.5% con un mínimo de 2.8% en Perú a 7.0% en Colombia. El aborto posiblemente provocado siempre resulta ser el grupo más grande 49.3% que oscila entre 46.8 en Colombia a 55.3 en Venezuela (ver Anexo 2). Los resultados de los seis hospitales de Guatemala 2.7% de certeza, 3.5% de probable y 44.5% de posible aunque muy por debajo de los promedios son ligeramente inferiores a los de resultados de Venezuela.

Los resultados demuestran que los programas de planificación familiar no cubren las necesidades de la población y como resultado están ocurriendo abortos provocados, por lo tanto deben encaminarse esfuerzos para promover la paternidad responsable, la educación sexual de los jóvenes, mejorar las condiciones de acceso a la información, a los servicios y a los métodos de planificación familiar.

ANEXOS

ESTUDIO MULTICENTRO OMS

País	Total	Certeza	Probable	Posible	Espontáneo
Bolivia	758	13.7	3.6	53.4	29.3
colombia	4,046	12.9	7.0	46.8	33.4
Perú	1,930	19.4	2.8	47.3	30.5
Venezuela	1,855	4.2	6.0	55.3	34.6
Nigeria	1,419	12.5	6.3	12.1	75.2
Turkía	613	24.3	0.6	37.5	37.5
Malasia	2,157	32.1	1.9	38.1	27.9
	Rango 613 - 4,406	Rango 4.2 - 32.1	Rango 0.6 - 7.0	Rango 12.0 - 55.3	Rango 27.9 - 75.2

Procedimientos quirurgicos: 1. SI 2. NO

Especifique:

ANES FECHA COD GO

Anestesia: 1- Gral. inhalada 2- Gral. IV 3- Epidural

17. Cuantas unidades de sangre completa le fueron transfundidas:

--	--

18. Cuantas unidades de productos de la sangre le fueron transfundidas

Celulas Empacadas Plasma

Crio precipitados Plaquetas

Albumina

19. Cuantos centimetros cubicos de expansores del plasma fueron administrados

Sol. Hartman Plasmaline

Sol. Salina Dextran

Sol. Mixta Sol. Dextrosada

20. Que antibioticos fueron utilizados:

CANTIDAD/MEDIDA CODIGO

	CANTIDAD/MEDIDA	CODIGO
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

21. Otros medicamentos administrados:

CANTIDAD/MEDIDA CODIGO

	CANTIDAD/MEDIDA	CODIGO
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

22. Estado de la paciente para participar en el estudio

- 1- Viva y desea participar
- 2- Viva, pero no desea participar
- 3- Viva con dificultad de comunicacion
- 4- Viva pero no accesible
- 5- Muerta

SI LA RESPUESTA FUE DE 2 A 5, SE DA POR TERMINADO EL CUESTIONARIO.

SECCION III: ENTREVISTA

PARA LLENAR ESTA SECCION, BUSQUE UN LUGAR LO MAS PRIVADO POSIBLE. *** CUANDO LOS ITEMS DE LA RESPUESTA ESTEN EN MAYUSCULA, LAS CATEGORIAS NO PUEDEN SER LEIDAS.***

23. En que fecha nacio

DIA	MES	ANO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

99 = No sabe

24. Cuantos anos cumplidos tiene usted

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

99 = No sabe

25. Se considera usted indigena

1. SI 2. NO

<input type="text"/>

26. Cual es su religion

- 1. NINGUNA
- 2. CATOLICA
- 3. OTRA

<input type="text"/>

27. Donde vive

- 1. EN LA CIUDAD CAPITAL O EN LA CABECERA DEPARTAMENTAL
- 2. EN UN LUGAR DIFERENTE

<input type="text"/>

28. Cual es su estado civil

- 1. Soltera
- 2. Unida
- 3. Casada
- 4. Separada o Divorciada
- 5. Viuda
- 8. No desea contestar

<input type="text"/>

29. Cuantos grados de la escuela gano usted

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

30. En que trabaja usted

- 01. ESTUDIANTE
- 02. AMA DE CASA
- 03. NO TIENE EMPLEO
- 04. JORNALERA AGRICOLA
- 05. OFICIOS DOMESTICOS REMUNERADOS
- 06. ECONOMIA INFORMAL
- 07. OBRERA
- 08. DEPENDIENTE DE NEGOCIO
- 09. DEPENDIENTE DE UNA OFICINA
- 10. COMERCIO PROPIO
- 11. EJERCE PROFESION UNIVERSITARIA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

31. Cuantos grados de la escuela gano su esposo

88 = No aplica 99 = No sabe

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

32. En que trabaja su esposo

- 00. NO APLICA
- 01. ESTUDIANTE
- 02. NO TIENE EMPLEO
- 03. JORNALERA AGRICOLA
- 04. OFICIOS DOMESTICOS REMUNERADOS
- 05. ECONOMIA INFORMAL
- 06. OBRERO
- 07. DEPENDIENTE DE NEGOCIO
- 08. DEPENDIENTE DE UNA OFICINA
- 09. COMERCIO PROPIO
- 10. AGRICULTOR
- 11. EJERCE PROFESION UNIVERSITARIA
- 99. NO SABE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

33. Cuantos grados de la escuela gano su mama

88 = No aplica 99 = No sabe

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

En que trabaja su mama

00. NO APLICA
 01. ESTUDIANTE
 02. AMA DE CASA
 03. NO TIENE EMPLEO
 04. JORNALERA AGRICOLA
 05. OFICIOS DOMESTICOS REMUNERADOS
 06. ECONOMIA INFORMAL
 07. OBRERA
 08. DEPENDIENTE DE NEGOCIO
 09. DEPENDIENTE DE OFICINA
 10. COMERCIO PROPIO
 11. EJERCE PROFESION UNIVERSITARIA
 99. NO SABE

35. Cuantos grados de la escuela gano su papa

88. No aplica 99. No sabe

36. En que trabaja su papa

00. NO APLICA
 01. ESTUDIANTE
 02. NO TIENE EMPLEO
 03. JORNALERO AGRICOLA
 04. OFICIOS DOMESTICOS REMUNERADOS
 05. ECONOMIA INFORMAL
 06. OBRERO
 07. DEPENDIENTE DE NEGOCIO
 08. DEPENDIENTE DE OFICINA
 09. COMERCIO PROPIO
 10. AGRICULTOR
 11. EJERCE PROFESION UNIVERSITARIA
 99. NO SABE

37. Habia estado embarazada antes

1. SI 9. No sabe
 2. NO

38. Cuantos embarazos ha tenido antes de este

39. Como termino su embarazo anterior a este

0. No aplica
 1. Recien nacido vivo
 2. Recien nacido muerto
 3. Aborto espontaneo
 4. Aborto provocado
 5. Embarazo ectopico
 6. Embarazo molar
 9. No sabe

40. Fecha en que termino su embarazo anterior

000000 = No aplica
 99 = No sabe

41. Cuantos de sus embarazos terminaron en:

1. R.M. Vivos <input type="text"/>	4. Ab. Provocados <input type="text"/>
2. R.M. Muertos <input type="text"/>	5. Emb. Ectopicos <input type="text"/>
3. Ab. Espontaneo <input type="text"/>	6. Emb. Molar <input type="text"/>

42. Cuantos hijos vivos tiene

Cuantos hombres

Cuantas mujeres

TOTAL

43. Que edad tiene su hijo vivo mas pequeno

0. NO APLICA
 1. DE 0 A 5 MESES
 2. DE 6 A 11 MESES
 3. DE 12 A 17 MESES
 4. DE 18 A 23 MESES
 5. DOS ANOS CUMPLIDOS
 6. TRES ANOS CUMPLIDOS
 7. CUATRO ANOS CUMPLIDOS
 8. CINCO ANOS O MAS

44. Cuantos hijos muertos tiene

Cuantos nombres

Cuantas mujeres

TOTAL

HISTORIA CONTRACEPTIVA

45. El ano pasado que metodo anticonceptivo utilizo usted para no quedar embarazada

01. NINGUNO
 02. ANTICONCEPTIVOS ORALES
 03. ANTICONCEPTIVOS INYECTADOS O IMPLANTES
 04. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
 05. PRESERVATIVOS
 06. DIAFRAGMA
 07. TABLETAS VAGINALES ,ESPERMICIDAS
 08. METODO NATURAL
 09. COITO INTERRUPTO
 10. LACTANCIA
 11. MEDICINA NATURAL _____
 12. OTRO (especifique) _____

46. Cual fue la causa principal por la que vino al hospital

01- SANGRADO VAGINAL
 02- FLUJO VAGINAL DIFERENTE AL SANGRADO
 03- ABORTO
 04- COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
 05- DOLOR ABDOMINAL
 06- FIEBRE
 07- NO DESEO DEL EMBARAZO
 08- OTRO (especifique) _____

47. Fecha de su ultima regla:

DIA	MES	ANO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

99 = No sabe

48. Sabia usted que estaba embarazada

1. SI 2. NO

49. Habia planeado o habia pensado quedar embarazada

1. SI 2. NO 8. No desea contestar

50. Deseaba este embarazo

1. SI 2. NO 8. No desea contestar

51. Que metodo anticonceptivo estaba usted usando cuando quedo embarazada

01. NINGUNO
 02. ANTICONCEPTIVOS ORALES
 03. ANTICONCEPTIVOS INYECTADOS O IMPLANTES
 04. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
 05. PRESERVATIVOS
 06. DIAFRAGMA
 07. TABLETAS VAGINALES ,ESPERMICIDAS
 08. METODO NATURAL
 09. COITO INTERRUPTO
 10. LACTANCIA
 11. MEDICINA NATURAL _____
 12. OTRO (especifique) _____

51. ¿usted no habia planificado este embarazo o no lo deseaba y no usaba metodo anticonceptivo, cual era la razon de no usar algun metodo?

- 00- NO APLICA
- 01- NO LOS CONOCE
- 02- OPOSICION DE SU ESPOSO O COMPANERO
- 03- TEMOR A LAS MOLESTIAS QUE PUEDEN CAUSAR LOS ANTICONCEPTIVOS
- 04- PIENSA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS CAUSAN INFERTILIDAD
- 05- LOS ANTICONCEPTIVOS SON CAROS Y NO LOS PUEDE OBTENER
- 06- NO LOS VENDEN DONDE VIVE
- 07- NO LOS CONSIDERA NECESARIOS
- 08- NO LOS PUEDE USAR POR RAZONES MEDICAS
- 09- MOTIVO RELIGIOSO
- 10- DIFICIL DE USAR
- 88- NO DESEA CONTESTAR

53. Le parece que su embarazo termino solo o hizo algo por terminarlo

- 1- ESPONTANEA
- 2- PROVOCADO
- 3- SOSPECHA DE SER PROVOCADO
- 8- NO DESEA CONTESTAR

SI LA RESPUESTA FUE 1, 8, SE DA POR TERMINADA LA ENTREVISTA.
SI LA RESPUESTA FUE 2, 3, CONTINUE.

54. Que fue todo lo que hizo usted u otra persona para terminar su embarazo (CUAL O CUALES METODOS UTILIZO LA PACIENTE 1.SI 2.NO)

- 01- LAVADOS O DUCHAS VAGINALES
- 02- INTRODUCCION DE OBJETOS SOLIDOS EN LA VAGINA
- 03- INYECCIONES O MEDICAMENTOS
- 04- REMEDIOS CASEROS
- 05- PRESION SOBRE EL ESTOMAGO
- 06- PRESION A TRAVES DE LA VAGINA
- 07- LEGRADO POR ASPIRACION
- 08- LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL
- 09- TRAUMATISMO EXTERNO
- 88- NO DESEA RESPONDER
- 99- NO SABE

55. Cual fue la razon principal que tuvo usted para querer terminar su embarazo

- 00- NO APLICA
- 01- YA NO DESEA MAS NINOS
- 02- SU ESPOSO O COMPANERO NO DESEA MAS NINOS
- 03- NO PUEDE SOSTENER OTRO NINO
- 04- USABA ANTICONCEPTIVOS PERO RESULTO EMBARAZADA
- 05- TEMOR A QUE EL NINO NACIERA CON MALFORMACIONES
- 06- RAZONES DE SALUD
- 07- VIOLACION
- 08- EMBARAZO DE COMPANERO DIFERENTE
- 09- RECHAZO DE SUS PADRES
- 10- MADRE SOLTERA
- 88- NO DESEA CONTESTAR

56. A quien consulto para provocarse el aborto

- 1- MEDICO
- 2- ENFERMERA
- 3- COMADRONA TRADICIONAL
- 4- EL FARMACEUTICO
- 5- ELLA MISMA
- 6- OTRO (especifique) _____
- 8- NO DESEA RESPONDER

57. Cuando fue que sucedio esto

DIA	MES	ANO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

99 = No sabe

SI SE EFECTUO MAS DE UNO

58. Fecha en que se hizo el ultimo procedimiento

DIA	MES	ANO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

99 = No sabe 000000 = No aplica

59. Le pago a la(s) persona(s) que le ayudo(aron) a terminar su embarazo

- 1. SI
- 2. NO
- 8. No desea contestar
- 9. No sabe

60. Cuanto pago

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8888 = No desea contestar
9999 = No sabe

Nombre del encuestador _____

Firma del encuestador _____

REEVALUACION DEL TIPO DE ABORTO

- 1- Complicaciones no causadas por el embarazo
- 2- Amenaza de aborto o embarazo continua
- 3- Certeza de haber sido provocado ilegalmente
- 4- Aborto probablemente provocado
- 5- Aborto posiblemente provocado
- 6- Aborto espontaneo
- 7- Aborto terapeutico

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE HACEN UNICAMENTE SI EL ABORTO FUE PROVOCADO

10. BIBLIOGRAFÍA

1. XI Censo de Población. 1994. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala. 1995.
2. Algunos Indicadores de Salud Seleccionados por Departamento. Guatemala. marzo 1993. Serie: Indicadores de Salud Seleccionados por Departamento Vcl 1 Guatemala 1993. pp 1-49
3. Informe de la Misión de Revisión de Programa y Formulación de Estrategias. Guatemala. No. 43. FNUAP. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 1995 3.
4. Medina, H. Estudio de Mortalidad Materna en Guatemala, 1989. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil.
5. Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá/Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/Westinghouse. 1989.
6. Fatalla, M. Reproductive Health: A global overview. Organización Mundial de Salud. Hungría. 1990.
7. Barrig, M., Li, D., Ramos, V., Vallenias, S. Aproximaciones al aborto. Sumbi & Population Council. Perú. 1993.
8. Clandestine Abortio: A Latin America Reality. The Alan Guttmacher Institute. New York 1994
9. Pamaxan, J.M., Rizo, A., Brown, L., Benson, J. La epidemia clandestina: La practica del aborto ilegal en América Latina. Prespectivas Internacionales de Planificación Familiar. Número especial de 1993. pp 9-15
10. Frejka, T., Atkin, L. y Toro, P. Programa de Investigación para la prevención del aborto inducido en condiciones de riesgosas y sus consecuencias adversas en América Latina y el Caribe. The Population Council, Documento de Trabajo No. 23. México 1989.
11. Memoria de Labores IGSS, 1993. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 1994.
12. Protocol for Hospital-Based Descriptive Studies of Mortality, Morbidity Related to Induced Abortion. WHO Project 86912. Task Force Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. Revised 14 August 1987.