

Universidad Particular de Iquitos

Facultad de Obstetricia

TITULO

**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LOS
ABORTOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL APOYO IQUITOS
ENTRE ABRIL Y AGOSTO DE 1997**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Presentado por la

Bach.: NIMIA CAROL PORTOCARRERO CARHUAMACA

Iquitos

Región Loreto

1998

BIBLIOTECA-UPI

INDICE DE CONTENIDO

1. Indice de contenido	2
2. Página de dedicatoria	5
3. Página de reconocimiento	6
4. Abstracto o Resumen	7

CAPITULO I

5. Introducción	10
6. Problema de Investigación	11
7. Objetivos	12

CAPITULO II

8. Marco Teórico	14
9. Términos Operacionales	19
10. Operacionalización de Variables	21

CAPITULO III

Metodología

11. Tipo de investigación	24
12. Diseño de investigación	24
13. Población y Muestra	24
14. Técnicas e Instrumentos	25
15. Procedimiento de Recolección de Datos	25
16. Protección de los derechos humanos	25
17. Análisis e Interpretación de los Datos	26

CAPITULO IV

18. Resultados	28
Cuadro 1	28
Incidencia de casos de abortos	28
Cuadro 2	28
Distribución de los casos de aborto según edad	28
Gráfica 1	29
Estado civil de las mujeres que abortan	29

Cuadro 3	Relación entre edad (15-19 a.) y estado civil	29
Cuadro 4	Relación entre edad (20-35 a.) y estado civil	30
Gráfica 2	Procedencia de las mujeres que abortan	30
Cuadro 5	Distribución de los casos de aborto según nivel de instrucción	31
Gráfica 3	Nivel socioeconómico	31
Cuadro 6	Edad de la menarquia en la población de estudio	32
Cuadro 7	Edad de inicio de las relaciones sexuales	32
Cuadro 8	Relación entre menarquia e inicio de relaciones sexuales	33
Cuadro 9	Número de gestaciones en la población de estudio	33
Gráfica 4	Antecedente de abortos	34
Gráfica 5	Uso de métodos anticonceptivos	34
Cuadro 10	Relación entre edad (15-19 a.) y uso de método anticonceptivo	35
Cuadro 11	Relación entre edad (20-35 a.) y uso de método anticonceptivo	35
Cuadro 12	Relación entre estado civil (solteras) y uso de método anticonceptivo	35
Cuadro 13	Relación entre estado civil (casadas) y uso de método anticonceptivo	36
Cuadro 14	Relación entre número de embarazo y uso de método anticonceptivo	36
Gráfica 6	Antecedente de aborto provocado	37
Cuadro 15	Relación entre antecedente de aborto provocado y uso de método anticonceptivo	37
Cuadro 16	Relación entre estado civil y antecedente de aborto provocado	38
Gráfica 7	Antecedente de legrado uterino	38
Cuadro 17	Tiempo del último aborto	38
Cuadro 18	Edad gestacional de las mujeres que abortaron	39
Cuadro 19	Medicamentos usados con fines abortivos	39
Gráfica 8	Maniobra abortiva	40
Cuadro 20	Forma de Maniobra abortiva	40
Cuadro 21	Tiempo aparición del sangrado pos medicación	41
Cuadro 22	Relación entre el tiempo de demora en acudir al médico y maniobra abortiva	41
Cuadro 23	Morbilidad en las mujeres con abortos atendidas en el HAI	42
19. Discusión		43
20. Conclusiones		46
21. Recomendaciones		48

MATERIAL DE REFERENCIA

22. Referencias Bibliográficas	49
23. Anexos	
Anexo 1	Ficha de recolección de datos
Anexo 2	Relación entre antecedente de aborto y uso de método anticonceptivo
24. Página de Aprobación	55

DEDICATORIA

A mis Padres JORGE y LIDIA, que con su apoyo y estímulo hicieron que este momento llegara, cumpliéndose así uno de mis más grandes anhelos.

A mis Hermanos, Mónica, Jesús, Aldo, Jaime y Janeth, por el estímulo de cada día, y por los consejos muy bien intencionados, les agradezco por su comprensión.

A Percy García Barrera, por darme su apoyo incondicional en los momentos más difíciles, le agradezco de todo corazón.

RECONOCIMIENTO

Al Dr. Víctor Noriega Reategui, Profesor de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Particular de Iquitos, por su invalorable ayuda, enseñanza y asesoría en el presente trabajo.

Al Dr. Ricardo Chávez Chacaltana, mi agradecimiento por su amistad, por la orientación y por las horas de dedicación en el análisis del presente trabajo.

A la Obst. Rosa Lupuche Ipanaque, profesora de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Particular de Iquitos y encargada del Programa Materno Perinatal del Hospital Apoyo Iquitos, por brindarme su asesoría, su amistad y experiencia.

Al Dr. Zaid Ríos, Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, por su colaboración en el presente trabajo.

A las Internas de Obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, quienes me acompañaron en este momento y fueron mis compañeras en el internado, gracias por su cooperación y apoyo brindado durante el tiempo del desarrollo del estudio.

A los técnicos del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, por su apoyo incondicional prestado.

Mi reconocimiento sincero y muy especial a los Docentes de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Particular de Iquitos, por sus enseñanzas impartidas durante todos estos años.

RESUMEN

Se hizo un estudio de la población femenina en edad reproductiva, que fueron atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos en el Servicio de Gineco-Obstetricia entre Abril y Agosto de 1997 con Diagnostico de Aborto, señalando como problema básico el conocer los niveles de abortos y su relación con edad, estado civil, nivel de instrucción y nivel socioeconómico; con el propósito de determinar la magnitud del aborto, sus principales características epidemiológicas y asociaciones con los más importantes factores que la determinan.

Ingresaron al presente estudio 194 pacientes con diagnóstico de aborto, la tasa de Prevalencia fué de 185 abortos por cada 1000 nacidos vivos.

El perfil de la mujer que consulta por aborto en el Hospital Apoyo Iquitos, tiene una edad promedio de 26.7 años, convivientes, nivel de instrucción deficiente, y nivel socioeconómico bajo.

Mujeres menores de 20 años y las solteras no usan método anticonceptivo; en comparación con las de 20 - 35 años, convivientes y las que tienen antecedente de aborto provocado utilizan más los métodos anticonceptivos.

En el estudio se encontró que las mujeres que presentan la menarquia entre los 12 - 13 años tienen 4 veces más posibilidad de iniciar sus relaciones sexuales antes de los 16 años.

El 2.6% (5/194) de las estudiadas tuvieron como antecedente abuso sexual.

La mayoría de las encuestadas llegaron a abortar en promedio a las 10.2 semanas de gestación; el 36.6% (71/194) refirió haberse provocado el aborto utilizando algún "medicamento abortivo", el más usado fué Misoprostol.

68 (35.1%) mujeres refirieron haberse practicado alguna maniobra abortiva en el

embarazo actual, el motivo fué porque no deseaban el embarazo, en el 4.4% (3/68) la maniobra lo había realizado un empírico.

La morbilidad asociada más frecuente entre las encuestadas fué la infección del tracto urinario (21.6%), presentaron Malaria (7.7%) y el 5.2% fueron maltratadas físicamente por su conviviente en su gran mayoría y un porcentaje igual presentaron anemia.

CAPITULO I

INTRODUCCION

En la actualidad el Aborto sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, su incidencia va creciendo en los países de Latinoamérica a pesar de tener una política de Planificación Familiar, sin que exista legalización del Aborto.

El aborto es un problema socioeconómico que debido a su práctica representa un alto porcentaje de la morbilidad y mortalidad en las mujeres en edad fértil.

En Iquitos el Aborto es un problema sociosexual; es la segunda causa de Hospitalización en los Servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, Hospital Regional de Loreto y Hospital II del IPSS luego de la Atención de Parto Normal^{1,2}, no existen estudios sobre las características epidemiológicas de las mujeres que acuden a nuestros hospitales con Diagnostico de Aborto; el presente estudio tiene por finalidad de describir estas características con el propósito de dar información al Programa de Planificación Familiar de nuestra región para que se tomen medidas acorde a nuestra realidad.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

**Cuales son los Aspectos Epidemiológicos de los Abortos atendidos en el Hospital
Apoyo Iquitos entre Abril a Agosto de 1997?**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los Aspectos Epidemiológicos de los Abortos atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital Apoyo Iquitos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la distribución de los casos de Aborto según la edad, nivel socioeconómico, procedencia, hacinamiento, grado de instrucción, estado civil y paridad.

Determinar la Prevalencia de Abortos en el Hospital Apoyo Iquitos.

Determinar la Tasa de Mortalidad por aborto en el Hospital Apoyo Iquitos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En clínica se define al aborto como la expulsión del producto en forma espontanea o provocada hasta la vigésima semana de gestación, correspondiéndole un peso aproximado hasta los 500 gramos^{7,11,15}.

Existen factores ovulares, embrionarios y maternos desencadenantes de aborto, pero en general es difícil separar unos de otros porque se imbrican correlacionándose para constituir en general causas de aborto^{7,11,15}.

Puede ser causa de interrupción del embarazo, cualquier alteración que repercuta en el momento de la fecundación, implantación, evolución y desarrollo del embarazo^{9,14}.

Actualmente entre las principales causas se consideran^{7,9,11}:

- * Desarrollo anormal del producto, que incluyen huevo patológico y feto anormal, debido a implantación viciosa, anomalías de placenta o de la decidua uterina.
- * Defectos citogenéticos y efectos teratógenos por enfermedades intercurrentes, radiación o fármacos; lo segundo sería por disfunción hormonal que comprende desde las insuficiencias de progesterona como hormona protectora del embarazo o la baja de estrógenos como hormona promotora de la función del cuerpo lúteo, hasta el hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, diabetes, etc.
- * Enfermedades infecciosas maternas como la Brucelosis, Toxoplasmosis, etc.
- * Patología en el tracto genital, que incluyen anomalías uterinas, tumoraciones, infecciones e incompetencia cervical.

- * Intervenciones operatorias locales, vecinas o alejadas, ya sean por efectos traumáticos o anestésicos, alergias, avitaminosis, isoinmunizaciones y alteraciones psicosomáticas.

Se calcula que el 10% de los embarazos terminan en abortos⁷ En el 50% de estos hay imperfecciones del huevo (huevo abortivo), en el 35% la causa de la interrupción del embarazo es hormonal, mientras que el 15% restante pueden imputarse a las otras etiologías⁷.

Desde el punto de vista médico y legal el aborto puede ser espontáneo y provocado; este último puede ser terapéutico y criminal^{3,7,9,11}.

De acuerdo al curso clínico los abortos espontáneos se clasifican en amenaza de aborto, aborto inminente, aborto frustrado, aborto en curso, aborto completo, aborto incompleto, aborto habitual y aborto séptico^{7,9,15}.

El aborto séptico, es el aborto complicado con infección, es el aborto incompleto que no es solucionado adecuadamente, por que no decir; es una complicación del aborto criminal o inducido en algunos casos y una de las mayores causas de Mortalidad Materna en Obstetricia entre las mujeres de edad fértil^{5,6,7}.

A pesar de creencias religiosas, las enseñanzas y las amenazas de los familiares, no todos los adolescentes logran abstenerse de relaciones sexuales, por lo cual anualmente millones de jóvenes embarazadas se someten al peligro de los abortos clandestinos para evadir conflictos familiares^{1,5}.

Se estima una tasa anual del aborto de 65 abortos por 1000 mujeres en edad fértil para América Latina, la tasa de Aborto a Nivel Nacional se estima alrededor de un 15.5% y en la Selva puede llegar hasta un 21,17%⁶; en el Hospital Apoyo Iquitos la Tasa de Aborto llega a un poco más del 15%, siendo esta aun mayor en zonas urbanas, lo cual supondría una

preocupación de por lo menos a un aborto por cada 2 o 3 partos para la subregión ¹.

Mongrut Steane ⁷, considera que la frecuencia es difícil de precisar pero en general estima que se produce entre los 15 y 20 por ciento de todas las gestaciones con una mayor frecuencia entre los 20 y 35 años, que por lo demás es la época más fértil de la mujer, se dice que esta incidencia no es real, sino existieran subregistros.

Según la información que se obtuvo en la Jornada de Gineco-Obstetricia que se llevó a cabo en Agosto del 1997 en nuestra ciudad se considera al Aborto como a la cuarta causa directa de muerte materna a Nivel Nacional, mientras que a Nivel Regional, el aborto es la segunda causa más importante de muerte materna y su real incidencia no es exactamente conocida ¹⁰.

Más de un tercio de los 50 millones de abortos que se practican cada año son ilegales y casi la mitad se llevan a cabo fuera del sistema de atención de salud; se calcula que en América Latina entre el 10% y 30% de las camas de los servicios de Gineco-Obstetricia están ocupadas por pacientes que sufren efectos de este procedimiento, en el Perú se calculan que ocupan alrededor de un 11.13% ^{1,2,6}.

El aborto inducido está en aumento en muchos países de Latinoamérica a pesar de serias restricciones legales, sociales y religiosas. Se supone que en América Latina el aborto inducido esta entre las primeras causas de muerte en mujeres entre los 18 y 49 años de edad ^{1,10}. Se estima que la incidencia de aborto inducido clandestino en la región es tan alta como en los países de la Europa del Este, donde se encuentran las tasas más altas entre los países desarrollados con aborto legalizado ³.

Según estudios realizados ^{5,6}, demuestran que los abortos inducidos y sus complicaciones disminuyen, cuando aumenta la cobertura de los Programas de Planificación Familiar. Se ha señalado que el aborto más que una opción es la respuesta a la falta de opciones reales, tanto de salud como económicos, educativos y socioculturales ^{1,13}.

Axel Mundigo⁸, comenta que cuando la mujer decide interrumpir un embarazo lo hace dentro de un contexto social que define y limita sus opciones. Por ejemplo en algunas sociedades latinoamericanas la mujer consigue sin mayor dificultad productos farmacéuticos (en forma independiente) para resolver sus problemas, mientras que en otras existen posibilidades de recurrir a servicios médicos y así obtener un aborto confiable^{6,8}. En otras circunstancias la mujer decide auto-abortar utilizando comportamientos de gran riesgo, como es apretarse el estómago, tirarse abajo las escaleras y otras prácticas de este tipo; esto depende de la situación de clase, de ingreso, de ambiente urbano o rural y otros factores definidos por patrones culturales y sociales^{5,6,8}.

El aborto inducido es generalmente el resultado de un embarazo no deseado que se inicia al fallar un método anticonceptivo, por ser mal utilizado o su uso interrumpido, o al no usar ninguna protección para prevenir un embarazo. La relación entre anticoncepción y aborto, las actitudes ante varios métodos, especialmente el miedo a efectos secundarios, son factores importantes para explicar la incidencia del aborto inducido⁸.

La discontinuidad de métodos está muy relacionada con la calidad y disponibilidad de consejos e información al usuario/a, en especial a lo que se refiere a preocupaciones sobre los efectos de métodos sobre la salud de la mujer; muchas mujeres preocupadas con los efectos secundarios de un método moderno, cambian a métodos de baja confiabilidad y por lo tanto aumentan el riesgo de un embarazo no deseado y recurren al aborto como una solución al problema^{6,8}.

Cuando el aborto se realiza a mayor edad gestacional y en condiciones inadecuadas aumenta la mortalidad materna. Dentro de las complicaciones son las infecciones y hemorragias, las principales causas de mortalidad^{1,7,9,11,15}. Otras complicaciones habituales son los traumas a los órganos pélvicos como perforaciones uterinas, daños de la vejiga, y las infecciones como el tétano; estas complicaciones son frecuentes son en maniobras por empíricos^{6,7}.

Aunque cifras reales se desconozcan ya que muchos casos ocurren fuera del ámbito hospitalario, se calcula que pueden llegar a producirse 1000 muertes por cada 100 000 procedimientos realizados, por lo que la mortalidad por aborto inducido podría ser responsable en algunos casos de hasta la mitad de las muertes maternas ^{1,5,6}. La tasa de Mortalidad de Aborto de Alto Riesgo se estima según un estudio a nivel mundial a un total de unos 1000 por cada 100 000 abortos y a nivel de Nacional de 267 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos según información obtenida en la Jornada de Gineco Obstetricia en Agosto de 1997 ^{1,5,6,10}.

TERMINOS OPERACIONALES

ABORTO: Expulsión del producto antes de las veinte semanas de gestación.

PREVALENCIA: Es el número de casos existente de una enfermedad en una población determinada ocurrida durante un periodo definido.

EDAD MATERNA: Tiempo en años transcurrido de la gestación desde el nacimiento hasta la fecha actual.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Poder adquisitivo de la persona. Ingreso económico mensual.

PROCEDENCIA: Lugar de donde procede la paciente gestante con relación al perímetro de la ciudad.

HACINAMIENTO: Más de una familia que habitan en una habitación.

GRADO DE INSTRUCCION: Ultimo año aprobado de estudios.

ESTADO CIVIL: Estado de las personas respecto a sus deberes y derechos sociales económicos, religiosos y culturales.

GESTACION: O Embarazo; estado de la mujer que alberga en su útero un embrión o feto vivo.

EDAD GESTACIONAL: Semanas comprendidas entre el primer día del último período menstrual normal o la FUR y la fecha actual.

PARIDAD: Dícese del número de embarazos que nacieron.

MORTALIDAD: Es un término genérico que expresa la acción de la muerte sobre la población.

TMM: Número de Defunciones de Muertes Maternas x 10ⁿ
Número de Nacido Vivos

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD MATERNA	Tiempo transcurrido de la gestante desde el nacimiento hasta el momento de estudio	Edad Cumplida	Número de años cumplidos.	Razón	Edad
PROCEDENCIA	Lugar donde procede la gestante con relación al perímetro de la ciudad.	Urbano Perurbano Rural	Urbano, si procede del casco urbano de la ciudad de Iquitos. Perurbano, si procede de la periferia o de los asentamientos humanos aledaños a la ciudad de Iquitos. Rural, si procede fuera de la ciudad de Iquitos.	Nominal	Procedencia 1 Urbano 2 Perurbano 3 Rural
GRADO DE INSTRUCCION	Nivel de educación alcanzada por la gestante.	Año de educación aprobada.	Ultimo año de educación aprobada por la gestante	Nominal	Nivel de Instrucción 1 Analfabeta 2 Primaria 3 Secundaria 4 Superior
NIVEL SOCIOECONOMICO	Poder adquisitivo de la persona	Salario Mensual	Ingreso Económico mensual, menor de S. 500 nivel bajo, más de S. 500 y menos de S. 2000 nivel medio, más de S. 2000 nivel alto	Nominal	Nivel Socioeconómico. 1 Alta 2 Media 3 Baja
PARIDAD	Número de Partos que ha tenido la paciente	Hijos vivos e hijos muertos	Número de partos a la fecha	Nominal	Gesta. PARA: Hijos vivos Hijos muertos

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD GESTACIONAL	Semana comprendida entre el primer día del último período de menstruación normal y la fecha actual	FUR	Tiempo transcurrido desde la fecha de la última regla hasta la fecha de la encuesta	Nominal	FUR, Edad Gestacional en semanas
ESTADO CIVIL	Estado de las personas respecto a sus deberes y derechos sociales, económicos, religiosos y sociales	Condición Marital	Situación Legal de la gestante	Nominal	Estado civil, 1. Casada 2. Divorciada 3. Viuda 4. Soltera 5. Conviviente
BACINAMIENTO	Número de personas que viven amontonadas en una habitación	No. de habitantes	Número de personas que viven en la casa	Nominal	Bacinamiento, 1. 7 a más habitantes 1. Menos de 7 habitantes
PREVALENCIA	Es el número de casos existentes de una enfermedad en una población determinada	Número de enfamos, Población General	Número de abortos entre población de gestantes	Razón	Aborto, 1. Si 2. No
MORTALIDAD MATERNA	Es un término genérico que expresa la acción de la muerte	No. Fallecidas Población General	Número de Gestante Fallecidas por aborto entre población de gestante	Razón	Fallecida 1. Si 2. No
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
ABORTO	Interrupción del embarazo antes de la vigésima semana de la gestación	Gestante de menos de 20 semanas con hemorragia o dolor.	Pérdida del producto antes de la vigésima semana	Nominal	Aborto 1. SI 2. NO Tipo de Aborto:

CAPITULO III

METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de Tipo Epidemiológico porque trata de estudiar las características de la población femenina que aborta y son atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos en un periodo de tiempo.

DISEÑO DE INVESTIGACION

En el presente estudio se utilizo el diseño Descriptivo Transversal Prospectivo.

Es Descriptivo porque describe las características epidemiológicas de las mujeres que abortan.

Es Transversal porque evalúa a las variables de los abortos en solo un momento del estudio.

Es Prospectivo porque el efecto ha sido presentado posterior al inicio del estudio.

POBLACION

La Población estuvo constituida por todas las gestantes hasta las 20 semanas, que acuden al Hospital Apoyo Iquitos entre Abril y Agosto de 1997.

MUESTRA

La muestra fueron todas aquellas gestantes hasta las 20 semanas que son hospitalizadas con diagnostico de aborto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos entre Abril a Agosto de 1997.

El tamaño muestral se calculó mediante el Software EPIINFO 6.20 :

$$TM = n / (1 + n/N)$$

$$n = Z^2 p q / E^2$$

TM = Tamaño muestral

Población 476 abortos (1996)

Frecuencia esperada 70.0%

q (1-p) 30.0%

Error (E) 0.05

Nivel de Confianza (Z) : Tamaño muestral

95% 192.3

El muestreo utilizado fué el muestreo aleatorio simple

El único criterio de exclusión fué la no presencia de aborto.

La Unidad de estudio fué la paciente con Aborto.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó una ficha de recolección de datos, en la que se registraron las variables del estudio (Ver Anexo No.01), la cual se validó mediante una prueba piloto.

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS.

A todo paciente con diagnóstico de aborto que se le admitió en el Servicio de Hospitalización de Gineco Obstetricia se le informó del trabajo de investigación y con su autorización se procedió a interrogarla, las respuestas fueron registradas en la ficha de recolección de datos, así mismo se anotó la evolución de la paciente como los procedimientos

quirúrgicos a la que es sometida, todas las fichas fueron revisadas con el asesor del estudio.

ANALISIS.

Los datos se procesaron automáticamente mediante Software EPIINFO 6.20, los datos se presentaron en gráficas, en tablas univariable y bivariantes.

PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS

Se respetaron las normas de ética, el derecho de la privacidad y la protección de la integridad física y moral.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Ingresaron al presente estudio 194 pacientes con diagnóstico de aborto, la tasa de prevalencia fué de 185 abortos por cada 1000 nacidos vivos (Cuadro N1 01).

CUADRO N° 01

PREVALENCIA DE CASOS DE ABORTOS HOSPITAL APOYO IQUITOS

MES	N°	N° PARTOS	INCIDENCIA
ABRIL	41	223	184 x 1000
MAYO	39	218	179 x 1000
JUNIO	34	196	173 x 1000
JULIO	47	182	258 x 1000
AGOSTO	33	229	144 x 1000
TOTAL	194	1048	185 x 1000

CUADRO N° 02

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ABORTO SEGUN EDAD HOSPITAL APOYO IQUITOS

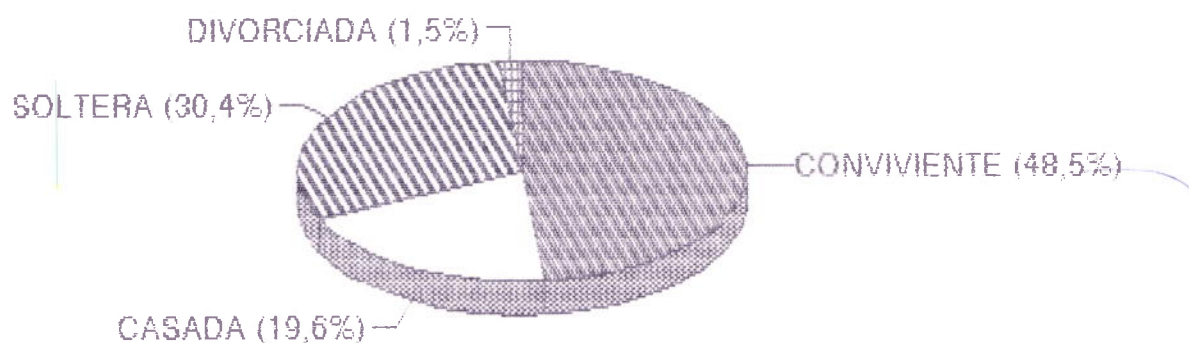
EDAD	N°	%
15 - 19 a.	36	18.6
20 - 35 a.	126	64.9
> de 35 a.	32	16.5
TOTAL	194	100.0

La edad promedio fué de 26.7 años, el 64.9% (126/194) de los casos correspondieron de 20 a 35 años, seguidos de las de 15 a 19 años con un 18.6% (36/194) y 16.5% mayores de 35 años (Cuadro N° 02).

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE ABORTAN HOSPITAL APOYO IQUITOS

Nº de Abortos = 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



GRAFICA Nº 01

El 48.5% (94/194) de las mujeres eran convivientes, seguidas del 30.4% (59/194) solteras y de las casadas con un 19.6% (36/194) (Gráfica Nº 01).

CUADRO Nº 03

RELACION ENTRE EDAD Y ESTADO CIVIL

EDAD:	SOLTERAS	NO SOLTERAS	TOTAL
15 - 19 a.	28	8	36
Otras edades	31	127	158
TOTAL	59	135	194

(OR=14.34, $X^2=46.86$, $p=0.000000$)

CUADRO N° 04

RELACION ENTRE EDAD Y ESTADO CIVIL

EDAD	CONVIVIENTE	NO CONVIVIENTE	TOTAL
20 - 35 a.	67	59	126
Otras edades	17	51	68
TOTAL	84	110	194

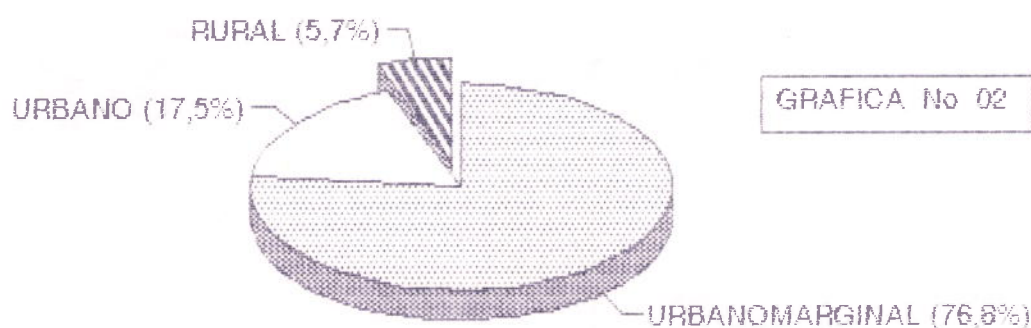
(OR=3.41, $X^2=14.28$, $p=0.000157$)

Las mujeres menores de 20 años tenían 14 veces más la posibilidad de ser solteras (Cuadro N° 03); mientras que las de 20 a 35 años tenían más de tres veces la posibilidad de ser convivientes (Cuadro N° 04).

PROCEDENCIA DE LAS MUJERES QUE ABORTAN HOSPITAL APOYO IQUITOS

No de Abortos = 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



La mayor proporción de mujeres que abortaron procedieron de la zona urbano marginal con un 76.8% (149/194), seguidas de las que viven en la zona urbana con un 17.5% (34/194) (Gráfica N° 02).

CUADRO Nº 05

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ABORTO SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION
HOSPITAL APOYO IQUITOS

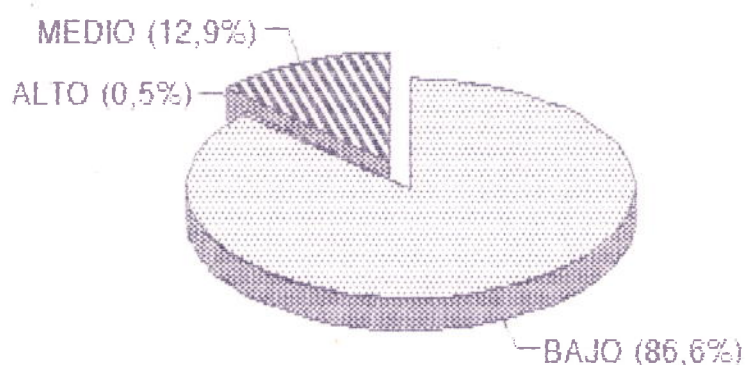
NIVEL DE INSTRUCCION	Nº	%
PRIMARIA INCOMPLETA	32	16.5
PRIMARIA COMPLETA	15	7.7
SECUNDARIA INCOMPLETA	71	36.6
SECUNDARIA COMPLETA	61	31.4
SUPERIOR	15	7.7
TOTAL	194	100.0

El 36.6% (71/194) de las mujeres que abortaron presentaron un nivel de instrucción de secundaria incompleta, seguidas de aquellas con nivel de secundaria completa con un 31.4% (61/194), el 7.7% (15/194) tenían educación superior (Cuadro Nº 05).

NIVEL SOCIO ECONOMICO
HOSPITAL APOYO IQUITOS

NO DE ABORTOS = 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



GRAFICA No 03

El 86.6% (168/194) de las mujeres provenían de un nivel socio económico bajo, el 12.9% (25/194) de nivel medio y el 0.5% (1/194) de nivel alto (Gráfica N° 03). El 29.9% (58/194) presentaron hacinamiento.

CUADRO N° 06

EDAD DE LA MENARQUIA EN LA POBLACION DE ESTUDIO HOSPITAL APOYO IQUITOS

EDAD	N°	%
10 - 11 años	21	10.8
12 - 13 años	92	47.4
14 a más años	81	41.8
TOTAL	194	100.0

El 47.4% (92/194) de las mujeres presentaron su menarquia entre los 12 a 13 años de edad (Cuadro N° 06).

CUADRO N° 07

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

EDAD	N°	%
13 - 15 años	60	30.9
16 - 19 años	113	58.2
20 a más a.	21	10.9
TOTAL	194	100.0

El 30.9% (60/194) de las mujeres que fueron encuestadas refirieron que inician sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años de edad (Cuadro N° 07).

CUADRO N° 08

RELACION ENTRE MENARQUIA E INICIO DE RELACIONES SEXUALES

MENARQUIA	RS < 16 a.	RS > 16 a.	TOTAL
12 - 13 a.	43	49	92
Otras edades	17	85	102
TOTAL	60	134	194

(OR=4.39, $X^2=20.48$, $p=0.000006$)

Se encontró que las mujeres que presentan la menarquia entre los 12 a 13 años presentaron más de cuatro veces la posibilidad de iniciar sus relaciones sexuales antes de los 16 años (Cuadro N° 08).

CUADRO N° 09

NUMERO DE GESTACIONES EN LA POBLACION DE ESTUDIO

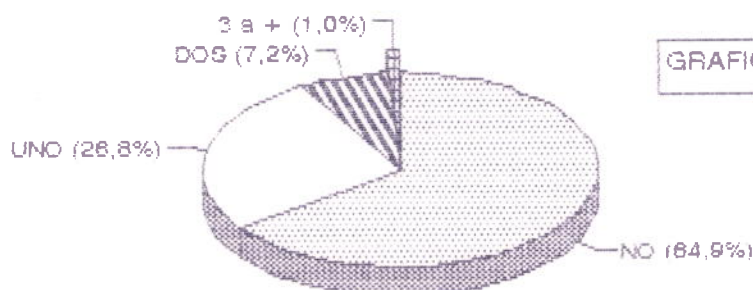
N° GESTACIONES	N°	%
PRIMERO	46	23.7
SEGUNDO	31	16.0
TERCERO	32	16.5
4 a más	85	43.8
TOTAL	194	100.0

El 23.7% (46/194) presentaban su primer embarazo, mientras que el 16.0% (31/194) era su segundo embarazo (Cuadro N° 09).

ANTECEDENTE DE ABORTOS HOSPITAL APOYO IQUITOS

No de Abortos = 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



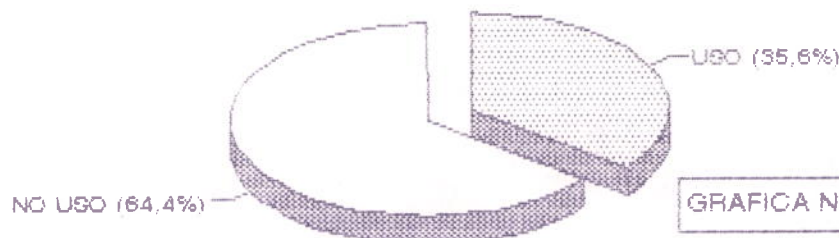
GRAFICA No 04

El 64.9% (126/194) de las mujeres no tenían antecedente de abortos (Gráfica Nº 04).

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HOSPITAL APOYO IQUITOS

Poblacion 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



GRAFICA No 05

Solo el 35.6% de las mujeres usan algún tipo de método anticonceptivo en su vida; lo

que significa que casi el doble de las mujeres en estudio nunca usan métodos anticonceptivos por mala información. (Gráfica N° 05).

CUADRO N° 10

RELACION ENTRE EDAD Y USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

EDAD	NO USO MAC	USO MAC	TOTAL
15 - 19 a.	34	2	36
Otras edades	91	67	158
TOTAL	125	69	194

(OR=12.52, $X^2=17.37$, $p=0.000030$)

CUADRO N° 11

RELACION ENTRE EDAD Y USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

EDAD	USO MAC	NO USO MAC	TOTAL
20 - 35 a.	57	69	126
Otras edades	12	56	68
TOTAL	69	125	194

(OR=3.86, $X^2=14.67$, $p=0.000128$)

Las mujeres menores de 20 años tenían más de 12 veces la posibilidad de no usar algún método anticonceptivo (Cuadro N° 10), mientras que las de 20 a 35 años tenían casi 4 veces la posibilidad de usar algún método (Cuadro N° 11).

CUADRO N° 12

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

ESTADO CIVIL	NO USO MAC	USO MAC	TOTAL
SOLTERAS	50	9	59
Otros estados	75	60	135
TOTAL	125	69	194

(OR=4.44, $X^2=15.27$, $p=0.000093$)

CUADRO N° 13

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

ESTADO CIVIL	USO MAC	NO USO MAC	TOTAL
CASADAS	20	18	38
Otros estados	49	107	156
TOTAL	69	125	194

(OR=2.43, $X^2=6.00$, $p=0.01426$)

Las solteras tenían más de cuatro veces la posibilidad de no usar ningún método anticonceptivo (Cuadro N° 12), mientras que las casadas tenían alrededor de dos veces en usar algún método (Cuadro N° 13).

CUADRO N° 14

RELACION ENTRE NUMERO DE EMBARAZO Y USO DE METODO ANTICONCEPTIVO COMO ANTECEDENTE

N° EMBARAZO	NO USO MAC	USO MAC	TOTAL
PRIMERO	41	5	46
más de uno	84	64	148
TOTAL	125	69	194

(OR=6.25, $X^2=16.05$, $p=0.000061$)

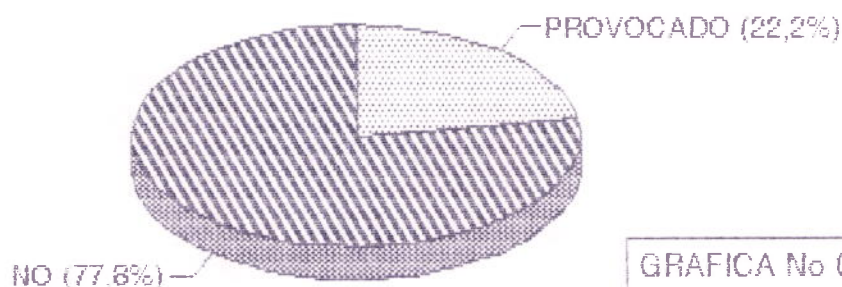
Las que por primera vez se embarazan tenían más de seis veces la posibilidad de no usar algún método anticonceptivo (Cuadro N° 14).

No se encontró relación entre antecedente de abortos y uso de métodos anticonceptivos (Anexo N° 02).

ANTECEDENTE DE ABORTO PROVOCADO HOSPITAL APOYO IQUITOS

No de Abortos = 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



GRAFICA No 06

El 22.2% (43/194) de las mujeres refirieron el antecedente de haberse provocado uno o más abortos (Gráfica Nº 06).

CUADRO Nº 15

RELACION ENTRE ANTECEDENTE DE ABORTO PROVOCADO Y
USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

Antecedente	USO MAC	NO USO MAC	TOTAL
SI	21	22	43
NO	48	103	151
TOTAL	69	125	194

(OR=2.05, $X^2=4.25$, $p=0.03936$)

Se encontró que aquellas que tenían antecedente de aborto presentaron dos veces mas uso de anticonceptivos que las que no referían haber abortado (Cuadro Nº 15).

CUADRO Nº 16

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y ANTECEDENTE DE ABORTO PROVOCADO

Estado Civil	Antecedente de Aborto provocado	NO	TOTAL
Conviviente	27	67	94
NO	16	84	100
TOTAL	43	151	194

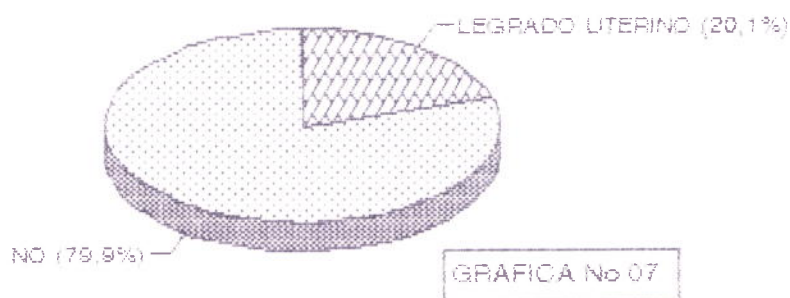
(OR=2.12, $X^2=4.55$, $p=0.0334$)

Las convivientes se relacionan alrededor de dos veces más a antecedentes de aborto provocado (Cuadro Nº 16).

ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO HOSPITAL APOYO IQUITOS

Población 184

ABRIL A AGOSTO DE 1997



El 20.1% (39/194) tenían antecedente de legrado uterino (Gráfica Nº 07).

CUADRO Nº 17

TIEMPO DEL ULTIMO ABORTO

TIEMPO (meses)	Nº	%
0 - 12	9	13.6
13 - 24	16	24.2
más de 24	41	62.1
TOTAL	66	100.0

En 66 casos (34.0%) se logro obtener el dato del tiempo de su ultimo aborto, se hallo que el 13.6% (9/66) fué en los últimos doce meses y el 24.2% (16/66) en los últimos 24 meses (Cuadro N° 17).

CUADRO N° 18

EDAD GESTACIONAL DE LAS MUJERES QUE ABORTARON HOSPITAL APOYO IQUITOS

EDAD GESTACIONAL	N°	%
0 - 4	21	10.8
5 - 8	52	26.8
9 a más	121	62.4
TOTAL	194	100.0

Edad promedio de la gestación en las mujeres que abortaron fué de 10.2 semanas. el 62.4% (121/194) fueron mayores de 8 semanas (Cuadro N° 18).

CUADRO N° 19

MEDICAMENTOS USADOS CON FINES ABORTIVOS

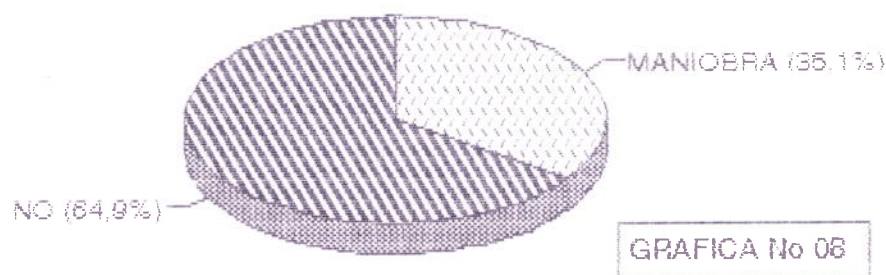
MEDICAMENTO	N	%
Citotec	54	76.1
Ciclogynestryl	4	5.6
Lofemenal	3	4.2
Oxitocicos	2	2.8
Lutogynestryl	1	1.4
Hierbas	6	8.5
Desconocido	1	1.4
TOTAL	71	100.0

El 36.6% (71/194) utilizaron algunos medicamentos con fines abortivos para el actual embarazo, la más utilizada fué el Citotec (Misoprostol) con el 76.1% (54/71) (Cuadro N° 19).

MANIOBRA ABORTIVA HOSPITAL APOYO IQUITOS

Poblacion 194

ABRIL A AGOSTO DE 1997



A pesar que 71 mujeres declararon uso de medicamento con fines abortivos solo 68 (35.1%) refirieron haberse practicado alguna maniobra abortiva en el embarazo actual (Gráfica Nº 08), el 97.4% de los casos que practicaron maniobra abortiva refirieron que el motivo fué porque no deseaban el embarazo y el 2.6% (5/71) de los casos refirieron haber tenido antecedente de abuso sexual.

CUADRO Nº 20

FORMA DE MANIOBRA ABORTIVA

FORMA	Nº	%
Por Empírico	3	4.4
Automedicación	57	83.8
Otros	8	11.8
TOTAL	68	100.0

El 4.4% (3/68) de las maniobras abortivas lo había realizado un empírico (Cuadro Nº 20).

CUADRO N° 21

TIEMPO APARICION DEL SANGRADO POS MEDICACION

Tiempo de aparición del sangrado	N1	%
0 - 12 horas	44	77.2
13 - 24 horas	3	5.3
25 - 48 horas	1	1.7
más de 48 horas	9	15.8
TOTAL	57	100.0

Aquellas que se automedicaron, el 77.2% (44/57) presentaron su sangrado durante las primeras 12 horas de la medicación (Cuadro N° 21).

CUADRO N° 22

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE DEMORA EN ACUDIR AL MEDICO
Y MANIOBRA ABORTIVA

TIEMPO	SI	NO	TOTAL
> 48 horas	58	77	135
< 48 horas	10	47	57
TOTAL	68	124	192

(OR=3.54, $X^2=11.32$, $p=0.00076$)

Aquellas que demoran en acudir al médico con más de 48 horas tienen casi 3.5 veces más la posibilidad de haberse realizado una maniobra abortiva (Cuadro N° 22).

CUADRO N° 23

MORBILIDAD EN LAS MUJERES CON ABORTOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS

MORBILIDAD	N°	%
ITU	42	21.6
Malaria	15	7.7
Maltrato Físico	10	5.2
Anemia	10	5.2
Caídas	5	2.6
Síndrome Febril	5	2.6
Quiste de Ovario	4	2.1
Endometritis	2	1.0
Otros	6	3.1
TOTAL	194	100.0

El 51% (99/194) de las pacientes presentaron alguna morbilidad durante el embarazo, la morbilidad que se presentó con mayor frecuencia en las mujeres que acudieron con aborto al Hospital Apoyo Iquitos fué la infección urinaria con el 21.6% (42/194), el 7.7% (15/194) presentaron malaria, el 5.2% (10/194) refirieron haber presentado maltrato físico y con el mismo porcentaje le sigue la anemia. (Cuadro N° 23).

No hubo ningún caso de fallecimiento.

DISCUSION

La Prevalencia de abortos encontrada en el presente estudio fué de 185 por cada 1000 partos (18.5%), según la información obtenida en la Jornada de Gineco Obstetricia realizada en nuestra ciudad en Agosto de 1997, la incidencia de abortos en la selva es del 21,17%.

La mayoría de las mujeres que abortan son convivientes a diferencia de lo que encontró Villanueva¹⁴ en Ancash, en la que predominaron las casadas, pero si se encontró similitud con los resultados obtenidos del nivel educativo, nivel socioeconómico y religión.

En el periodo de estudio es interesante observar que dentro de las entrevistadas que tuvo su primera menstruación entre los 12 a 13 años de edad tienen más probabilidades de iniciar sus relaciones sexuales antes de los 16 años de edad, sin una protección anticonceptiva adecuada, esto se debe a la débil información que ellas tienen sobre como evitar un embarazo no deseado; acarreando como consecuencia embarazos a temprana edad^{7,9,12}.

Hay un porcentaje alto de adolescentes que quedan embarazadas y optan por abortar, en nuestro estudio se encontró que son pocas las que refieren haberse practicado un aborto a diferencia de otros estudios en donde son más la que realizan maniobras abortivas^{5,6}.

Se estima que la incidencia de abortos espontáneos es de 15.2% sobre el total de los embarazos; en si las estadísticas no son muy confiables y probablemente estén subestimadas, solo se dispone de datos de egresos hospitalarios, sin embargo esta cifra corresponde en su mayor parte al aborto no especificado^{9,16}, en el presente trabajo se estimó un porcentaje alto (64.9%) de abortos espontáneos en comparación con los abortos provocados, esta diferencia puede ser porque la mujer oculta información lo que lleva a un subregistro de abortos provocados.

Sin embargo gran número de abortos no se comunican o son precoces y subclínicos y por ello algunos autores han estimado la verdadera incidencia de un 50 - 58%⁹.

Del grupo de mujeres que consiguieron abortar utilizando diversos métodos, se encontró que tienen mucha probabilidad de que lo vuelvan a hacer en plazo no mayor de 2 años, por motivos como un embarazo no deseado, por que fueron víctimas de una violación, por evadir conflictos familiares o peor aún por descuido.⁶

En nuestro trabajo se encontró que las mujeres que deciden abortar lo hacen alrededor de las 10.2 semanas de gestación; en el grupo que presentaron abortos espontáneos se produjeron alrededor de las 8 semanas y gracias al personal médico que ninguna de ellas tuvo complicaciones. Niswander K. considera que si se practica un aborto para salvar la vida de la mujer lo más recomendable seria hacerlo entre las 12 y 15 semanas de gestación, ya que mientras mayor sea la edad gestacional corre el riesgo de hemorragia o inclusive de una perforación uterina^{6,9};

Este trabajo demuestra el uso indiscriminado con respecto a la automedicación del Misoprostol (76.1%), un problema que se observa que va incrementando cada día, pese a que en algunas no da buenos resultados por la mala dosificación y técnica de empleo^{4,10}.

En relación con la morbilidad que les acompañaba al momento del ingreso la gran mayoría de ellas tenían de fondo una infección del tracto urinario, por lo que aumentan más la posibilidad de aborto^{11,15}.

La incidencia de aborto es mayor en casos de Malaria Falciparum aunque depende de la gravedad de la enfermedad, hay una controversia con respecto a que el parásito no atraviesa la placenta pero si concordamos con que estos parásitos tienen mucha afinidad por los vasos deciduales afectando ampliamente la placenta y respetando al feto^{9,15}. En nuestro estudio la Malaria es la segunda causa de morbilidad asociada a este tipo de pacientes, ya que el aborto se produce dependiendo del tipo de malaria, del grado de compromiso de los órganos de la paciente y su estado general.

Llama mucho la atención que en la época en la que vivimos halla gente que no sepa

valorarse optando por un camino equivocado que solo lleva a peligrar su propia vida, lo que obliga a insistir en la necesidad de mejorar la información en los Programas de Planificación Familiar, la realización de cursos que estén a cargo de personal calificado sobre Educación Sexual tanto en escuelas, colegios, comités de vaso de leche, etc., ya que de esa manera logremos incentivarles por el Curso; que el personal de salud salga a hacer visitas domiciliarias en zonas urbanas, rurales y urbano-marginales para descubrir el tipo de población que tenemos en nuestra región en diferentes niveles sociales, educativos y culturales.

CONCLUSIONES

1. La tasa de Prevalencia fué de 185 abortos por cada 1000 nacidos vivos.
2. El perfil de la mujer con aborto en el HAI es : de edad promedio de 26.7 años, proceden generalmente de la zona urbano marginal, la mayoría convivientes, de nivel socio económico bajo, no llegan a completar sus estudio.
3. Las mujeres menores de 20 años tenían 14 veces la posibilidad más de ser solteras; mientras que las de 20 a 35 años tenían más de tres veces la posibilidad de ser convivientes.
4. El 47.4% de las mujeres presentaron su menarquia entre los 12 a 13 años de edad y el 30.9% de las mujeres inician sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años de edad.
5. Las mujeres que presentan la menarquia entre los 12 a 13 años presentaron más de cuatro veces la posibilidad de iniciar sus relaciones sexuales antes de los 16 años.
6. Solo el 35.6% de las mujeres usan algún tipo de método anticonceptivo.
7. Las mujeres menores de 20 años y las solteras en su mayoría no usan método anticonceptivo, mientras que las de 20 a 35 años, las casadas y las que han tenido antecedente de aborto provocado usan algún método.
8. Edad promedio de la gestación en las mujeres que abortaron fué de 10.2 semanas, el 62.4% fueron mayores de 8 semanas.
9. El medicamentos con fines abortivos más utilizado fué el Citotec (Misoprostol) 76.1%.
10. El 35.1% refirieron haberse practicado alguna maniobra abortiva, en todos los casos el motivo fué porque no deseaban el embarazo.

11. El 2.6% de los casos refirieron haber tenido antecedente de abuso sexual.
12. La morbilidad que se presentó con mayor frecuencia en las mujeres que acudieron con aborto al Hospital Apoyo Iquitos fue la infección urinaria, seguido de Malaria, y Maltrato físico.
13. No hubo ningún caso de fallecimiento.

RECOMENDACIONES

- Que se realicen campañas intensivas de educación sexual que involucren a hombres y mujeres, en todos los niveles sociales y culturales. Estas campañas deben estar y tener adecuadamente estructurada la información sobre Paternidad Responsable y Planificación Familiar la misma que debe dar a conocer las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, la forma de utilizarlos, así como su grado de seguridad y de falla.
- Que los programas de Planificación Familiar mejoren sus sistemas de distribución de contraceptivos, sobre todos los gubernamentales, porque pocas mujeres tienen acceso a ellos y adquirirlos reduce aún más su precaria economía.
- Que se revise la legislación sobre el aborto en el País y que se realicen campañas de sensibilización para lograr una mayor apertura y una menor sanción social ante el problema del aborto.
- Que se capacite al personal de Salud para que atienda adecuadamente a las mujeres que llegan a los hospitales por complicaciones de aborto, y no dañen más su salud mental con una actitud negativa de sanción, por el acto que han realizado.
- Que el personal de Asistencia Social, logre identificar a las mujeres de precarias condiciones, y ofrecerles una solución frente a este problema.
- Como recomendación final, se sugiere proseguir con este estudio periódicamente a fin de evaluar la reducción de los abortos, especialmente de los provocados, y tratar de confirmar que la muerte materna en mujeres de edad fértil por aborto es evitable.

BIBLIOGRAFIA

1. BARQUER G. y colab. Mortalidad Materna. "El Aborto y la Mortalidad Materna". Medicina y Desarrollo. Vol. VI 03_93. Pág. 8
2. BERNARDO C. Problemas Bióticos relacionados con la Reproducción - "Aborto", Documental Revista del IPSS. Año II. Dic_Feb. 1994. Pág 17.
3. CONGRESO NACIONAL DEL PERU. Código Penal. Delitos Contra la Vida, el Cuerpo y la Salud. Capítulo II. "El Aborto". Art. 119. 1996.
4. COSTA Sh; Vesey MP. Mysoprostol y Aborto Ilegal en Río de Janeiro, Brasil, Lascet, 1993, May 15,341(8855): 1258-61.
5. DE RIVERO B SANDRA. "El Aborto en América Latina". Documenta, IPSS. Año II. Jun-Agost. 1994.
6. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. "Los Jóvenes se exponen a abortos de Alto Riesgo". Network. Boletín OPS 116 (1) Enero de 1994, Pág. 17
7. MONGRUT A. Tratado de Obstetricia. Tomo I 3era. Edición.
8. MUNDIGO AXEL, PH. D. OMS. "El Reto del Aborto Inducido en América Latina". Revista Peruana de Población No.5 2^{do}, semestre, Dic. 1994, SAYWA s.r.l. ediciones - Lima. pág. 119 - 132.
9. NISWANDER K.R. Manual de Obstetricia. Diagnostico y Tratamiento. 3era. Edición. 1990. Pág. 22, 24, 158, 249.
10. RIVERA J., PORTOCARRERO C. Y HELLER S. Revista del Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología "Misoprostol y Automedicación", Dpto. de Gineco-

Obstetricia del H.A.I. Enero a Junio de 1997.

11. SCHWARZ R. et, al Obstetricia, 4ta edición, Edit. El Ateneo Barcelona Madrid 1986. Pág. 153, 502.
12. TUESTA COTA. Morbilidad Hospitalaria en el Hospital II Iquitos del IPSS de 1993, 1994. Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana 1995.
13. ANTROP. VASQUEZ ANA MARIA y DRA. MAGDALENA CH. V. "Determinantes del Aborto Inducido", Caso Peruano, Informativo, PROSAR-UPCH.
14. VILLANUEVA MONTOYA, Victor y Alberto GIL HENRIQUEZ. "Aspectos Epidemiológicos del Aborto en una Area Rural". Acta Médica Peruana 7(2). Resúmenes Wyeth - Investigación Clínica, 1982_1986. Pág.33
15. WILLIAMS, CUMINGHAN_MAC DONALD. G; Obstetricia, 4ta Edición Mason S.A. 1996. Pág 457, 564, 612, 670.
16. Unidad de Estadística del Hospital Apoyo Iquitos 1996 - 1997.

ANEXOS

ANEXO N1 01

ESTUDIO DE ABORTO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS

NOMBRES
EDAD

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

DOMICILIO

N1 HABITANTES EN CASA N1 DE FAMILIAS

N1 DE HABITACIONES

PROCEDENCIA 1.URBANA 2.URBANO-MARGINAL 3.RURAL

ESTADO CIVIL GRADO DE INSTRUCCION

NIVEL SOCIOECONOMICO

RELIGION

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARQUIA IRS

G..P(____) FUP

USA MAC 1. SI 2. NO 3. ESPORADICA

TIPO DE MAC

ANTECEDENTES DE ABORTOS PROVOCADOS 1. SI 2. NO

ANTECEDENTES DE LU 1. SI 2. NO

F.U.ABORTO

ABUSO SEXUAL 1. SI 2. NO

EMBARAZO ACTUAL

FUR E.G.

MANIOBRAS 1. SI 2.NO

DROGA UTILIZADA (actual)

FORMA DE USO;

1.

2.

3.

MOTIVOS 1. NO DESEADOS 2. ECONOMICOS 3. OTROS.

QUIEN HIZO LA MANIOBRA

1.EMPIRICO 2.MEDICO

3.OBSTERIZ 4.AUTOMEDICACION

5.OTROS;

TIEMPO DE PRESENTACION DEL SANGRADO POSMEDICACION;
TIEMPO QUE DEMORA EN ACUDIR AL MEDICO;

MORBILIDAD ASOCIADA;

FALLECIDA; 1. SI 2. NO

ANEXO N° 02

RELACION ENTRE ANTECEDENTE DE ABORTO Y
USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

ABORTO	USO MAC	NO USO MAC	TOTAL
SI	40	86	126
NO	29	39	68
TOTAL	69	125	194

(OR=0.63, $X^2=2.29$, $p=0.1302$)

ACTA DE SUSTENTACION

En la ciudad de Iquitos, a los días del mes de de Mil Novecientos Noventiocho, siendo el Jurado nombrado por la Vice Presidencia Académica, integrado por los Señores Docentes que a continuación se indican :

Dr. Jaime Zamudio Zelada	Presidente
Dr. Víctor Noriega Reategui	Miembro
Obst. Rosa Lupuche Ipanaque	Miembro

Siendo las am. se constituyeron en las instalaciones de la Facultad de Obstetricia, y se dio inicio el acto de sustentación pública de la tesis intitulada : " ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LOS ABORTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS ENTRE ABRIL A AGOSTO DE 1997", correspondiente al Bachiller en Obstetricia NIMIA CAROL PORTOCARRERO CARHUAMACA, para optar el Título Profesional de Obstetriz que otorga la Universidad Particular de Iquitos, de acuerdo a la Ley del Estatuto vigente.

Luego de haber escuchado con atención y formuladas las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas en forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión :

1. La Tesis ha sido aprobada por
2. Observaciones :.....

Siendo las am. se dio por terminado el acto, felicitando al sustentante por su

.....
Dr. Jaime Zamudio Zelada
Presidente

.....
Dr. Víctor Noriega Reategui
Miembro

.....
Obst. Rosa Lupuche Ipanaque
Miembro