

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, enero-junio del 2003

TESIS para optar el Título Profesional de: LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTOR

ISABEL MARGARITA MANRIQUE MORÁN

ASESOR: Dra. MERCEDES GONZALES VELASCO

LIMA – PERÚ 2004

..	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCIÓN .	5
CAPÍTULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . .	7
1.1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .	7
1.2.- ENUNCIADO DEL PROBLEMA .	8
1.3.- JUSTIFICACIÓN .	8
1.4.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS .	9
1.4.1.- OBJETIVO GENERAL . .	9
1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS .	9
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO .	11
2.1.- ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS .	11
2.2.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS ^{1,14,45,16,17} .	13
CAPÍTULO III.- HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .	15
3.1.- HIPÓTESIS DE ESTUDIO .	15
3.2.- VARIABLES . .	15
3.2.1.- VARIABLE DEPENDIENTE. .	15
3.2.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE . .	15
3.3.- PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .	16
CAPÍTULO IV.- ASPECTOS METODOLÓGICOS .	17
4.1.-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .	17
4.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA . .	17
4.2.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN . .	17
4.2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .	18
4.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	18
4.4.-PROCESAMIENTO DE LOS DATOS . .	18
4.5.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .	18

CAPÍTULO V.- RESULTADOS .	19
CAPÍTULO VI.- DISCUSIÓN .	29
CONCLUSIONES . .	33
RECOMENDACIONES .	35
BIBLIOGRAFÍA .	37
ANEXOS .	41

DEDICATORIA: A Dios, por la vida. A mis padres por su esfuerzo. A mis hermanos por el cariño de siempre. La autora

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue determinar algunas características de las mujeres con diagnóstico de aborto. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, entre el 1° de Enero y el 30 de Junio del 2003. Nuestra muestra corresponde a 484 casos de abortos. Se analizaron características demográficas, antecedentes somáticos, las características al momento del ingreso, la técnica utilizada como tratamiento y las características al momento del alta. También se analizaron las características del aborto.

Los datos fueron procesados en el programa EPI-INFO2000 y MICROSOFT EXCEL, mediante tablas de frecuencia, promedios y asociaciones de OR IC95%

Resultados: La edad media encontrada es de 27.3 años, el 63% es menor de 30 años. El grado de instrucción secundaria se presentó en el 68.3% y el estado civil de convivencia en el 53.9%. El promedio de hijos por mujer es de 2.4 hijos. El 14.5% ha culminado su embarazo anterior en aborto. El 35.8% de nuestra población presentó algún grado de anemia al momento del ingreso. La edad gestacional promedio es de 9.8 semanas, el 80.3% corresponde a los abortos incompletos no complicados, el 3.3% a los abortos infectados. Sólo el 5% de las mujeres fueron hospitalizadas, de los cuales el 56% corresponde a los abortos infectados. El 72.3% recibió algún método anticonceptivo al momento del alta. Las mujeres con grado de instrucción primaria o ningún grado de instrucción tienen mayor riesgo de tener un aborto infectado (OR = 5.34 IC95% 1.64-16.9), del mismo modo que las mujeres solteras (OR = 3.46 IC95% 1.5-10.41). Se halló la relación de 1.5 abortos por cada 10 partos y la misma relación de abortos por cada recién nacido vivo.

Conclusiones: Las características principales de nuestra población son mujeres jóvenes en edad fértil, mujeres solteras o en estado de convivencia, y con grado de instrucción secundaria, existe mayor riesgo de aborto infectado en las mujeres solteras y aquellas con grado de instrucción primaria o analfabetas. Existe una relación de 15 abortos por cada 100 partos.

INTRODUCCIÓN

El aborto es definido según la OMS como la expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 500gr. (o menor de 22 semanas de gestación) Independiente de la existencia o no de vida, y que el aborto sea espontáneo o inducido.

En nuestro país a disminuido el deseo de la mujer a tener familias numerosas según lo señala la ENDES 2000, esto ha motivado el uso de métodos anticonceptivos. Si tenemos en cuenta que cerca del 96% de las mujeres en edad fértil conoce algún método anticonceptivo esto no significa su uso actual, de ahí que existe un grupo de mujeres sexualmente activas “expuestas” al riesgo de un embarazo, que se conoce como necesidad insatisfecha, de éste último grupo se desprende las mujeres que optarán por un aborto como solución a un embarazo no planeado.

Se estima que el 25% de todos los embarazos terminaran en aborto, incluyendo a los provocados, y sólo el 5 a 10% de todos los embarazos terminaran en abortos espontáneos.

La incidencia de abortos provocados es imposible de estimar con precisión en países, como el nuestro, donde esta práctica es ilegal.

Debido a que la mayoría de los abortos se producen en la clandestinidad resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables, de ahí que se recurren a métodos indirectos como registros hospitalarios por aborto, entrevistas a mujeres y personal de salud.

En 1994 el Instituto Allan Gutmacher (AGI) publicó un estudio sobre el aborto

inducido en América Latina, dicha investigación revelaba que el 60% del total de los embarazos sería no planificado, de estos el 30% terminaría en abortos inducidos. Siguiendo la metodología del AGI, en el año 2000 Pathfinder Internacional y Delicia Ferrando, realizaron el mismo estudio de forma exclusiva para el Perú. Se halló que el 60% del total de embarazos son no planificados y que el 35 % de estos terminará en aborto inducido. Determinaron que por cada aborto hospitalizado existen 7 no hospitalizados y la probabilidad de las mujeres peruanas de 15 a 49 años de provocarse un aborto es de 5.2%.

De las investigaciones realizadas en el Perú acerca del aborto muchos concluyen que son las mujeres jóvenes en edad fértil, con bajo nivel educativo, mujeres solteras quienes están expuestas al riesgo del aborto.

En nuestro estudio no se hace discriminación de los orígenes del aborto (sean estos espontáneos o provocados). El objetivo fue encontrar las características comunes de las mujeres que llegaron al Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el período Enero-Junio del 2003.

La realización del presente estudio fue posible gracias a las facilidades prestadas por la Dirección, los profesionales de salud y personal administrativo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión.

CAPÍTULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo y el parto constituyen dos de los momentos más trascendentales en la vida de las mujeres. Sin embargo, suponer que todas las mujeres se embarazan sólo cuando así lo desean es una ilusión.

La OMS (2000) revelaba que cada minuto en el mundo tiene lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados y 158 embarazos no deseados.

Se estima que el 25% de todos los embarazos terminan en aborto incluyendo los provocados en forma terapéutica o voluntaria, pero esta cifra es muy variable entre los distintos países y aún en distintas zonas dentro del mismo país.¹ Los datos de América Latina acerca del número de abortos y en especial de los abortos inducidos son incompletos, aunque suficientes para confirmar que en Latinoamérica se alcanza una de las tasas más elevadas del mundo.

En los años `70, Ludmir realizó una investigación en Lima y otras ciudades del país concluyendo que la tasa de aborto a nivel nacional fue de 18%. En la década de los `80 el MINSA publicó una investigación en la cual concluye que la tasa de aborto a nivel

nacional fue de 13.5%.

Sin embargo, el estudio realizado por El Instituto Allan Guttmacher (AGI) en 1994 revela que en el Perú el 60% del total de embarazos sería no planificado, de estos un 30% daría lugar a un nacimiento no deseado, y otro 30% terminaría en aborto inducido². Siguiendo el mismo método del AGI, Delicia Ferrando en 2000 realizó la misma investigación para nuestro país encontrando que del 60% del total de embarazos no deseados 35% terminarán en aborto, y un 25 % en nacimientos no deseados⁵.

Aunque la mayoría de las mujeres que solicitan un aborto están casadas o viven en condiciones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, sobre todo en países como el nuestro, donde ésta práctica es ilegal.

Cada año alrededor de 4 millones de abortos inseguros ocurren el mundo entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchas de las cuales terminan en muerte o daños irreparables. Las mujeres pobres también corren el riesgo de aborto inseguro, ya que a diferencia de aquellas con mayores recursos financieros, tienen poco acceso a información, servicios y medios económicos para obtener un aborto seguro, la mayoría de mujeres³ pobres se dirigen a personas sin capacitación o se provocan el aborto ellas mismas.

Debido a que la mayoría de abortos se realizan en la clandestinidad es muy difícil estimar el número real de abortos y obtener datos confiables, sobre todo por la ilegalidad de esta práctica.

En América Latina se estima que de cada 100 abortos provocados 20 se hospitalizarán por complicaciones, lo que significa que existe un número mucho mayor de casos de aborto. Además se estima que de las hospitalizaciones, por complicaciones, debido al aborto sólo el 15 a 25% corresponden a abortos espontáneos.

1.2.- ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características comunes más predominantes de las mujeres que ingresaron por aborto al Hospital nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el período Enero – Junio del 2003 .?

1.3.- JUSTIFICACIÓN

Sin conocer las causas del aborto sería muy difícil ofrecer recomendaciones adecuadas para encaminar soluciones a este hecho, el cual constituye un problema de Salud Pública.

Sabiendo que es muy difícil configurar una muestra representativa de los abortos

inducidos, el presente trabajo no pretende hacer una discriminación de los orígenes de cada caso, el propósito es encontrar las características comunes de las mujeres que llegan al hospital por aborto, las mismas que están condicionadas, entre otros, por factores socio-económicos, del medio ambiente al que pertenecen éstas mujeres.

Con los resultados que se obtengan queremos actualizar los datos que existen en relación a las características de las mujeres que llegan por aborto al H. N. D. A. C. y poder proyectar los resultados a la población del Callao ya que dicha institución es un centro hospitalario de referencia de la Provincia Constitucional, además de contribuir en la definición o redefinición de estrategias asociadas con los factores que influyen en la toma de decisiones de las mujeres que ingresan a ser sexualmente activas, de las que llegan a embarazos no deseados y de las que practican algún método de planificación familiar.

1.4.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de las mujeres que llegan al Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao por aborto en el período Enero – Junio del 2003.

1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características demográficas.
- Determinar los antecedentes médicos y obstétricos
- Identificar las condiciones clínicas de ingreso.
- Identificar las condiciones de alta de éstas mujeres.
- Determinar el tipo de aborto que con mayor frecuencia se presenta.
- Hallar el riesgo de aborto infectado en relación a algunas de las características a determinar

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS

En el Perú, según las encuestas demográficas, la aspiración de la mayoría de las parejas y en general de la mayoría de las mujeres, se inclina a tener una familia pequeña. El promedio de hijos por mujer se redujo prácticamente a la mitad entre 1969/70 y 1991/92 al disminuir de 6.5 a 3.5 respectivamente, y aún así, este promedio (3.5) todavía resulta superior al número ideal de de 2.4 hijos que registró la ENDES IV (2000).

Debido a lo antes mencionado, es evidente la motivación por usar métodos anticonceptivos. Según la ENDES IV el 44% del total de mujeres en edad fértil utiliza algún método para prevenir los embarazos, de estos el 32% utiliza un método moderno y el 12% un método tradicional. Entre las mujeres que mantienen relaciones sexuales, el uso actual de métodos es de 68.9% de los cuales el 50.4% usa un método moderno y 18% uno tradicional.

Los variados obstáculos técnicos y humanos que determinan que una mujer no use métodos anticonceptivos se conjugan en lo que se denomina necesidad insatisfecha, el cual según la ENDES IV es de 31.1%, el cual incluye a las mujeres que están expuestas a un embarazo: mujeres sexualmente activas que no desean tener más hijos o no lo desean pronto, pero que no usan un método anticonceptivo, o usan un método tradicional

o están actualmente embarazadas sin haberlo deseado. Muchas de estas mujeres optan por el aborto como solución a un embarazo no planeado⁴.

En 1999 el AGI refiere que en todo el mundo se produjeron 77 millones de abortos de los cuales el 46% son inducidos.

En 1994 El Instituto Allan Guttmacher publicó un estudio cuyo objetivo fue obtener estimaciones nacionales sobre la magnitud del aborto inducido en seis países de América Latina; basándose en datos sobre egresos hospitalarios por complicaciones de aborto, en una encuesta de opinión a profesionales de la salud y encuestas demográficas y de salud familiar.

El supuesto se basa en que no todas mujeres que experimentan complicaciones del aborto son atendidas en los hospitales, Puesto que algunas mujeres pueden experimentar efectos secundarios menos serios por lo que no se atreven a revelar su situación solicitando tratamiento en los hospitales, por lo tanto las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto sólo representan una ínfima parte del total o son simplemente la parte visible de un número mucho mayor.

El estudio concluye estimando que de 100 abortos provocados 20 son hospitalizados, y que la probabilidad de una mujer, entre 15 y 49 años, de provocarse un aborto es de 5.2%.

Siguiendo las mismas técnicas del AGI, Delicia Ferrando y Pathfinder Internacional publicaron los resultados de su investigación en marzo del 2002, dentro de las cuales se menciona que del total de embarazos el 40% terminara en un nacimiento deseado, el 25% en un nacimiento no deseado y el 35% en aborto. Una de las conclusiones más importantes es que de cada 7 abortos uno se hospitalizará por complicaciones.

Muchos autores^{5,14} coinciden en señalar que los factores condicionantes del aborto y de la morbilidad que de ésta se desprende, se encuentran influenciados por la edad y la educación de la mujer, el temor a los métodos de planificación familiar, la cultura del pudor o recelo excesivo que inhibe acceder a un examen médico, y en otros casos al costo elevado y el limitado acceso a los servicios de salud.

Entre los factores condicionantes, cuyo origen está asociado con el entorno o contexto social en el cual habitan las mujeres, podemos mencionar¹⁵:

- Los factores socio económicos influyen en el estado físico, en el de ánimo para integrarse parcial o totalmente en la sociedad y de alguna manera influyen en la decisión de interrumpir o no un embarazo. Estos factores además, son determinantes de la cantidad, oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud.
- Los factores culturales y religiosos determinan que la sociedad mantenga prejuicios en contra del aborto, que haya cierto desdén de parte del personal médico hacia las pacientes y que los legisladores permanezcan renuentes a satisfacer las demandas por la salud y la vida de la mujer.
- Los elementos políticos facilitan o limitan el acceso a los servicios de salud y apoyan o se desentienden de los programas de planificación social y de los programas de educación en salud reproductiva de la mujer.

Aunque la mayoría de las mujeres que solicitan abortos están casadas o viven en uniones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal. Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad. Más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes de Chile y Argentina, se produce como resultado de un aborto inseguro. En Perú, un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años.²⁹

El hecho de que las adolescentes tengan menos acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las coloca en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro. Especialmente las adolescentes de bajos medios económicos tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad.²⁹

Las mujeres pobres también corren el riesgo de obtener un aborto inseguro, ya que a diferencia de aquellas con mayores recursos financieros, tampoco tienen acceso a información, servicios y medios económicos para obtener un aborto seguro. Del mismo modo, aquellas mujeres que viven en pueblos pequeños y alejados de la ciudad también forman parte de este grupo de riesgo.³⁰

En las zonas urbanas de Latinoamérica y el Caribe, donde existe un mayor acceso a lugares para obtener abortos, las mujeres que tienen mayores recursos económicos generalmente acuden a profesionales de salud capacitados, mientras que la mayoría de las mujeres pobres se dirigen a personas sin capacitación o se provocan el aborto ellas mismas.²⁵

Las mujeres de las zonas rurales, que por lo general viven en condiciones de pobreza, se provocan el aborto ellas mismas o buscan la ayuda de una persona empírica. Los profesionales de salud estiman que sólo una de cada veinte mujeres pobres de zonas rurales acude a un profesional de salud capacitado para obtener un aborto seguro.²

2.2.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS^{1,14,45,16,17}

ABORTO: El aborto es definido, según la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, como la expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 500 g (o menor de 22 semanas de gestación), independientemente de la existencia o no de vida, y que el aborto sea espontáneo o inducido.

ABORTO EN CURSO: Diferenciado en inminente e inevitable. Inminente cuando

existe modificaciones del cuello sin ruptura de membranas e inevitable, cuando hay ruptura de membranas.

ABORTO COMPLETO: Cuando se ha expulsado todo el material ovular.

ABORTO INCOMPLETO: Cuando hay expulsión del material ovular y retención de parte del mismo.

ABORTO FRUSTRO: Retención del embrión en la cavidad uterina por lo menos durante cuatro semanas después de su muerte

ABORTO INFECTADO: Es el aborto completo o incompleto acompañado de infección la cual puede manifestarse por fiebre, flujo sanguinolento mal oliente o purulento y dolor hipogástrico. En este caso la mayoría de las pacientes ingresan al hospital con el antecedente de maniobra abortiva.

ADOLESCENCIA: Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Se considera que comprende entre los 10 y 19 años. (OMS).

RIESGO: Probabilidad de padecer un daño.

CAPÍTULO III.- HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- HIPÓTESIS DE ESTUDIO

Las mujeres que ingresan al Hospital Daniel Alcides Carrión con diagnóstico de aborto tienen características comunes

3.2.- VARIABLES

3.2.1.- VARIABLE DEPENDIENTE.

- Características presentes del aborto: tipo de aborto, edad gestacional.

3.2.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE

- Características de las mujeres con diagnóstico de aborto:
 - Características demográficas (edad, estado civil)
 - Antecedentes médicos y obstétricos.
 - Técnica utilizada como tratamiento
 - Características clínicas de ingreso .(síntomatología, valor de la hemoglobina al ingreso)
 - Características del alta (Condición de la paciente, anticoncepción pos aborto)

3.3.- PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE



PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE



PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE



CAPÍTULO IV.- ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1.-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo.

4.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Nuestra población de referencia fueron todas las gestantes que acudieron al Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el período de Enero- Junio del 2003

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilística, de muestra íntegra; llegando a constituirse una muestra de 484 casos de aborto que cumplen los criterios de inclusión.

4.2.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de aborto que estén registradas en el libro de post AMEU de la Emergencia de Gineco Obstetricia.
- Pacientes con diagnóstico de aborto que estén registradas en el libro de post Legrado de Centro Obstétrico

4.2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas registradas en los libros de procedimientos cuyos datos no correspondan a procedimientos por aborto (mola, biopsias).
- Historias Clínicas cuyo diagnóstico en los libros de procedimiento sea Huevo Anembrionado.

4.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para alcanzar los objetivos planteados en este proyecto se ha visto por conveniente recolectar los datos de los libros de procedimientos de post AMEU de la emergencia de Gineco Obstetricia, del libro de Post legrado uterino de Centro obstétrico y de los datos registrados en las historias clínicas post aborto.

4.4.- PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos fueron procesados electrónicamente, utilizando los programas informáticos EPIINFO 2000 y MICROSOFT EXCEL.

4.5.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El análisis de los datos se presenta mediante tablas de frecuencia, promedios y asociaciones de OR IC95%

CAPÍTULO V.- RESULTADOS

TABLA N°1 EDAD DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C ENERO-JUNIO 2003

Grupo Etáreo	Frecuencia	%
<15	5	1.03
15-19	69	14.26
20-24	122	25.2
25-29	109	22.52
30-34	84	17.36
≥35	95	19.63
Total	484	100

Edad media 27.3 (σ : 7.5)

Las edades de la población en estudio están dentro del rango de 13 a 49 años. La edad media es de 27.3 años (σ 7.58). Las mujeres menores de 15 años representan el 1.03%, de 15 a 19 años el 14.26%, el grupo etáreo de 20 a 24 años se presentó en el 25.2%, las de 25 a 29 años fueron el 22.52%, de 30 a 34 años 17.36% y las mujeres mayores de 35 años se presentaron en el 19.63% de todos los casos. (ver Pág. 27.)



GRÁFICO N°1: EDAD DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N°2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

Grado de Instrucción	Frecuencia	%
Sin datos	3	0.6
Analfabeta	2	0.4
Primaria	51	10.5
Secundaria	330	68.3
Técnica	65	13.4
Universitaria	33	6.8
Total	484	100

Las mujeres con instrucción secundaria representan el 68.3% del total, con instrucción primaria el 10.5%, las mujeres sin ningún grado de instrucción 0.4%. El 13.4% del total realizó estudios superiores técnicos y el 6.8% estudios superiores universitarios. Se presentaron tres casos en los que no precisan el grado de instrucción. (Ver Pág. 28)

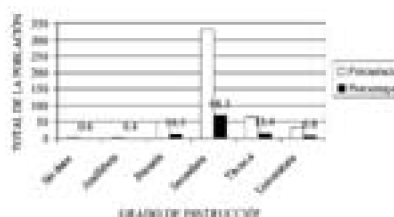


GRÁFICO N°2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N°3: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	112	23.1
Casada	107	22.1
Conviviente	261	53.9
Otros	4	0.8
Total	484	99.9

Las mujeres solteras representaron el 23.1%, las casadas el 22.1% y el estado civil de convivencia se presentó en el 53.9% de nuestra población. En otros tipos de estado civil consideramos a las mujeres viudas y las que no precisan que representan el 0.8%(4). (Ver Pág. 29.)

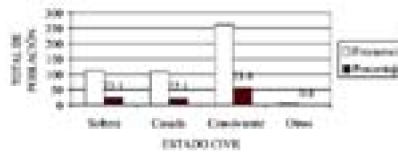


GRÁFICO N°3: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N°4: ANTECEDENTES MÉDICOS DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

Antecedentes Médicos		NO	SI	TOTAL
TBC	Frecuencia	469	15	484
	%	96.9	3.1	100%
DIABETES	Frecuencia	483	1	484
	%	99.8	0.2	100%
ETS	Frecuencia	481	3	484
	%	99.4	0.6	100%
Cx PÉLVICA	Frecuencia	454	30	484
	%	93.8	6.2	100%
HTA	Frecuencia	480	4	484
	%	99.2	0.8	100%
INFERTILIDAD	Frecuencia	481	3	484
	%	99.4	0.6	100%
ALERGIAS	Frecuencia	477	7	484
	%	98.6	1.4	100%
FALLA DE MAC	Frecuencia	471	13	484
	%	97.3	2.7	100%

El antecedente médico que con mayor frecuencia se presentó fue la cirugía pélvica (6.2%), seguido del antecedente de tuberculosis (3.1%) y la falla de método anticonceptivo (2.7%), el antecedente de algún tipo de alergia lo presentaron el 1.4%. (Ver Pág. 30-31)



GRÁFICO N°4: ANTECEDENTES MÉDICOS DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N° 5: N° DE EMBARAZOS ANTERIORES EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

Nº de Embarazos Anteriores	Frecuencia	%
Ninguno	140	28.9
de 1 a 2	204	42.2
de 3 a 4	103	21.25
≥ 5	37	7.65
TOTAL	484	100

Media: 2.4 hijos (σ : 1.6)

El 28.9% de nuestra población no presentó embarazos anteriores, el 42.2% ya había tenido de 1 a 2 embarazos previos, el 21.25% tuvo de 3 a 4 embarazos y el 7.65% cinco o más embarazos previos. El promedio de hijos por mujer es de 2.4 hijos (σ = 1.6). (Ver Pág.32)

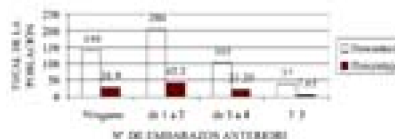


GRÁFICO N°5: N° DE EMBARAZOS ANTERIORES EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N° 6: CULMINACIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO JUNIO 2003

Fin del Embarazo Anterior	Frecuencia	%
No hubo embarazo	140	29.0
Parto	271	56
Aborto	71	14.6
Otros	2	0.4
TOTAL	484	100

En esta tabla debemos tener en cuenta que sólo el 71% de nuestra población tuvieron embarazos previos al actual. Observamos que el 56% terminó en parto, el 14.6% en aborto y en otras formas de culminación, que incluye los embarazos ectópicos y los molares, se presentaron 2 casos (0.4%). (Ver Pág.33)



GRÁFICO N° 6: CULMINACIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO JUNIO 2003

TABLA N°7: SINTOMATOLOGÍA AL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

Sintomatología		SI	NO	TOTAL
Sangrado	Frecuencia	482	2	484
	%	99.6	0.4	100%
Dolor	Frecuencia	406	78	484
	%	83.9	16.1	100%
Fiebre	Frecuencia	9	475	484
	%	1.9	98.1	100%
Desmayo	Frecuencia	1	483	484
	%	0.2	99.8	100%
Otros	Frecuencia	4	480	484
	%	0.8	99.2	100%

Los síntomas que con mayor frecuencia se presentaron en nuestra población de estudio fue sangrado (99.6%) y dolor (83.9%). (Ver Pág. 34-35)

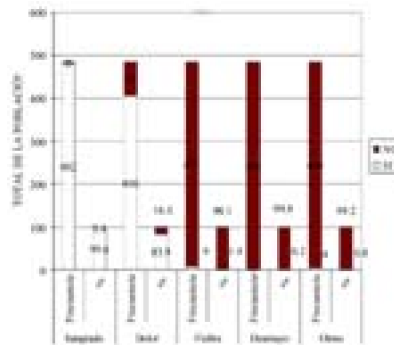


GRÁFICO N°7: SINTOMATOLOGÍA AL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N° 8: VALOR DE LA HEMOGLOBINA AL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

Valor de Hemoglobina(mg/dl)	Frecuencia	%
Sin datos	24	5
<6.5	9	1.9
6.5- 7.9	12	2.5
8- 9.4	42	8.7
9.5-10.9	110	22.7
>11	287	59.2
TOTAL	484	100

Promedio (n =460: 11mg/ dl. (σ : 1.57)

Al momento del ingreso el 59.2% presentaron un valor de hemoglobina mayor de 11mg/dl. El 22.7% presentó valores entre 9.5 y 10.9mg/dl, de 9.4 a 8 mg/dl el 8.7%. Valores entre el 6.5 y 7.9mg/dl de hemoglobina presentaron 2.5% y sólo el 1.9% ingresaron con valores de hemoglobina menores a 6.5mg/dl. En 24 historias clínicas no

se consignaron los valores de hemoglobina. Considerando sólo 460 casos en los que se consignan valores de hemoglobina se tiene un valor medio de 11mg/dl ($\sigma = 1.57$). . (Ver Pág. 36)

TABLA N°9: EDAD GESTACIONAL DEL ABORTO AL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

Semanas de embarazo	Frecuencia	%
< 8	107	22.1
de 8 a 12	289	59.71
de 13 a 17	76	15.7
>18	12	2.49
Total	484	100

Media: 9.8 semanas (σ : 3.25)

La edad gestacional media que se halló fue de 9.8semanas ($\sigma = 3.2$). El 22.1% de nuestra población presentó un embarazo menor de 8 semanas. Entre 8 y 12 semanas de embarazo el 59.71%,el 15.7% presentaron embarazos que van de 13 a 17 semanas y, sólo el 2,49% tenían edades gestacionales mayores de 18 semanas. . (Ver Pág.37)

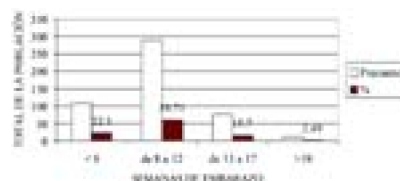


GRÁFICO N° 9: EDAD GESTACIONAL DEL ABORTO AL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N° 10: TIPO DE ABORTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL H. N. D. A. C. ENERO -JUNIO 2003

Tipo de Aborto	Frecuencia	%
Ab. Frustró	70	14.46
Ab. Incompleto Infectado	16	3.31
Ab. Incompleto c/Hemorragia	9	1.86
Ab. Incompleto no complicado	389	80.37
Total	484	100

El aborto incompleto no complicado se presentó en el 80.37% del total, el aborto frustró en el 14.46%. El 3.31% corresponde a los abortos incompletos infectados y el aborto incompleto con hemorragia representa el 1.86%. (Ver Pág. 38)

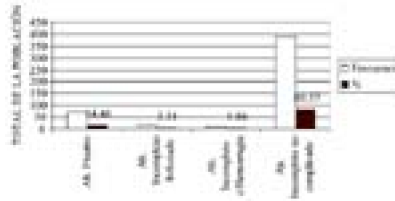


GRÁFICO N°10: TIPO DE ABORTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL H. N. D. A. C. ENERO -JUNIO 2003

TABLA N°11: TÉCNICA UTILIZADA COMO TRATAMIENTO DEL ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO- JUNIO 2003

Técnica	Frecuencia	%
AMEU	471	97.31
L.U.	13	2.69
Total	484	100

La técnica que se utilizó con mayor frecuencia como tratamiento para el aborto fue la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) (97.3%) y el Legrado Uterino (LU) se utilizó sólo en el 2.69%.(Ver Pág. 39)

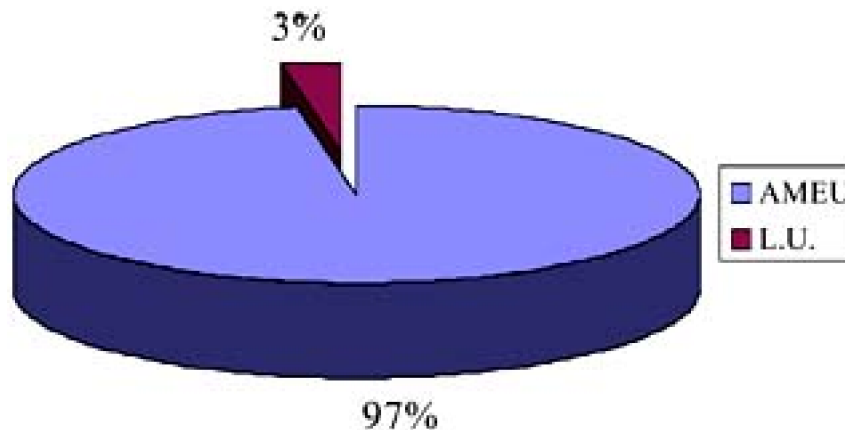


GRÁFICO N°11: TÉCNICA UTILIZADA COMO TRATAMIENTO DEL ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO- JUNIO 2003

TABLA N°12: CONDICIÓN DE ALTA EN EL POST ABORTO H. N. D. A. C. ENERO- JUNIO 2003

Condición	Frecuencia	%
Sana	459	94.83
Con Patología	25	5.17
Total	484	100

El 94.83% de nuestra población fue dada de alta en condición de "sana", esto significa que no fueron hospitalizadas después del LU o AMEU, y que su estancia en el hospital ha sido menos de un día. Sólo el 5.13% han sido hospitalizadas después de habersele realizado el LU o AMEU. . (Ver Pág.40)

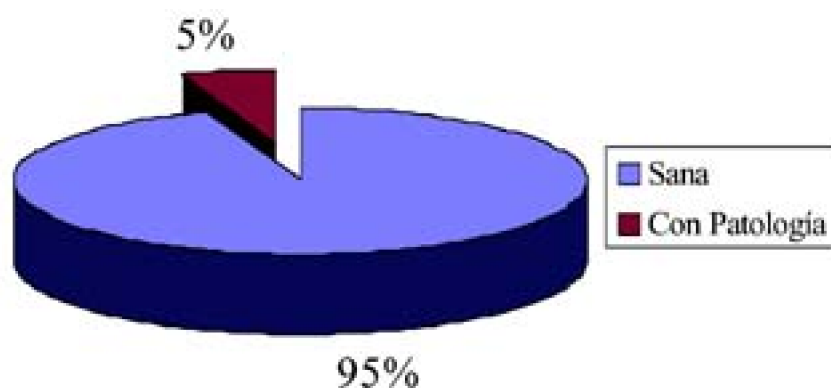


GRÁFICO N°12: CONDICIÓN DE ALTA EN EL POST ABORTO H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N°13: INICIO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL POST ABORTO H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

Inicio de MAC	Frecuencia	%
No	134	27.7
Si	350	72.3
Total	484	100

Al momento del alta el 72.3% de nuestra población inició el uso de un método anticonceptivo, es decir consejería e insumos en los casos necesarios. E 27.7% recibió consejería mas no insumos. . (Ver Pág. 41)

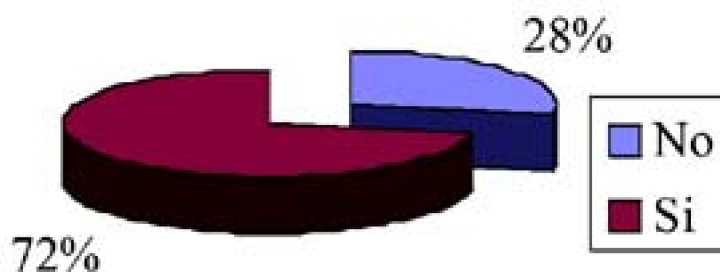


GRÁFICO N°13: INICIO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL POST ABORTO H. N. D. A. C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N°14: TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ENTREGADO EN EL POST ABORTO H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

Tipo de MAC	Frecuencia	%
No Recibió	134	27.69
Inyectable	156	32.23
Píldoras	132	27.27
Condón	21	4.34
DIU	18	3.72
AQV femen	14	2.89
Otros	9	1.86
Total	484	100

Del total de nuestra población el 27.69% no recibió ningún insumo. De las mujeres que recibieron insumos el de mayor aceptación fueron los inyectables trimestrales (Depoprovera) (32.23%), el otro método anticonceptivo de mayor aceptación fueron las píldoras anticonceptivas (Lofemenal®) (27.27%). El condón y el DIU fueron aceptados en el 4.34% y 3.72% respectivamente. Se brindó orientación y consejería en AQV (2.89%) y otros métodos (1.86%), estos últimos incluyen la abstinencia periódica, AQV masculino y otros tipos de píldoras anticonceptivas comerciales diferentes al Lofemenal®. (Ver Pág. 42)

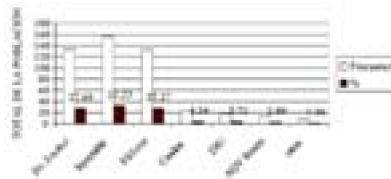


GRÁFICO N°14: TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ENTREGADO EN EL POST ABORTO H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

TABLA N°15: TOTAL DE PARTOS Y RECIÉN NACIDOS VIVOS EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

	Total de Partos	Total de RN Vivos
Enero	500	497
Febrero	478	470
Marzo	551	552
Abril	528	520
Mayo	548	540
Junio	524	509
Total	3129	3088

$$\text{Abortos} \times 100 \text{Partos} = 15.4$$

$$\text{Abortos} \times 100 \text{ RNV} = 15.7$$

Se presenta el total de partos producidos en el periodo Enero Junio del 2003 (3129partos) ya sean estos por cesárea o partos vaginales, y los recién nacidos vivos y muertos; el total de recién nacidos vivos (3088 recién nacidos vivos) (ver Pág. 43.)

TABLA N°16: RIESGO DE PADECER UN ABORTO INFECTADO EN LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL H.N.D.A.C. ENERO-JUNIO 2003

Característica	n	OR	IC95%
Adolescente	4	1.3	0.5-6.57
Grado de instrucción (analfabeta y primaria)	6	5.34	1.64-16.8
Soltera	8	3.46	1.15-10.41
Primigesta	4	0.8	0.22-2.78
Multigestas	9	1.5	0.50-4.55

En esta tabla se presentan las asociaciones de OR para el riesgo de padecer un aborto infectado en las mujeres adolescentes (OR =1.3), las mujeres analfabetas y con grado de instrucción primaria (OR=5.34), y las mujeres solteras (OR=3.46). (Ver Pág.43)

CAPÍTULO VI.- DISCUSIÓN

La edad de las mujeres que llegaron al Hospital D.A.C. con diagnóstico de aborto está en relación al período de mayor fertilidad, encontrándose en nuestro estudio que las mujeres menores de 29 años representan el 63% del total y la población adolescente el 15.4%. Éstos resultados son semejantes a los estudios realizados en el Perú^{1,14} por el Instituto Allan Gutmacher y por Delicia Ferrando.

El grado de instrucción secundaria se presentó en el 68.3% de la población en estudio, este resultado difiere de otros estudios realizados en Argentina¹, Cuba¹² incluso en nuestro país^{7,13}, pero está más relacionado con estudios realizados en Colombia¹⁷.

El 76% de las mujeres de nuestro estudio tienen una pareja estable, ya sea por matrimonio (22.1%) o en estado de convivencia (53.9%). Se encontró además que las mujeres solteras tienen mayor riesgo de tener un aborto infectado (OR =3.46. IC95% 1.15-10.41).

El antecedente médico que se presentó con mayor frecuencia es la cirugía pélvica (6.2%). Algunos autores mencionan que la cirugía sea pélvica o abdominal, antes o durante el embarazo, puede ser causa de aborto^{23,24}.

Se encontró un promedio de 2.4 hijos por mujer ($\sigma = 1.6$). El 71.1% de nuestra población ha tenido por lo menos un embarazo previo, de estos el 14,5% ha terminado en aborto. Se menciona que existe mayor riesgo de tener un aborto espontáneo cuando se tiene antecedentes de aborto¹⁷⁻²⁴. Es importante además tener en cuenta que muchas

veces las mujeres que han tenido un aborto, sea este espontáneo o provocado, lo consideran como un estigma por lo que muchas veces es negado este antecedente. Trabajos semejantes al nuestro, realizados en el Perú, señalan datos que se aproximan al nuestro^{10,13-24} a pesar del contexto geográfico y social en el que suceden.

El síntoma que se presentó con mayor frecuencia en nuestra población fue el sangrado por vía vaginal (99.6%), además de dolor (83.9%).

La edad gestacional promedio al momento del aborto fue de 9.8 semanas ($\sigma = 3.2$), encontrándose mayor frecuencia entre la semana 8 a 12, nuestros resultados coinciden con los hallados por Delicia Ferrando y otros en el Perú²⁻¹³ y Rivero y col. en Argentina¹.

El aborto incompleto no complicado se presentó en el 80.37% del total de casos, resultados que se aproximan a otros estudios¹⁻³. El 14.4% de nuestra población fue diagnosticada como aborto frustrado y el 3.31% como aborto infectado, con respecto a estos últimos muchos autores afirman que estos son abortos provocados. Los resultados con respecto a los abortos infectados se acercan poco al encontrado por Delicia Ferrando⁵ en Perú y otros países^{1,2,12,22}.

La técnica utilizada en el 97% de nuestra población fue intervenida mediante la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y sólo en el 3% el Legrado Uterino. La primera técnica mencionada se utiliza en el H.N.D.A.C desde el año 1998, se caracteriza por su mayor seguridad, menor riesgo de complicaciones y gran efectividad, además de que los costos hospitalarios disminuyen cuando se utiliza dicho procedimiento.

En lo que respecta a la condición de la paciente al momento del alta hacemos referencia a las condiciones de ésta dos horas posterior al tratamiento (AMEU o LU). La condición "sana" significa que la paciente será dada de alta del servicio y del hospital con indicaciones médicas y control por consultorios externos. La condición de alta "con patología" significa que la paciente es dada de alta del servicio, (Emergencia de Gineco Obstetricia en caso de AMEU o de Centro Obstétrico en caso de LU) pero no del hospital, siendo necesaria su hospitalización.

En el 94.8% de las Mujeres con Diagnóstico de Aborto fueron dadas de alta en condición de "sana" posterior al tratamiento mediante el LU o AMEU, significa que la estancia de la paciente en el hospital fue menor de un día sin necesidad de hospitalización, todo lo contrario sucede en las mujeres que fueron dadas de alta "con patología", ellas si requirieron hospitalización para un manejo médico más estricto.

Dentro de las altas "con patología" el 56% corresponde a los abortos infectados, el 36% a los abortos incompletos no complicados, en este último caso las complicaciones se presentan durante y después del procedimiento. Los abortos incompletos infectados son dados de alta "con patología, ya que debido a su naturaleza requiere de hospitalización para un manejo adecuado.

Parte del manejo integral que se debe brindar a toda mujer que ha tenido un aborto es la orientación adecuada en Planificación Familiar. En nuestro estudio encontramos que el 72.3% de las mujeres iniciaron un método anticonceptivo al momento del alta. Es necesario resaltar que todas las mujeres recibieron consejería en Métodos Anticonceptivos, aquellas mujeres que no iniciaron el uso de algún Método son las

mismas que no recibieron insumos debido a la falta de este al momento de la consejería. Nuestros resultados con respecto a la anticoncepción Pos Aborto coinciden con los hallados en el IMAPE y otros estudios.^{22,21}

CONCLUSIONES

- Las mujeres de 20 a 29 años presentaron mayor frecuencia de abortos.
- Más de la mitad de las mujeres tienen estudios secundarios
- El estado conyugal predominante es la convivencia
- Más del 75% ha tenido un embarazo anterior y el 14.6% tiene antecedentes de abortos anteriores
- Casi en su totalidad las mujeres se presentaron al hospital con sangrado y dolor.
- Cerca del 40% presentó algún grado de anemia al momento del ingreso.
- La edad gestacional promedio en que se interrumpió el aborto fue de 9.8 semanas
- El aborto incompleto infectado se presentó en el 3% y el aborto incompleto con hemorragia en el 1%.
- La técnica utilizada con mayor frecuencia fue la Aspiración Manual Endouterina.
- Sólo el 5% fue hospitalizada por complicaciones
- El 72% inició un método anticonceptivo al momento del alta.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa con el riesgo de padecer un aborto infectado en las mujeres solteras y aquellas con instrucción primaria o analfabetas.
- Durante el período de investigación se presentó la relación de 1.5 abortos por cada 10 partos y la misma relación por cada recién nacido vivo.

RECOMENDACIONES

Para lograr una disminución de la incidencia de aborto y las condiciones de riesgo que ésta acarrea en las mujeres que lo padecen, se sugiere la prevención, sobre todo con la difusión de métodos anticonceptivos que sean aceptados por la mujer, que sean inocuos para su salud, y no solamente la difusión sino también el abastecimiento de métodos anticonceptivos cuando estos son solicitados por los usuarios.

Además de lo antes señalado creemos que es más importante y fundamental realizar y fomentar la educación sexual formativa, y no solamente basada en la instrucción acerca de la cantidad y diversidad de métodos anticonceptivos. Esta estrategia no solamente debe ser dirigida a los escolares sino también en las asociaciones de mujeres (club de madres, vaso de leche, grupos parroquiales, etc.)

Dentro del manejo integral que se brinda a las mujeres que acuden por aborto a nuestro Hospital se encuentra la Anticoncepción Post Aborto, este elemento tan importante para prevenir un embarazo no deseado y de esta manera poder romper el ciclo de aborto repetido, no cubre al 100% de nuestras pacientes como se ha visto en nuestros resultados. Por lo tanto creemos importante que el stock de métodos anticonceptivos destinados para este tipo de pacientes debe ser diariamente reabastecido sin esperar la carencia de estos insumos para recién ser solicitados por el servicio.

Creemos importante ampliar el estudio hacia otras características y determinar el costo que significa prestar servicios para el tratamiento del aborto.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivero, Mabel I. y col. Epidemiología, Clínica, y costo hospitalario del aborto. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2000. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina
- The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York; The Alan Guttmacher Institute; 1994.
- OMS, The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development, Ginebra, 1998,
- Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima. Manual del Curso Nacional Aborto y Salud Reproductiva. Lima; MINSA; 1997.
- Ferrando, Delicia El aborto clandestino en el Perú: hechos y cifras. Lima; Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; 2002
- Razo Quispe, Hernán Jaime. Abortos en el Hospital Sergio Enrique Bernales. enero 1989 - diciembre 1991. Tesis-UPSMP-Lima 1993
- Ortega Vera, Lourdes Lucía. Aborto en el Hospital Regional de Pucallpa. Tesis-UPSMP-Lima 1997
- Bardales Zuta, Víctor Hugo. Abortos en el Hospital de Apoyo Departamental María Auxiliadora, entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1992. Tesis-UPSMP-Lima 1993
- Ipanaqué Burga, Edward Francisco. Factores de riesgo asociados al aborto

- espontáneo. Tesis-Universidad Nacional de la Libertad-Trujillo 1998
- Sánchez Minchola, José Luis; Pérez Benites, Carlos Harlington Frecuencia de abortos y algunas características maternas asociadas. Tesis-Universidad Nacional de la Libertad-Chimbote 1994
- Chirinos Cáceres "El aborto en el Perú: estudio epidemiológico hospitalario en las ciudades de Iquitos, Piura y Puno .Tesis Post Grado-UPCH: EPGVAC. Lima 1993
- Díaz Díaz, Elva; Alvarez Vázquez, Luisa; Farnot Cardoso, Ubaldo. Factores de riesgo demográfico y social del aborto. Rev. cuba. salud pública;27(1):26-35,
- Aparicio, Jorge; Ayala, Jorge; Ascarruz, Alexander; Casquero, José. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. Rev. Ginecol. & obstet; 42(3):64-6, dic. 1996
- Perez, Danny; Panta Aurea. Factores epidemiológicos asociados al aborto. Rev. Revista de ginecología y obstetricia. 41(3):48-51, Agosto 1995
- Chambers, V. Abernathy, M. Abordando la calidad de Atención del Aborto y la Planificación Familiar Post Aborto. IPAS. Ponencia presentada en la Conferencia "Por Una Maternidad sin Riesgo", Bolivia 1993
- Embarazo parto y puerperio, IMAPE, noviembre del 2001
- instituto Materno Perinatal. Adolescencia y Salud Reproductiva. IMP. Mayo 2000
- Shumaya Iturrizaga, Oscar Munares. Análisis de los factores de riesgo en abortos complicados. Instituto Materno Perinatal. Anales de la facultad de MedicinaVol. 64, Suplemento, 2003. UNMS
- Directrices éticas de FIGO relativas al aborto inducido por razones no médicas adoptadas en el XVI Congreso Mundial de FIGO, Washington DC, Septiembre de 2000 International Journal of Gynecology & Obstetrics, 64 (1999) 317-322.
- Gárate, María Rosa; Aliaga, Elizabeth Título: Percepciones de la atención del aborto incompleto no complicado en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao.- Nueva York; Population Council; 1998. 27 p
- Dra. Norma Pérez Salcedo, Dr. Juan de Dios Maldonado Alvarado, Dr. Héctor Puente González. EFECTIVIDAD DE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) EN EL TRATAMIENTO DEL ABORTO DEL PRIMER TRIMESTRE. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Febrero 2000. México.
- Cabeza García, Evelio; Langer Glass, Ana; Alvarez Vázquez, Luisa; Bustamante, Patricia. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. Revista Salud pública de Méx; 40 (3):265-71, mayo-jun. 1998.
- Livias Castillo, Marco Antonio; Zavaleta Alegre, Javier. Factores Sociodemográficos y clínicos Asociados al Aborto Séptico, estudio de casos y controles. Instituto Materno Perinatal 1998-2000. Tesis UNMSM 2002
- Valcárcel Salas, Francisco David. Características Sociodemográficas de las Pacientes con Aborto en el Instituto Materno Perinatal 2000. Tesis UNMSM 2002.
- Pérez Sánchez, Alfredo. Obstetricia. 2ª edición. Santiago de Chile 1992.
- Botero Uribe, Jaime. Obstetricia y ginecología. 5ª edición. Colombia 1994.
- Rodrigo Cifuentes. Obstetricia de Alto Riesgo. Cuarta Edición 1994

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP -OPS/ OMS
Tecnologías Perinatales. Montevideo –Uruguay 1992.

Barrig, M; Li, Dina; Ramos, Virgilio; Vallenas, Sandra. Aproximaciones al Aborto. Sumbi
& The Population Council. Perú. Junio 1993.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TEMA: "CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO
ENERO-JUNIO DEL 2003"**

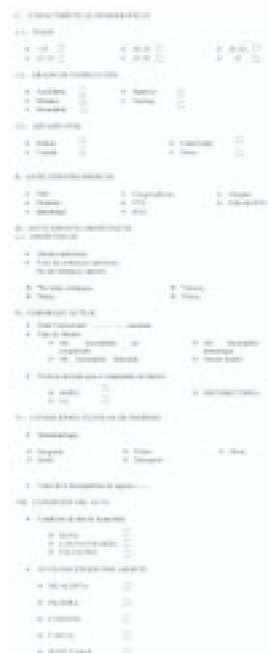


TABLA N°17: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
Sin datos	0	0	1	2	3
Analfabeta	0	1	0	1	2
Primaria	7	5	1	38	51
Secundaria	50	9	4	267	330
Técnica	9	1	2	53	65
Universitaria	4	0	1	28	33
Total	70	16	8	389	484

TABLA N°18: RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y TIPO DE ABORTO

Estado Civil	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
Soltera	12	8	3	90	113
Casada	17	2	2	86	107
Conviviente	41	5	4	210	260
Otros	0	1	0	3	45
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°19: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y PARIDAD

Paridad	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
Primigesta	22	4	3	111	140
Segundigesta	19	3	0	97	119
Multigesta	29	9	6	181	225
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°20: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y ANTECEDENTE DE TBC

Antecedente de TBC	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
Si	3	2	0	10	15
No	67	14	9	379	469
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°21: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y FALLA DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Falla de método anticonceptivo	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
Si	0	0	1	12	13
No	70	16	8	77	471
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°22: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y CULMINACIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR

Fin del embarazo anterior	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
No hubo embarazo	22	4	3	111	140
Parto	37	11	6	217	271
Aborto	11	1	0	59	70
Otros	0	0	0	2	2
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°23: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y EDAD GESTACIONAL

Características de las mujeres con diagnóstico de aborto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, enero-junio del 2003

Semanas de gestación	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
<8	8	2	2	95	113
8 -12	43	9	5	230	287
13 - 17	17	5	2	52	76
> 18	2	0	0	12	14
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°24: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO TÉCNICA UTILIZADA COMO TRATAMIENTO

Técnica utilizada	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
AMEU	68	15	9	379	459
L. U	2	1	0	10	25
Total	70	16	9	389	484

TABLA N°25: RELACIÓN ENTRE TIPO DE ABORTO Y CONDICIÓN DE ALTA

Condición de alta	Aborto Frustrado	Aborto Incompleto Infectado	Aborto. Incompleto con Hemorragia	Aborto. Incompleto no complicado	Total
Sana	69	2	8	380	459
Con patología	1	14	1	9	25
Total	70	16	9	389	484