ARTÍCULO ORIGINAL

Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

DRS. SEGUNDO ACHO, DENNIS CAMPOSANO, EDUARDO CANOVA

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre los años 2000 y 2003. Resultados: De un total de 2222 abortos, 325 correspondieron a adolescentes. La incidencia en adolescentes fue de 14,7 %. La mayoría se concentró en el grupo de edad de 17 a 19 años (73,6 %). El 59,4 % interrumpió su embarazo antes de las 12 semanas. El diagnóstico de egreso más frecuente fue aborto incompleto (67,1%): 12,8% aceptó haberse sometido a maniobras abortivas y un 9,4% había tenido un embarazo anterior. Las complicaciones más frecuentes al ingreso fueron la anemia en 54,1% e infección de la vía urinaria en 9,4%. Conclusión: El aborto ocurrió con mayor frecuencia en la adolescencia tardía; el diagnóstico más frecuente fue el aborto incompleto y la complicación más frecuente la anemia aguda.

Palabras claves: Adolescentes, aborto.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):100--104

SUMMARY

Objective: To determine the incidence, socio demographic characteristics and complications of abortion in adolescents. Material and methods: Descriptive, retrospective, type series of cases study, done at the Cayetano Heredia National Hospital between years 2000 and 2003. Results: From 2222 abortions, 325 occurred in adolescents with incidence 14,7%; largest age group was 17 to 19 years (73,6%); 59,4% had less than 12 weeks of gestation. Most frequent diagnosis was incomplete abortion (67,1%), 12,8% admitted abortion maneuvers and 9,4 % had a previous pregnancy. The most frequent complications on admission were anemia in 54,1 % and urinary tract infection in 19,4%. Conclusion: Abortion in adolescents occurred in late adolescence and the most frequent complication was acute anemia.

Keywords: Adolescents, abortion.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):100--104

Departamento de Ginecobstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia
Correspondencia:
Dr. Segundo Acho Mego. segundoacho@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema de salud pública que causa controversias en los aspectos médicos, sociales y culturales, que repercute en la salud física y psíquica de la mujer y que por situaciones políticas y religiosas lo han llevado a criterios polarizados, sin encontrar una solución racional, con perjuicio de millones de mujeres[1-5]. La OMS revela que cada minuto en el mundo tienen lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados, 158 embarazos no deseados. Anualmente ocurren 50 millones de abortos inducidos; más de la mitad se da en países en vías de desarrollo y generalmente son realizados en condiciones precarias[1,2]. Aproximadamente 75 000 de las 585 000 muertes maternas que ocurren anualmente son consecuencia de abortos inseguros. En América Latina, los abortos causan en algunos países hasta 30% de la mortalidad materna. Se estima que 5 millones de adolescentes tienen abortos cada año en el mundo y la mitad de ellos representa un serio peligro para la salud y la vida de estas jóvenes[1-3].

La OMS considera aborto a la expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso menor a 500 gramos [6,7], que corresponde a una edad gestacional aproximada de 22 semanas; y, define a la adolescencia como la etapa biopsicosocial en el desarrollo humano entre los 11 y 19 años[8,9], etapa que se caracteriza por tener un mayor riesgo de morbimortalidad materna en nuestro país y en el mundo[1,4].

Es importante mencionar que las cifras reportadas en diferentes estudios no revelan la magnitud de este gran problema, que es el aborto en las adolescentes, lo cual nos motivó a realizar este trabajo, para determinar la incidencia de abortos, las características sociodemográficas y las principales complicaciones asociadas que afecta a este grupo vulnerable.

Tabla 1. Complicaciones del aborto en adolescentes

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Anemia aguda	39	52,7
Infección de vías urinarias	14	18,9
Síndrome febril	7	9,4
Sufrimiento fetal + anemia	5	6,7
Infección de vías urinarias + anemia	5	6,7
Choque hipovolémico	1	1,3
Choque + perforación uterina	1	1,3
Total	74	100,0

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, en el cual se revisó los registros de hospitalización de emergencia, las historias clínicas de las pacientes seleccionadas y los registros de la hoja CLAP del Sistema Informático Perinatal de la Unidad de Cómputo del Departamento de Ginecoobstetricia. Se registró el número total de partos, nacidos vivos con peso mayor a 499 g, número total de abortos que tuvieron hospitalización y aquellos que fueron manejados ambulatoriamente. El período de estudio fue desde enero de 2000 a diciembre de 2003. Los criterios de selección incluyeron: Paciente entre 11 y 19 años, edad gestacional menor de 22 semanas calculadas por fecha de última regla, edad gestacional mayor a 22 semanas, con producto menor de 499 gramos. Se excluyó las gestaciones con diagnóstico de embarazo molar o ectópico y las historias clínicas no recuperables.

Se determinó la tasa de abortos y la incidencia de abortos en la población general y en el grupo de estudio. Se analizó las características sociodemográficas edad, estado civil, ocupación, nivel educativo; los antecedentes obstétricos edad gestacional, antecedentes de abortos, gestaciones previas; el motivo de ingreso y tratamiento empleado. El estudio se realizó cumpliendo los principios médicos, conservando el derecho de privacidad y preservando el principio de no-maleficencia.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 243 mujeres cumplieron los criterios de selección. La tasa de abortos en general fue 130,5 por 1,000 nacidos vivos y en adolescentes 20 por 1000 nacidos vivos. La incidencia fue 14,7 %.

Al analizar las características sociodemográficas, se determinó que 89,4 % procedía del cono norte y 10,6 % de otros distritos, como Ancón, Callao, Cercado, Rímac. La edad promedio fue 17,3, con un rango de 11 a 19 años; los grupos etarios de 11 a 13, 14 a 16 y 17 a 19 años representaron 1,2%, 25,1% y 73,6%, respectivamente. El 29,6% del grupo etario de 17 a 19 años presentó alguna complicación (Tabla 1 y 2).

El 71,6% tenía educación secundaria (34,2% secundaria completa), 13,2% educación primaria (6,2% primaria completa), 10,3% cursaba estudios superiores (técnico o universitarios) y 0,4% (una paciente) era analfabeta, quien tuvo complicaciones.

Al analizar las gestaciones previas, 81,5% de las pacientes era primigesta, 16,8% segundigesta y 1,6% (4 pacientes) tenía 3 ó más gestaciones.

Al evaluar el antecedente de aborto, 89,3% negó haber abortado, 8,6% abortó en una ocasión, 0,8% había abortado en dos ocasiones.

Con respecto a la edad gestacional, se registró un promedio de 11,3 semanas; 26,8% tenia menos de 9 semanas, 32,1% entre 9 y 12 semanas y 39,9% más de 12 semanas. Se complicaron 23,4%, 28,2% y 36,1% de los casos, que correspondían a los grupos de menos de 9, entre 9 y 12 y mayor de 12 semanas, respectivamente.

Al analizar el diagnóstico de ingreso, 67,1% fue aborto incompleto, 14,8% aborto incompleto infectado, 9,1% aborto frustro, 3,3% aborto en curso, 0,8% aborto completo, 0,4% aborto séptico, 0,4% retención de restos, 1,2% gestación 'anembrionada', 1,2% aborto fetal tardío, 0,4% aborto inevitable y óbito fetal en 0,8%.

Tabla 2. Complicaciones según grupos etarios

Complicación	11-13 años	14-16 a	17-19 a	Total
Sin	1 (33,3%)	42 (68,9%)	126 (70,4%)	169 (69,5%)
Con	2 (66,6%)	19 (31,1%)	53 (29,6%)	74 (30,5%)
Total	3 (100%)	61 (100%)	179 (100%)	243 (100%)

Tabla 3. Complicaciones según edad gestacional

Complicación	< 9 sem	9-12 sem	> 12 sem	Total
■ Sin	49 (76,6%)	56 (71,8%)	62 (63,9%)	167 (69,9%)
■ Con	15 (23,4%)	22 (28,2%)	35 (36,1%)	72 (30,1%)
Total	64 (100%)	78 (100%)	97 (100%)	239 (100%)

Tabla 5. Días de hospitalización según complicaciones

Complicación	< 1 día N (%)	1-2 días N (%)	3-4 días N (%)	> 4 días N (%)	Total N (%)
■ Sin	58 (90,7)	84 (69,5)	23 (48,0)	4 (40,0)	169 (69,6)
■ Con	6 (9,3)	37 (30,5)	25 (52,0)	6 (60,0)	74 (30,4)
Total	64 (100)	121 (100)	48 (100)	10 (100)	243 (100)

El evaluar el tipo de aborto, 12,8% registró haberse sometido algún tipo de maniobras abortivas, 16% aborto espontáneo y 71,2% no especificó el tipo de aborto; presentaron complicaciones 48,4% y 46,8 % de las que admitieron y rechazaron, respectivamente (Tabla 4).

Al analizar el hematocrito al ingreso, 2,5% tuvo entre 14 y 20; 9,1%, entre 21 y 28; 37%, entre 29 y 33; 46,1%, uno mayor de 34, y en un 5,3% no se registró este dato. En relación al sedimento urinario, 65% (158 casos) presentó sedimento urinario normal, 16,5 % (40 casos) sedimento anormal y en 18,1% (45 casos) no hubo registro del sedimento.

Se realizó legrado uterino en 97,2% de los casos, dilatación y curetaje en 1,2%, laparotomía exploratoria en 1,2% (3 pacientes) y en una histerectomía abdominal total por aborto séptico; en dos pacientes se realizó ooforectomía derecha, por embarazo ectópico y por un quiste a pedículo torcido asociados a aborto incompleto.

En lo referente al tratamiento médico, en 46,9% (114 casos) se usó antibióticos, y la combinación más utilizada fue cloranfenicol más gentamicina endovenosa. En el 4,1% (10) se utilizó paquetes globulares; en 2,5% (6), reto de fluidos, y en 0,4%, presión venosa central, sonda Foley y reto de fluidos; la paciente presentó shock hipovolémico.

Al analizar los días de hospitalización, 64 pacientes (26,3%) estuvieron menos de 24 horas, 121 (49,8%) entre 1 y 2 días, 48 (19,8%) entre 3 y 4 días y 10 (4,1%) pacientes más de 4 días. Una paciente (0,4%) estuvo hospitalizada por 76 días por ser menor de edad sin tutor conocido. Las pacientes que estuvieron hospitalizadas durante más días presentaron mayor tipo de complicaciones. (Tabla 5).

Tabla 4. Complicaciones por posible aborto inducido

Complicación	Admitió	Rechazó	Total
■ Sin	16 (51,6%)	21 (53,8%)	37 (52,9%)
■ Con	15 (48,4%)	18 (46,8%)	33 (47,1%)
Total	31 (100%)	3 (100%)	70 (100%)

En lo referente al alta y métodos anticonceptivos, el 39,1% fue referida a su centro de salud, 12,3% recibió consejería, 8,6% prefirió los anticonceptivos orales, 5,3% preservativos, 4,5% anticonceptivos inyectables y 4,5% óvulos. En 27,9% de los casos, no se registró el dato de anticoncepción al alta.

No se registró muerte materna en el periodo estudiado.

DISCUSIÓN

La incidencia de abortos en adolescentes fue 14,7% en el estudio realizado. La procedencia en su mayoría fue del cono norte, lo cual concuerda con estudios de Gonzales C[10] y Saona[11]; se explica por ser hospital de referencia que atiende dicha área de influencia.

La edad promedio correspondió a la adolescencia tardía, lo que concuerda con Gonzales E[12], quien reporta un promedio de 17,4 años, y otros estudios nacionales[12,13]. Sin embargo, es importante mencionar que en Cuba, donde el aborto es legal, el mayor porcentaje de abortos en adolescentes está comprendido en los 14 y 15 años, lo cual representa un 46% de casos[14].

En relación al grado de instrucción, los resultados concuerdan con lo publicado por Gonzales E[12] y Salvador[15], quienes reportan 83% y 66%, respectivamente. Una paciente era analfabeta; los estudios de Gonzales E[12] encuentran 1,4%, Villón[16] 5% y Maradiegue[17] 1,5%.

En cuanto al antecedente de gestaciones, a las primigestas correspondió un porcentaje mayor al encontrado por Gonzales E[12] (74,6%); en un estudio en el Hospital 2 de Mayo[13] encontraron 77,8%. En un estudio cubano, 22,4% de las adolescentes ya había tenido al menos un embarazo previo[14]. Salvador[15], en una revisión de gestantes adolescentes en el rango de 10 a 15 años, halló que 95,7% era primigesta, y en el rango de 16 a 19 años 87,5% se encontraba en su primera gestación.

En nuestro estudio, las adolescentes negaron un aborto previo, similar a lo encontrado por Gonzales E[12]. Saona[11], en una revisión en el HNCH 1975 a 1984, encontró que 29% había tenido uno ó más abortos previos; Aparicio[13] describe que 10,1% tenía historia de aborto anterior y en un caso de dos abortos anteriores; y Castillo[18] halló que 70% de pacientes no tenía antecedente de aborto. Es importante señalar que este dato merece cierta cau-

tela, ya que las adolescentes podrían ocultarlo por temor o vergüenza[15] y podría corresponder a un subregistro.

El diagnóstico más frecuente de ingreso fue aborto incompleto, similar a lo reportado por Gonzales E[12] y Norabuena[19], pero, menor a lo reportado en un estudio realizado en el Hospital 2 de Mayo[14], que encontró 86,9%; Saona[11] reportó 89,4%, Castillo[18] 54%. El aborto incompleto infectado representó 14,8% de todas los pacientes estudiadas; resultados similares se encuentra en los trabajos realizados por Gonzales E[12] y Maradiegue[17]. El aborto séptico representó 0,4%, semejante a Gonzales E[13] 0,8%; pero, Maradiegue[17], en este mismo grupo etario, encontró un mayor porcentaje, 7,7%.

En relación al tipo de aborto, Saona[11] describió 13,2% de abortos inducidos entre los años 1975 y 1984, Chirinos[20], en 1993, 10% en un estudio realizado en 3 ciudades del Perú y Maradiegue[17], en 1997, describió 14,2%. En otro estudio[21], se encontró 10 a 20%.

En 97,2% se realizó legrado uterino, tanto en pacientes complicados como no complicados, semejante a lo reportado por Gonzales E[12], 94,3%; Castillo[18], 98,1%; Saona[11], 95%.

Se realizó histerectomía abdominal total por perforación uterina secundaria a maniobras abortivas en una paciente con aborto séptico (0,4%). Chumbe[22], en un estudio realizado entre los años 1990 y 1996 sobre aborto séptico en adolescentes, comunica un 8,5% de histerectomías. Es importante destacar que el porcentaje de complicación por abortos ha sufrido un cambio a través del tiempo por el uso de misoprostol como medio de aborto inducido; Castillo[18], en su trabajo de investigación, señala que más de dos tercios de las pacientes con aborto inducido había usado misoprostol y 13,5% se había realizado legrado uterino; Maradiegue[17], en 1997, encuentra que 1,5% refirió el uso de tabletas vaginales.

La anemia aguda representó la mayor complicación; Gonzales E[12] reporta 63,8%, cifra cercana a la nuestra; de la misma forma, Saona[11] señala que 56% presentó anemia como complicación más importante. Se debe tener en cuenta que este grupo vulnerable a todo riesgo podría presentar una anemia crónica carencial que se estaría añadiendo al efecto de la anemia aguda por pérdida sanguínea. Según los resultados de sedimento urinario anormal, la mitad se complicó con infección urinaria y 50% mostró alteraciones del sedimento sin mostrar síntomas urinarios ni fiebre; en el estudio de Gonzales E[12] 24% presentó sedimento urinario anormal.

Los días de hospitalización se han reducido a través de los años, pues en los estudios publicados anteriormente el promedio de hospitalización era alrededor de 3 días[11]. Esto se debería al tratamiento precoz ante una eventual complicación y el tipo de maniobra abortiva que ha cambiado a través de los años. Esta disminución de la estancia hospitalaria resulta un ahorro en los recursos hospitalarios disponibles.

Los métodos anticonceptivos al alta concuerdan con los estudios de Castillo[18], quien describe un 7% que optó por anticonceptivos orales y otro 7% prefirió inyectables. Es importante comentar que la oferta de métodos anticonceptivos varía de acuerdo a la disponibilidad del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud en los hospitales respectivos.

No se reportó casos de muerte materna relacionada aborto, lo que concuerda con Gonzales E[13] en su estudio de 1994 a 1999.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Unsafe abortions-global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. WHO; 1994.
2. http://www.ipas.org/publications/en/policy_factsheets/children_youth_unsafe_abortions.pdf 08/03/05
3. Manual de la Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva Ministerio de Salud, Lima (Perú); 1993.
4. World Health Organization (WHO). Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, Unicef, UNFPA. WHO; 2001.
5. Llovet JJ, Ramos S. Induced abortion in Latin America: Strategies for future social Research. Reprod Health Matters. 1998;6:55-65.
6. Gant N, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Reproduction success and failure. En: Cunningham FG (editor). Williams Obstetrics. 21st edition. Mc Graw-Hill; 2001:855-82.
7. Adashi EY, Hillard PA. Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. En: Berek JS (editor). Ginecología de Novak. 12ª edición. Mc Graw-Hill; 1997:487-90.
8. Manual de la Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva Ministerio de Salud, Lima (Perú); 1993.
9. Gonzales C. Embarazo en la adolescencia. En: Pacheco J (editor). Tratado de Ginecología y Obstetricia. Lima, Perú: Mad Corp SA; 1999:894-903.
10. Gonzales C, Gil E, Chávez V, Díaz J, Torres M. Atención en el consultorio de ginecoobstetricia de la adolescente. Rev Per Ginecol Obstet. 2000;46(3):213-5.
11. Saona P. Epidemiología del Aborto. Hospital de Apoyo Cayetano Heredia. 1975-1984. (Tesis Especialista en Ginecología y Obstetricia). Lima (Perú): UPCH; 1988.
12. Gonzales E. Aborto en Adolescentes: Experiencia en el Hospital Cayetano Heredia. 1994-1999. (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima (Perú): UPCH; 2000.
13. Aparicio J, Ayal J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet. 1996;42(3):64-6.
14. Laffita A, Ariosa JM, Cutie JR. Adolescencia e interrupciones de embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol- 2004;30(1).
15. Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes: Experiencia en HNCH 1992-1994. Rev Per Ginecol Obstet. 1995;41(3):39-47.
16. Villón J, Loyola E, Rosas E, Vera G, Tejada R. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica 1998. Rev Per Ginecol Obstet. 1999;45(2):116-9.
17. Maradiegue E. Aspectos Epidemiológicos del Aborto Incompleto en HNCH 1993-1996. (Tesis para Doctor en Salud Pública). Lima (Perú): UPCH; 1997.
18. Castillo E. Características del aborto y de la anticoncepción postaborto en el hospital Arzobispo Loayza (Trabajo de investigación para Título de Médico Cirujano). Lima (Perú): UPCH; 2003.
19. Norabuena R. Aborto en pacientes con control prenatal. Estudio serie de casos experiencia 1996-2000 en el HNCH (Tesis para Título de Médico Cirujano). Lima (Perú): UPCH; 2003.
20. Chirinos J. Aborto en el Perú: estudio epidemiológico hospitalario en las ciudades de Iquitos, Piura y Puno (Tesis para optar grado de Doctor en Medicina). Lima (Perú): UPCH; 1993.
21. Flores EM. Actitudes y conocimientos acerca de planificación familiar que tienen las pacientes que acuden por aborto al HNCH (Tesis para optar grado de Médico Cirujano). Lima (Perú): UPCH; 1996.
22. Chumbe O, y col. Aborto séptico en adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet. 1998;45(2):118-23.