



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 118-123

Aborto séptico en adolescentes

OVIDIO CHUMBE, ALVARO NOVOA, HUGO ALEJOS, CARLOS RODRÍGUEZ, KELVIN ESPINOZA, JORGE PARRA

Resumen

OBJETIVO: evaluar la incidencia, evolución, características y las complicaciones del aborto séptico en las adolescentes, en un periodo de tiempo comprendido entre los años 1990 a 1996. **DISEÑO:** estudio epidemiológico. **RESULTADOS:** de un total de 1 709 abortos sépticos, 285 correspondieron a adolescentes. La tasa de abortos, en general es de 274,5 por 1 000 n.v.; en las no adolescentes 290 y en adolescentes de 203, mientras que la incidencia de aborto séptico es, para la población general, 16 796 sobre el total de abortos; para las mayores de 19 años es de 16,1%; y para las adolescentes de 20,5% ($p < 0,05$). La mayoría se concentra en el grupo de edad de 18 a 19 años (63%). El 42% interrumpió su embarazo por encima de las 12 semanas. El 27%, ya tenía un embarazo anterior. Las complicaciones más frecuentes al ingreso fueron la anemia y el shock séptico y en el 8,5% de los casos fue necesario practicar bisterectomía. **CONCLUSIÓN:** el aborto séptico es la primera causa de mortalidad materna en nuestro Hospital, lo que, felizmente, es menos frecuente en las adolescentes.

Palabras claves: aborto séptico, adolescentes.

Summary

OBJECTIVE: To determine incidence, evolution, characteristics, and complications of septic abortion in adolescents. **DESIGN:** Epidemiological study from 1990 through 1996. **RESULTS:** From 1709 abortions, 285 occurred in adolescents. General abortion rate was 274,5 per 1 000 lnb, in non-adolescents 290 and in adolescents 203. Incidence of septic abortion was 16,7%, distributed in 16,1% in patients over 19 years and 20,5% in adolescents ($p < 0,05$), especially at ages 18 and 19; 42% had pregnancy interruption above 12 weeks gestation: 27% had a previous pregnancy. Most frequent complications at hospitalization were anemia and septic shock; hysterectomy was performed in 8,5%. **CONCLUSION:** Sept abortion is the first cause of maternal mortality at our Hospital, but fortunately is less frequent in adolescents.

Key words: Septic abortion, adolescents.

Introducción

En una evaluación que hicimos acerca de la atención del aborto en nuestro Hospital encontramos, para el periodo 89-90¹, una incidencia baja para el grupo de adolescentes; la reevaluación en un segundo periodo² nos permitió observar una diferencia significativa tendiente al incremento del aborto en este grupo. La revisión bibliográfica^{3, 4}, indica que el aborto espontáneo es menos frecuente en la adolescente, lo que nos indujo a pensar que el incremento en las tasas de aborto en este grupo sería a expensas del aborto inducido.

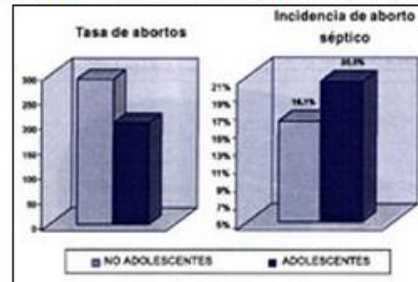
Las investigaciones de Bustinza⁵, Távara³ y Osore⁷, en nuestro Hospital señalan al aborto (sobre todo al inducido), como factores importantes en el mal pronóstico reproductivo; en el tratamiento del aborto séptico; además, la histerectomía es un procedimiento usado con frecuencia importante. Estos hechos son, trascendentes, en la adolescente.

Los antecedentes mencionados nos alentaron a realizar una investigación que nos permita evaluar con mayor precisión nuestras fundadas sospechas con respecto al aborto en las adolescentes, comparado con el grupo de no adolescentes; complementariamente, quisimos conocer las características y complicaciones que se encuentran inmersos en este importante problema de salud pública.



| Tabla 1. Tasa de abortos e incidencia de aborto séptico en toda la población | |
|---|--------------|
| Total RN vivos (> 499 g) | 37374 |
| Total aborto | 10260 |
| Tasa abortos (x 1000 nv) | 274,5 |
| Total abortos sépticos | 1709 |
| Incidencia abortos sépticos | |
| (% del total aborto) | 16,7 |

Figura 1. HAMA - ABORTO SEPTICO EN ADOLESCENTES



Material y métodos

Este es un estudio epidemiológico descriptivo, analítico y comparativo de corte transversal. Se revisó los registros de Hospitalización (SIGI: Sistema Informático de Ginecología), del Centro Obstétrico (donde se realiza los tratamientos quirúrgicos ambulatorios del aborto no complicado), y de la Unidad de Cómputo del Departamento, específicamente del Sistema Informático Perinatal. Se recabó información del número total de partos, nacidos vivos con peso mayor a 499 g, número total de abortos que tuvieron hospitalización y de aquellos que fueron manejados ambulatoriamente. Toda esta información fue obtenida del periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1996.

Nuestra muestra comprendió todos aquellos casos de aborto séptico que ocurrió en pacientes adolescentes. Definimos aborto séptico a todo aquel en el que hubo una complicación infecciosa con punto de partida del aparato genital.

Se determinó la tasa de abortos y la incidencia de abortos sépticos en la población general; además estos mismos parámetros en el grupo de adolescentes y mayores de 19 años, la evolución por años, comparativa, en estos dos grupos, sometiendo a análisis estadístico a las diferencias. Luego, en nuestra muestra, se analizó: antecedentes obstétricos, estratificación de edades, tiempo de embarazo en el momento de la interrupción, modalidad de tratamiento quirúrgico.

Finalmente se determinó la morbilidad y se calculó la tasa de mortalidad y letalidad en ambos grupos, con prueba estadística de chi cuadrado.

Resultados

En este periodo de tiempo hubo 37 374 partos con recién nacidos vivos mayores a 19 semanas y/o peso superior a 499 g, asimismo se atendió 10 260 abortos, lo que resulta en una tasa de 274,5 por 1 000 n. v. De este total de abortos, 1 709 fueron considerados como abortos sépticos, lo que da una incidencia de 16,7% del total de abortos (Tabla 1).

La tasa de abortos para la población de adolescentes fue de 204 por 1 000 n. v. (6 834 n.v./1 391 abortos), y en mayores de 19 años de 290 (30 540 n.v./8 870 abortos) (Tabla 2, Figura 1). La incidencia de aborto séptico en adolescentes fue 20,5% (285 sépticos/1 391 abortos), y en mayores de 19 años de 16,1% (1 424 sépticos/8 870 abortos) (Tabla 3, Figura 1). La Figura 2 muestra que al analizar la tasa de abortos por años y aplicar una curva de regresión, hay una clara disminución de la tasa de abortos en la población de mayores de 19 años, mientras que en las adolescentes, la disminución es muy pobre. Sin embargo, cuando se analiza la evolución de



la incidencia de aborto séptico en las adolescentes hay una evidente tendencia al incremento, a pesar de tener algunos picos, mientras que en las mayores de 19 años no se observa modificación significativa (Figura 3).

El grupo de adolescentes fue dividido en subgrupos, encontrándose mayor incidencia de abortos sépticos entre los 18 a 19 años (63%) (Figura 4).

Con respecto a la edad gestacional en el momento de la interrupción del embarazo, hay un predominio en edad gestacional mayor a 12 semanas (42%) y entre 9 a 12 semanas (37%) (Figura 5).

El 27% de las adolescentes de nuestro estudio ya habían tenido un embarazo previo y, la mayoría de éstas, un parto (Figura 6). Sin embargo, si examinamos el antecedente de aborto por años, nos encontramos que hay un importante y significativo descenso (Figura 7).

Todas las pacientes presentaron algún grado de endometritis; luego de ésta, la anemia fue la complicación más frecuente, pero hay un importante porcentaje de shock séptico, pelviperitonitis, perforación uterina y, en menor cuantía, coagulación intravascular diseminada (Figura 8).

Casi el 9% de las adolescentes con aborto séptico terminó sin útero, a consecuencia de la gravedad de los casos, la mayoría, además, sin ovarios (Figura 9).

Tabla 2. Tasa de abortos: proporción entre adolescentes y mayores de 19 años

| Año | No adolescentes | | | Adolescentes | | |
|--------------|-----------------|------|-----|--------------|------|-----|
| | NV | AB | TAS | NV | AB | TAS |
| 1990 | 3831 | 1213 | 317 | 878 | 162 | 185 |
| 1991 | 3734 | 1392 | 373 | 853 | 191 | 224 |
| 1992 | 4418 | 1335 | 302 | 977 | 191 | 195 |
| 1993 | 4362 | 1286 | 295 | 911 | 227 | 249 |
| 1994 | 4611 | 1410 | 306 | 991 | 202 | 204 |
| 1995 | 4852 | 1195 | 246 | 1102 | 262 | 238 |
| 1996 | 4732 | 1039 | 220 | 1122 | 156 | 139 |
| Total | 30540 | 8870 | 290 | 6834 | 1391 | 204 |

Tabla 3. Incidencia de aborto séptico: proporción entre adolescentes y mayores de 19 años

| Año | No adolescentes | | | Adolescentes | | |
|--------------|-----------------|------|------|--------------|------|------|
| | Abo | Sept | % | Abo | Sept | % |
| 1990 | 1213 | 163 | 13,4 | 162 | 10 | 6,17 |
| 1991 | 1392 | 241 | 17,3 | 878 | 45 | 23,5 |
| 1992 | 1335 | 269 | 19,7 | 853 | 31 | 16,2 |
| 1993 | 1286 | 195 | 15,1 | 977 | 63 | 27,7 |
| 1994 | 1410 | 217 | 15,4 | 911 | 44 | 21,7 |
| 1995 | 1195 | 150 | 12,5 | 991 | 37 | 14,7 |
| 1996 | 1039 | 189 | 18,2 | 1102 | 55 | 32,3 |
| Total | 8870 | 1224 | 16,1 | 1391 | 285 | 20,5 |



Figura 2. Tasa de aborto 1990-1996

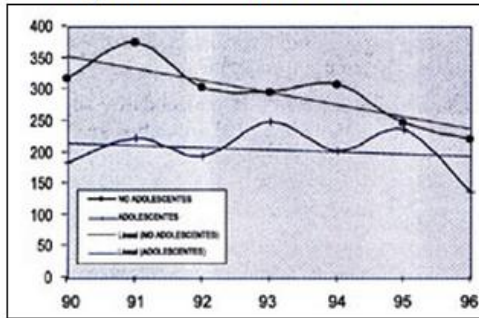


Figura 3. Incidencia de aborto séptico 1990-96

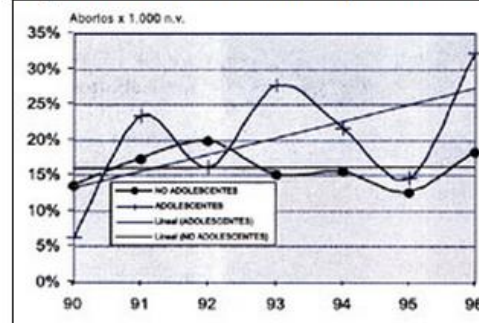


Figura 4. Aborto séptico en adolescentes HAMA 88-96. Edad de la paciente

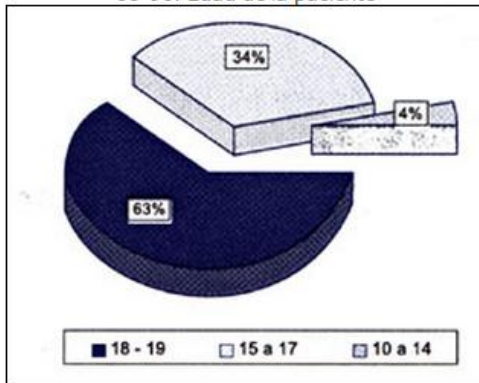


Figura 5. Edad gestacional

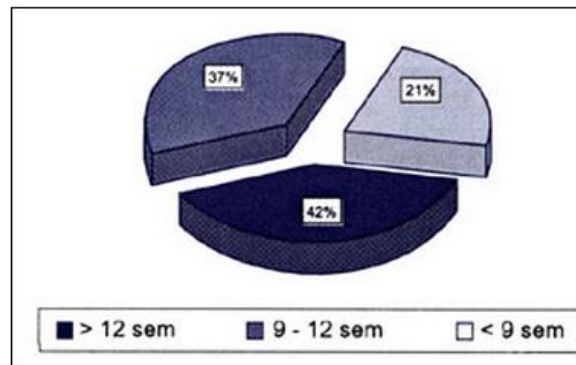


Figura 6. Antecedentes ostétricos

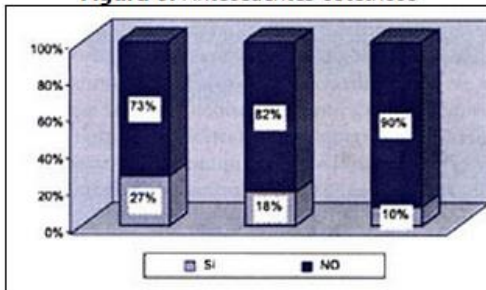


Figura 7. Antecedente de aborto según año

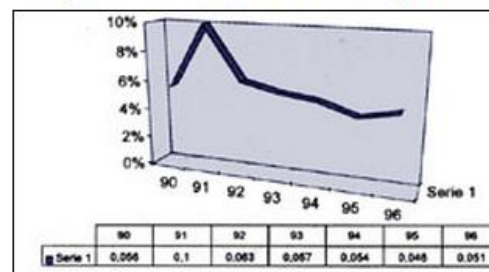


Figura 8. Complicaciones

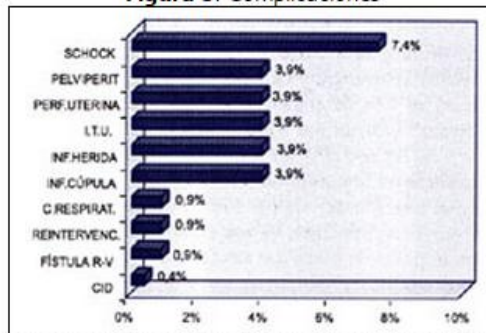


Figura 9. Tratamiento quirúrgico

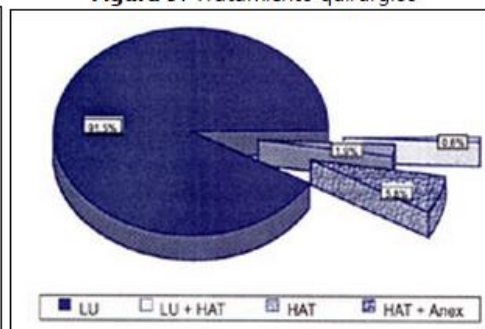




Figura 10. Tasa global de mortalidad y letalidad en adolescentes

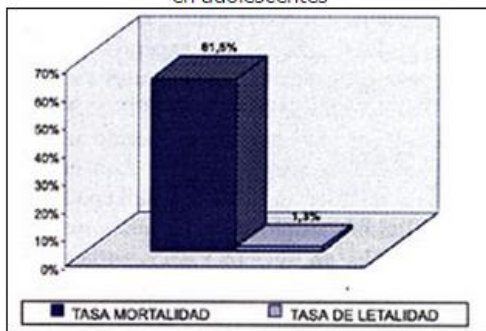
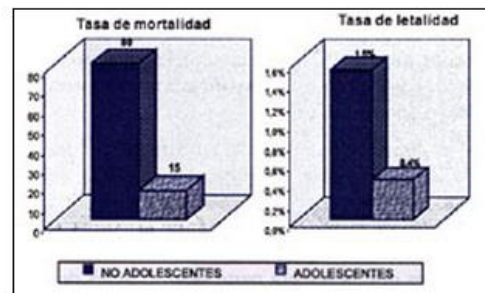


Figura 11. Tasa de mortalidad y tasa de letalidad en adolescentes



Tratamiento quirúrgico

En este periodo de tiempo sucedieron 23 muertes por aborto; 22 de ellas en el grupo de mayores y sólo 1 en el de adolescentes. La tasa de mortalidad por aborto

fue 61,5 por 100 000 n. v., y la de letalidad (muertes sobre el total de abortos sépticos) de 1,3%.

Para mayores, encontramos una tasa de mortalidad de 72 por 100 000 n. v. y tasa de letalidad de 1,5; mientras que para las adolescentes la tasa de mortalidad fue de 15 por 100 000 y la tasa de letalidad de 0,35 con una $p < 0,005$ (Figura 11).

Discusión

El aborto sucede, necesariamente, bajo dos circunstancias: espontánea e intencionalmente; a pesar de ello su magnitud sigue siendo un misterio. Quizás el hecho de ser un problema socioeconómico, moral, religioso, legal y demográfico, condicione su ocultamiento, aún en los casos en que ocurrió espontáneamente. Es por ello que lo que se informa como tasa, viene resultando ser sólo un cálculo que parte del conocimiento del total de embarazos que son esperados para un determinado tiempo y espacio, del que se descuentan los nacidos vivos y los natimortos, considerando el saldo como abortos (Cervantes). La otra metodología (AGI)⁸ aplica las encuestas con una disciplina de trabajo, que tendría la limitación de la selección de los informantes. A partir de ello ya resulta más complicado saber cuáles son espontáneos y cuáles inducidos. Por otro lado, a pesar de algunos problemas relacionados a registros, la tasa hospitalaria del aborto sería más "exacta"^{1, 2, 1, 10}, aunque sesgada por el hecho de que a las instituciones de salud, generalmente, sólo llegan aquellos abortos que se complican; esto último se viene revirtiendo gracias a una corriente tendiente a una atención más humanizada del aborto^{11-13, 28}.

Es lógico pensar que la clandestinidad y el ocultamiento se da más frecuentemente en las adolescentes; por el contrario, la búsqueda de atención institucional del parto en este grupo de mujeres es más o menos constante, con incidencias variadas (Salvador 15%¹⁴, SIPHAMA 18%¹¹). Por el contrario la evaluación que en dos periodos hicieramos con respecto al aborto séptico en el HAMA^{1, 2}, nos reveló un incremento importante en el segundo periodo para el grupo de adolescentes.

En nuestro estudio, que compara incidencia y evolución, encontramos una tasa global de aborto de 274 por mil n.v. para los siete años de evaluación; esta tasa es mayor a la encontrada en nuestra evaluación 88-89¹, pero menor a la segunda evaluación (90-93)², en la que encontramos una tasa de 299; a pesar de esta disminución, sigue siendo la más alta publicada a nivel nacional y local^{9,16,18-20}. En el presente estudio encontramos una tasa de 290 para las mayores de 19 años y 204 para las adolescentes. Si analizamos la evolución de la tasa a través de los años nos encontramos que, mientras en las mayores hay una clara tendencia a la disminución en las adolescentes ésta es muy tenue, en la seguridad de que, en el tiempo, se igualen.

Por el contrario, la incidencia de aborto séptico, con relación al total de abortos, es (en términos globales) cerca al 17%. Para las no adolescentes 16,1% y significativamente mayor para las adolescentes (20,5%) con una $p < 0,005$; la evolución es estacionaria para las mayores y, a pesar de sus variaciones, la tendencia es de incremento violento, en las adolescentes. Si comparamos la frecuencia de aborto séptico en este estudio con respecto a lo encontrado en el 90-93 (18,3%)², notamos que también disminuyó, pero sigue siendo alta comparada a otros informes nacionales^{19, 21-22}. Esto nos permite reafirmar, que todavía el Cono Sur de Lima



sigue siendo la región de más alta incidencia de aborto, especialmente el inducido, en nuestro país; no nos extraña entonces que el aborto sea, para nosotros, la causa más importante de muerte materna 2, 15, 23.

Dentro de las edades que comprende la adolescencia, la incidencia de aborto séptico es mayor entre los 18 y 19 años, aunque llama la atención que más de la tercera parte corresponda a menores de 17 años; esto no se ve en el parto en adolescentes, en donde la diferencia es mayor a favor de la adolescencia tardía (SIPHAMA). Los hallazgos de Aparicio en el Hospital Dos de Mayo son similares²⁴.

Al evaluar la cronología del embarazo en el momento de la interrupción, se encuentra que más del 40% ocurrió por encima de las 12 semanas y sólo la quinta parte antes de la novena semana. En la evaluación anterior² del aborto séptico, en la población general encontramos que la tercera parte ocurrió antes de la novena semana. Es conocido el mayor riesgo asociado a abortos tardíos.

Más de la cuarta parte ya había tenido uno o más embarazos anteriores, y casi la quinta parte era ya madre, con un 10% de ellas que ya tuvo un aborto anterior, probablemente inducido. Estos datos concuerdan con los de Aparicio²⁴. Sin embargo, cuando hacemos una evaluación longitudinal, encontramos que hay una clara disminución del aborto como antecedente, a partir del 92-93 en adelante, lo que podría estar relacionado con impacto de planificación familiar en el posparto y posaborto^{11, 25-27}.

El útero es el punto de partida de la infección que, en diversos grados, caracteriza al aborto séptico; por ello es de esperar que todas las pacientes hayan tenido esta complicación como foco primario o por diseminación de otro punto del aparato genital. De igual modo el sangrado que acompaña al aborto espontáneo o intencional es responsable de la importante frecuencia de esta complicación. La presencia de complicaciones severas, de serio riesgo de muerte, como el shock séptico, perforación uterina, pelviperitonitis, insuficiencia respiratoria y coagulación intravascular, denotan las precarias condiciones en las que se induce los abortos². Llama la atención la bajísima frecuencia de complicaciones serias en la investigación de Aparicio²⁴.

El tratamiento del aborto séptico es, básicamente quirúrgico, con necesidad de internamiento de tiempo variable, dependiente de la gravedad, y el consiguiente incremento de costos¹¹. Encontramos una frecuencia de histerectomía (muchas veces con castración) menor a reportada por Maradiegue¹⁹, similar a evaluaciones en la población general^{1, 2} y muy elevada en comparación al estudio de Aparicio²⁴. Las bases establecidas para disminuir la muerte por aborto séptico son el diagnóstico y remoción del foco séptico en forma precoz, previa compensación hemodinámica y agresiva antibioticoterapia. En evaluación previa encontramos correlación entre frecuencia incrementada de histerectomía y mortalidad baja. Es claro que la gran mayoría de pacientes con complicaciones por aborto están en la plenitud de su vida reproductiva, lo que para las adolescentes es particularmente importante a tener en cuenta. No creemos que sea justo "castigarlas", haciendo intervenciones grandes que, muchas veces, resultan innecesarias. Sin embargo, el estado de gravedad en que acuden las pacientes hacen necesarias priorizar la vida. Felizmente más del 90% de las adolescentes de nuestro estudio, a pesar del relativo alto porcentaje de formas graves, recibió tratamiento quirúrgico conservador. Sin embargo, no conocemos cuál es el futuro reproductivo de éstas; estudios previos encuentran gran responsabilidad al aborto y el legrado uterino como condicionantes de infertilidad y embarazo ectópico^{3, 5-7}.

Muchos estudios reconocen la impresionante contribución del aborto a la mortalidad materna. Para nosotros y el estudio de AGI, es la causa más importante de muerte materna. Felizmente, la tasa de mortalidad y letalidad por aborto séptico en las adolescentes es para nosotros muy baja, comparada con el grupo de mayores. Sin embargo, las repercusiones del aborto séptico no deben ser medidos únicamente por la mortalidad, sino también por la morbilidad, la calidad de vida futura, su efecto en la sexualidad, reproductividad y daño psíquico y moral.

Referencias bibliográficas

1. Chumbe O, Rodríguez C, Torres R, Mimbela J, Távora L. Aborto séptico. Avance Médico, Lima-Perú. 1991; 2(2): 35-37
2. Chumbe O, Távora L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. Ginecol Obstet 1994; 40(1): 49-54.
3. Copeland.
4. Pritchard J, Mac Donald P, Grant. Williams Obstetrics. Ed. Appleton Century Croft, New York 1986.
5. Bustinza S. Embarazo Ectópico en el Hospital María Auxiliadora 88-92. Tesis de Bachiller, Univ. San Martín de Porres. Lima-Perú.
6. Távora L, Encinas E, Molina N. Factores asociados a la infertilidad de origen tubo peritoneal. Ginecol Obstet 1995; 41(2).
7. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino, una realidad latinoamericana.
8. Tang L y col. El aborto en el Perú. Ginecol Obstet 1992; 38 (13).



9. Maradiegue E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 1987; 14: 69-72.
10. Távara L, Núñez M, Mimbela J. Consideraciones epidemiológicas del aborto en el Cono Sur de Lima. *Reproducción Humana. Colegio Médico del Perú*, agosto 1991, pp. 258-265.
11. Villarreal J. Embarazo indeseado, aborto y ética profesional: opiniones de un médico comprometido. En: *Consideraciones Médico Sociales para el tratamiento del aborto incompleto*. Movimiento Manuela Ramos, Lima Perú 1993.
12. Villarreal J. Responsabilidad profesional frente al aborto. En: *Consideraciones Médico Sociales para el tratamiento del aborto incompleto*. Movimiento Manuela Ramos, Lima Perú 1993.
13. Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 92-94. *Ginecol. Obstet* .1995; 41(0).
14. Sistema Informático perinatal. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Apoyo Departamental María Auxiliadora.
15. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Materno, Infantil y Población. *El aborto en los establecimientos de salud del Perú-Lima*, 1980.
16. Gálvez J. y col. Estudio sobre el aborto hospitalario en la ciudad de Trujillo. *Asociación Peruana de Facultades de Medicina*, Lima Peru 1976.
17. Castro R, Maradiegue E. Mortalidad por Aborto séptico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-92), estudio de casos y controles. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú, octubre 1993. Temas libres.
18. Figueroa C, Guevara N, Rivera F. Aborto: consideraciones epidemiológicas. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú, octubre 93. Temas libres.
19. Wong L. Aborto séptico. X Congreso Peruano, de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú, set. 1990. Temas libres.
20. Távara L, Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el Cono Sur de Lima. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Peru, oct 93. Temas libres.
21. Aparicio J, Ayala J, Ascarruz A, Casquerc, J. Características del aborto en las adolescentes. Hospital Dos de Mayo. *Ginecol. Obstet*. 1996; 42(3).
22. Távara L, Mimbela J, Núñez María. Manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado como estrategia para aumentar la cobertura, reducir los costos y contribuir a una maternidad sin riesgo. En: *Consideraciones Médico Sociales para el tratamiento del aborto incompleto*. Movimiento Manuela Ramos, Lima-Perú, mayo 1993.
23. Cáceres E. Modelos de anticoncepción posaborto. En: *Consideraciones Médico Sociales para el tratamiento del aborto incompleto*.
24. Punis N, Cajas A, Parra J, Távara L. Anticoncepción en adolescentes. *Ginecol. Obstet*. 1996; 42(0).
25. Távara L. Atención humanizada del aborto incompleto: tres técnicas de manejo ambulatorio, reducción de costos y planificación familiar posaborto. *Ginecol. Obster*. 1997; 43(0).
26. Pinedo A, Tivara L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna. *Ginecol. Obstet*. 1995; 41(3).
27. Gonzales-Enders R. Costos del tratamiento hospitalario del aborto. *Consideraciones Médico Sociales para el tratamiento del aborto*. Movimiento Manuela Ramos, Lima Perú, Mayo 1993.
28. Li D y Ramos V. Estimaciones de costos del aborto en condiciones de riesgo en dos hospitales de Lima. *Consideraciones Médico Sociales para el tratamiento del aborto incompleto*. Movimiento Manuela Ramos, Lima-Perú mayo 1993.