

Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
asociacionsarda@yahoo.com.ar
ISSN (Versión impresa): 1514-9838
ARGENTINA

2006

Hugo Ciaravino / Ana Martínez / Silvia Benvenuto / Rodolfo Gómez Ponce de León /
Silvana Torres / Cecilia Robles

ABORTO EN ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS

Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, año/vol. 25, número 004

Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Buenos Aires, Argentina

pp. 167-171

ABORTO EN ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS

Dres. Hugo Ciaravino*, Ana Martínez***, Silvia Benvenuto#,
Rodolfo Gómez Ponce de León##, Lic. Silvana Torres** y Tec. Cecilia Robles###

Resumen

Objetivos: Analizar las características socio-demográficas y perinatales de adolescentes hasta 16 años con embarazo terminado en aborto y la asociación entre estas características y la forma de terminación del aborto. Determinar la proporción de adolescentes que se embarazaron al año siguiente.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en las adolescentes menores de 16 años que fueron asistidas por aborto en el Instituto de Maternidad de Tucumán durante el año 2004. Se revisaron las historias clínicas de estas pacientes y los embarazos ocurridos al año siguiente. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación mediante los test Mann-Whitney y Exacto de Fisher.

Resultados: Se asistieron en el año 2004 en el Instituto de Maternidad 12.811 embarazadas, el 18% (2.368) terminó en aborto. En el grupo de 10 a 16 años se asistieron 647 embarazadas y finalizaron en aborto el 11% (n= 69). La edad de mayor frecuencia correspondió a 16 años (55%), La mayor proporción completó el primario (78%), pero solo el 20% cursa el secundario, se observó que el 58% son solteras. El 15% presentó embarazos previos. El 9% manifestó que el aborto fue provocado. La mayor proporción de los abortos fue entre las 9 y 12 semanas (41%). En el 7% se presentaron complicaciones. El 28% de los casos consultaron al año siguiente por estar embarazadas.

Conclusión: La infección fue la complicación más frecuente del aborto provocado, éste se hizo a edades gestacionales más tardías y el embarazo al año siguiente del aborto está relacionado con el tipo de pareja.

Palabras clave: aborto adolescente.

Introducción

La O.M.S. define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.⁶ Se considera adolescencia temprana o período peripuberal a la edad entre los 10 a 13 años y se caracteriza por grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. En la adolescencia media (entre 14 a 16 años) los jóvenes han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es la edad promedio de inicio de actividad sexual; es cuando se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

El adolescente tiene con mucha frecuencia relaciones sexuales sin protección, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables con respecto a éstos y a su vez, los convierte en habituales conductas de riesgo.³ La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de embarazos en menores de 20 años.⁷

Se define embarazo en la adolescencia al que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.⁶

El **embarazo no deseado** es uno de los principa-

* Médico Tocoginecólogo. Jefe Equipo Salud Sexual y Reproductiva del I. de Maternidad. Prof. Adjunto Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. U.N.T. hugoc@fm.unt.edu.ar

** Licenciada en Enfermería. Magíster en Estadística Aplicada. Docente Cátedra de Bioestadística. Facultad de Medicina. U.N.T. storres@msptucuman.gov.ar

*** Médico Tocoginecólogo. Docente Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. U.N.T. Ref. Perinatología Dpto. Materno Infante Juvenil Tucumán.

Médico Tocoginecólogo. Docente Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. U.N.T.

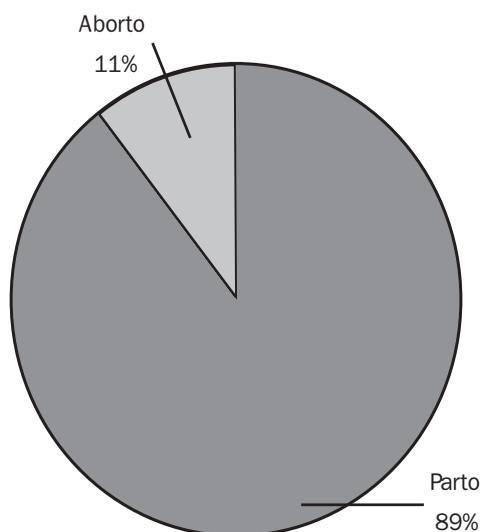
Dr. en Medicina. Médico Tocoginecólogo. IPAS Carolina del Norte. EEUU.

Técnica en Estadísticas de Salud. Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. de las Mercedes".

les problemas a los que se enfrentan nuestros jóvenes y del que cabe destacar la situación especial que constituye el aborto inducido o provocado. El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública en todas las edades, pero particularmente en mujeres jóvenes debido a que carecen de recursos y contactos para asistirse en un medio idóneo desde el punto de vista de la calidad de atención profesional. Además el acceso a servicios de planificación familiar es escaso. Suelen demorar más tiempo en buscar ayuda para la interrupción, y ésta se da con gestaciones más avanzadas. En los países desarrollados un alto porcentaje de adolescentes opta por abortar. En Barcelona, España, el 74% de jóvenes adolescentes abortan; la mayoría ocurre en jóvenes entre 14 y 17 años de edad.¹⁰ En Japón, país donde el aborto es legal, los abortos entre adolescentes aumentaron, según datos del Ministerio de Salud, (14% en 2001). En otro de los países donde el aborto está legalizado, Suecia, el índice nacional de abortos entre adolescentes ha aumentado hasta el 50% en los últimos 7 años.¹⁰ En Cuba, uno de cada cuatro abortos se realiza a adolescentes y el 12% de los partos en el ámbito nacional lo aportan jóvenes en estas edades.¹⁰

Según datos del INDEC, hay 6.641.357 adolescentes en Argentina (Censo Año 2001), de los cuales el 67% viven por debajo de la línea de pobreza y un 34% es indigente. La principal causa de muerte materna es el aborto; no obstante, la incidencia de abortos no ofrece credibilidad razonable por el importante subregistro.²

Gráfico 1. Embarazadas de 10 a 16 años según terminación (n= 647)



En la provincia de Tucumán con una población predominantemente joven, en el año 2002 y 2003, el 11% de los embarazos en adolescentes terminó en aborto.² Un estudio cuali-cuantitativo sobre abortos en adolescentes realizado el año 2004 en Tucumán, mostró que la edad media de las adolescentes que tuvieron un aborto fue de 17,4 años, que el 31% de las mismas tenía el antecedente de haber tenido 2 o embarazos a término y que el 26% de las adolescentes vivía con la pareja e hijos.² El aborto en adolescentes en nuestra provincia se plantea como un problema creciente, con una importante ocupación de camas hospitalarias en los servicios de ginecología y está asociado a elevada morbilidad materna.^{2,8}

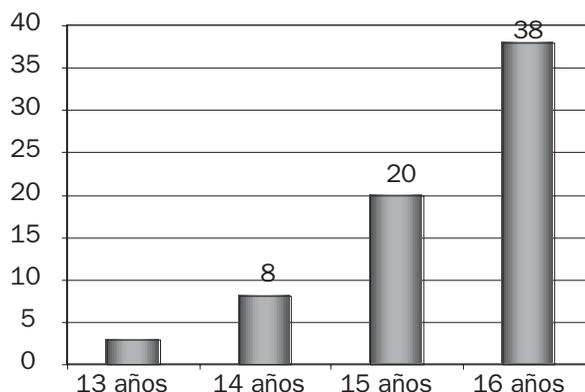
Objetivos

- Analizar las características socio-demográficas y perinatales de adolescentes hasta 16 años con embarazo terminado en aborto.
- Analizar la asociación entre estas características y la forma de terminación del aborto.
- Determinar la proporción de adolescentes que se embarazaron al año siguiente.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en las adolescentes menores de 16 años que fueron asistidas por aborto en el Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Señora de las Mercedes" de Tucumán durante el año 2004. Se revisaron todas las historias clínicas de estas pacientes, se estudiaron las variables registradas y los embarazos ocurridos en estas pacientes al año siguiente (2005).

Gráfico 2. Embarazos terminados en aborto según edad (n= 69)



Las variables evaluadas fueron: edad, escolaridad, estado civil, paridad, hábitos tóxicos, forma de terminación del aborto, consulta posterior, embarazo al año siguiente.

Para el procesamiento y análisis de los datos se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables estudiadas y de asociación entre las de interés, mediante los test Mann-Whitney y Exacto de Fisher. Se trabajó con un nivel de significación del 5%.

Resultados

Durante el año 2004 fueron asistidas en el Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Señora de las Mercedes" 12.811 embarazadas, de las cuales el 18% (2.368) terminó en aborto. El 19% (2.438) de las pacientes pertenecen al grupo de adolescentes (10-19 años), de éstas terminan, en aborto el 13% (n= 320, IC 95% 11,8%-14,5%). En el grupo de 10 a 16 años se asistieron 647 embarazadas finalizando en aborto el 11% (69, IC 95% 8,4%-13,3%) (*Gráfico 1*).

Se analizaron las características socioeconómicas y perinatales de los embarazos terminados en aborto correspondientes a las adolescentes de 10 a 16 años de edad encontrándose que la mayor frecuencia de pacientes correspondió a la edad de 16 años, representando el 55% (n= 38) de éstas; no se registraron casos menores de 13 años (*Gráfico 2*). La mayor proporción de embarazadas completó el primario (78%), pero sólo el 20% (14) cursó el secundario; se destaca que 2 pacientes son analfabetas. Al analizar el estado civil de las pacientes se observó que el 58% (40) son solteras, de las restantes sólo 1 de ellas es casada.

El 15% (11) de las pacientes estudiados ya había presentado embarazos previos, siendo una de ellas

tercigesta, habiendo terminado todos sus embarazos en aborto. De las que cursaban su segundo embarazo presentaron antecedente de aborto 3 de ellas.

Al analizar el tipo de aborto según registros de la historia clínica, el 9% (6, IC 95% 3%-18%) manifestó que éste había sido provocado (*Gráfico 3*). En todos los casos se realizó legrado terapéutico. La mayor proporción de los abortos se produjeron entre las 9 y 12 semanas (41%), destacándose un 30% (21) finalizados entre las 13 y 22 semanas; en 3 casos la edad gestacional no se pudo determinar. En el 7% (5, IC 95% 2%-16%) se presentaron complicaciones, siendo 4 infecciosas y un caso con síndrome febril por persistencia de restos. El 25% (17) de las pacientes se retiró del establecimiento sin alta médica, dos casos egresaron con alguna patología. Sólo al 68% (47) de las pacientes se les informó sobre el uso de algún método anticonceptivo.

Se pudo determinar que el 28% (19, IC 95% 17%-40%) de los casos analizados consultaron al año siguiente (2005) por estar embarazadas nuevamente (*Gráfico 4*); 3 de éstas tuvieron los siguientes resultados: parto pretérmino, embarazo molar y aborto de 8 semanas, el resto finalizó su embarazo a término. Sólo una manifestó que el embarazo fue deseado. Únicamente una de las embarazadas usó método anticonceptivo (hormonal).

La edad gestacional promedio de las pacientes que manifestaron haberse provocado el aborto fue de 15,5 semanas, mientras en las demás pacientes fue de 11; encontrándose que la edad gestacional de los abortos provocados fue significativamente superior (*Gráfico 5*).

Gráfico 3. Tipo de aborto según terminación (n= 69)

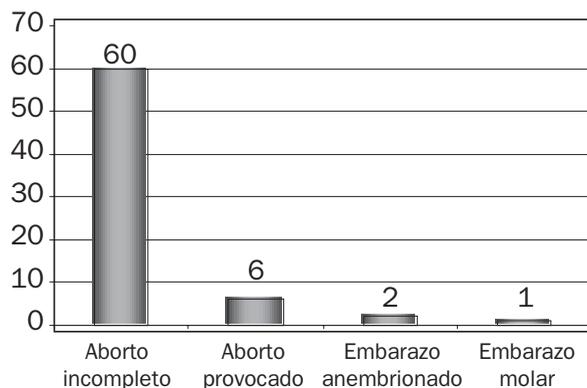
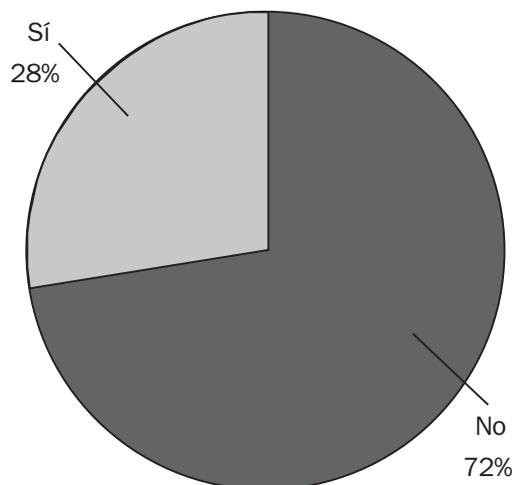


Gráfico 4. Embarazo al año siguiente de las pacientes asistidas por aborto (n= 69)



Si bien la edad promedio tanto del grupo de pacientes con aborto provocado como no provocado fue de 16 años, se observó que en el primer grupo la edad mínima fue de 15 años mientras que en el otro grupo ésta fue de 13 años.

Entre las pacientes que se produjo el aborto espontáneamente sólo en el 3% (2) se observaron complicaciones, mientras que el 50% (3) de las que manifestaron haberse provocado el aborto presentaron complicaciones; encontrándose que estas variables están significativamente asociadas (Gráfico 6).

Se encontró que la proporción de embarazo al año siguiente fue significativamente superior entre las pacientes con pareja estable (41%) con respecto a las solteras (18%).

Ninguna paciente realizó control prenatal pre-

vio al aborto, sólo el 42% tenía certeza de la fecha de su última menstruación, el 96% no hizo consulta posterior al aborto en la institución donde fueron asistidas.

No se encontró evidencia suficiente para afirmar que el aborto provocado se asocie significativamente al nivel de instrucción, estado civil, gestas anteriores ni hábito de fumar. Tampoco se asoció significativamente el embarazo posterior con el nivel de instrucción ni anticoncepción al alta (Tabla 1).

Discusión

La frecuencia de abortos en las adolescentes asistidas en nuestra Institución (13%) es inferior a la observada en otras Instituciones de Latinoaméri-

Gráfico 5. Aborto provocado según edad gestacional (n= 69)

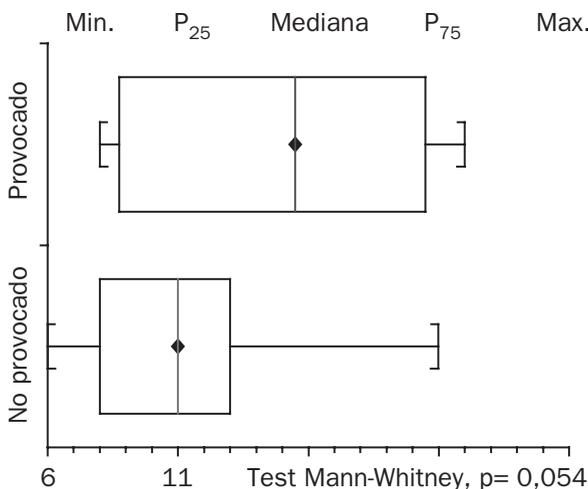


Gráfico 6. Aborto provocado según complicación (n= 69)

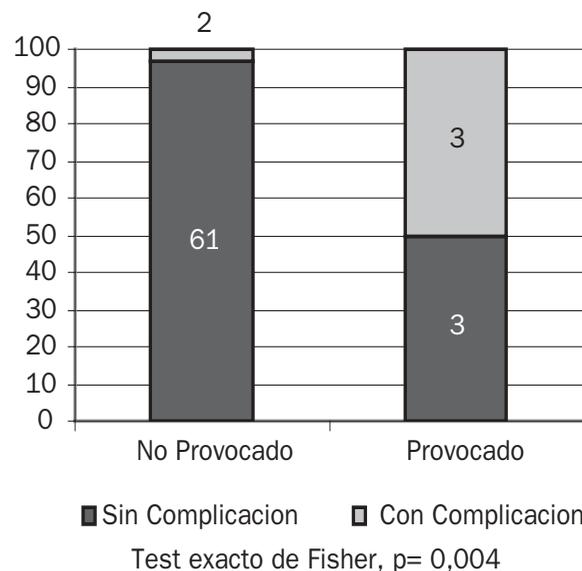


Tabla 1. Análisis estadístico de la relación entre aborto provocado y embarazo posterior con variables predictoras

Variables	Test	P
Aborto provocado y edad gestacional	Mann-Whitney	0,054
Aborto provocado y edad	Mann-Whitney	0,065
Aborto provocado y nivel de instrucción	Exacto de Fisher	0,61
Aborto provocado y estado civil	Exacto de Fisher	0,20
Aborto provocado y gestas anteriores	Exacto de Fisher	0,66
Aborto provocado y hábito de fumar	Exacto de Fisher	0,48
Aborto provocado y complicaciones	Exacto de Fisher	0,004
Embarazo al año siguiente y anticoncepción al alta	Exacto de Fisher	0,38
Embarazo al año siguiente y nivel de instrucción	Exacto de Fisher	0,18
Embarazo al año siguiente y estado civil	Exacto de Fisher	0,028

ca, entre ellas Ecuador (19,34%), Cuba (24%) y ligeramente superior a la de Chile (10%), no presentando variaciones en los últimos años.

Es importante destacar que una cuarta parte de las adolescentes asistidas no cursa los estudios escolares correspondientes a su edad (nivel secundario), lo que supone pérdida de oportunidad de aprender conductas sexuales saludables, las que generalmente son promovidas en los establecimientos educacionales.

Llama la atención el elevado porcentaje de adolescentes muy jóvenes que refiere vivir con su pareja, hecho frecuente en poblaciones de escasos recursos, donde la búsqueda de contención y o seguridad es vista como una salida ante la dificultad para conseguir logros personales, además de repetir patrones de conducta de sus progenitoras.

Una décima parte de la población estudiada presenta antecedentes de embarazos previos, y algunos terminados en abortos; ésto podría atribuirse a una menor adhesión voluntaria a los métodos anticonceptivos, por falta de educación y o dificultad para acceder a los servicios de salud. La falta de cuidados prenatales observados y la consulta por aborto a edades gestacionales tardías nos sugiere desconocimiento en el cuidado de la salud.

La consulta precoz y la aplicación de los nuevos modelos de atención del aborto, además de permitir la consejería, ayudan a disminuir las complicaciones, las prácticas terapéuticas instrumentales y el número de embarazos al año siguiente.

La alta proporción de adolescentes (25%) que se retiraron del establecimiento sin alta médica, y la ausencia de la consulta post aborto, muestran la pérdida de oportunidades en consejería, contribuyendo a la posibilidad de embarazos subsiguientes. Esto nos diferencia de otros países, como por ejemplo Cuba, en donde la mitad de las adolescentes que abortan acuden a la consulta post aborto (52%).

La asociación significativa encontrada entre las variables parejas estable y ocurrencia de embarazo al año siguiente puede explicarse como falta de asesoramiento en temas de salud reproductiva previa al alta de la institución, o reales deseo de las adolescentes de volver a embarazarse.

La cifras de abortos provocados (9%), similar a la encontrada en otros países (Ecuador 10%) donde también el aborto es ilegal, no es confiable debido al subregistro existente en este tema. Las complica-

ciones infecciosas, como era de esperar, fueron más frecuentes en el grupo de abortos provocados.

Conclusión

La frecuencia de embarazo adolescentes terminados en aborto es alta. La infección fue la complicación más frecuentes del aborto provocado y a edades gestacionales más tardías. Es frecuente el embarazo al año siguiente del aborto estando relacionado con el tipo de pareja.

Bibliografía

1. Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de embarazadas adolescentes en el Municipio de La Costa, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Soc Argent Ginecol Infanto Juvenil* 2001; 8(1):18-24.
2. Chapman E. Informe adolescencia en Tucumán. Setiembre 2004.
3. Climent G, Arias DB, Guarna G, Giacoy N, Oller Barón D, Ríos R, Muzillo M. Estilo de vida: imágenes de género y proyecto de vida en adolescentes embarazadas. *Rev Soc Argent Ginecol Infanto Juvenil* 1996; 3(2):47-56.
4. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(6): 481-487.
5. Galvis Romero N, Ochoa Estepa A, Rojas Gaitán A. Frecuencia del aborto incompleto, factores asociados y complicaciones en mujeres adolescentes entre 14 y 19 años que llegan a la sección de ginecoobstetricia de un hospital de tercer nivel en una ciudad de Colombia en período de marzo y junio de 2003. *Rev ECM* 2003; 8(2):45-53.
6. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Rev Posgrado Cátedra VIª Medicina*. 2001; 107:11-23.
7. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones de embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004; 30.
8. Lugones M, Machadoa H. Resultados obtenidos en los grupos de aprendizaje en salud sexual y reproductiva en la consulta de ginecología infanto-juvenil. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2003; 30 (3):86-91.
9. Martínez A, Moya B, Roldán P. Embarazo adolescente en Tucumán. Presentación libre en XIII Jornadas argentinas de Ginecología Infanto Juvenil. Noviembre 2004.
10. Rivas Cabrera R. La prevención del embarazo en adolescentes: un compromiso con la vida; una propuesta de coordinación para la promoción de la salud adolescente. *Niños (Caracas)* 1995; 29(77):103-11.