

# Características del aborto adolescente en un hospital de Chiclayo, Perú 2018

## Characteristics of adolescent abortion in a hospital in Chiclayo, Perú 2018

Iglesias-Osores, Sebastian<sup>1,a</sup>, Nakano-Chavez Kyugoro<sup>2,b</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. **Objetivos:** Estimar la prevalencia del aborto adolescente en un hospital de Chiclayo, Perú. **Material y Métodos:** pacientes que ingresen al servicio de ginecoobstetricia por diagnóstico de aborto entre las edades de 14-19 años en el 2018. **Resultados:** se encontró un total de 73 menores de 19 años que acudieron por algún tipo de aborto que fue el 14,17% de la población que fue diagnosticada con aborto. Los datos demográficos que provienen las pacientes fueron con una mayor frecuencia de los distritos que predominaron fueron de Chiclayo 50,68%), La Victoria (8,22%) y José Leonardo Ortiz (9,59%). El diagnóstico de ingreso que predominó fue el aborto incompleto (76,71%), seguido de aborto frustrado (17,81%). Los tratamientos que se dieron a las pacientes fueron medico (4,11%) y en su mayoría quirúrgico (95,98%), que se dividió en AMEU (42,65%), LU (55,88%) y Cesárea (1,47%) con una media de 1,5 días de estancia hospitalaria. **Conclusión:** se encontró un 14% de aborto adolescente en un hospital de la ciudad de Chiclayo.

**Palabras clave:** Aborto; Interesados en Aborto; Embarazo no Deseado; Embarazo no Planeado; Epidemiología (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction:** Unwanted pregnancy in adolescents is an increasingly common social problem worldwide. **Objectives:** estimate the prevalence of adolescent abortion in a hospital in Chiclayo, Peru. **Materials and methods:** patients admitted to the gynecology-obstetric service for diagnosis of abortion between the ages of 14-19 years in 2018. **Results:** a total of 73 children under 19 years of age who attended some type of abortion were found. , 17% of the population that was diagnosed with abortion. The demographic data that came from the patients were with a higher frequency of the districts that predominated were from Chiclayo (50.68%), La Victoria (8.22%) and José Leonardo Ortiz (9.59%). The predominant diagnosis of admission was incomplete abortion (76.71%), followed by frustrating abortion (17.81%). The treatments that were given to the patients were medical (4.11%) and mostly surgical (95.98%), which was divided into MVA (42.65%), LU (55.88%) and Caesarean (1, 47%) with an average of 1.5 days of hospital stay. **Conclusion:** a 14% adolescent abortion was found in a hospital in the city

of Chiclayo.

**Keywords:** Abortion; Abortion Applicants; Pregnancy, Unwanted; Pregnancy, Unplanned; Epidemiology (Source: DeCS-BIREME).

### INTRODUCCIÓN

El embarazo no deseado dirige a enfrentar decisiones difíciles que pueden ser un riesgo para la salud materna. Cuando se presenta este tipo de situación se tiene dos opciones: por un extremo, intentar su interrupción del embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento implica y por otro, continuar con la gestación<sup>(1)</sup>. La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las épocas, siendo visto en casi siempre ilegal y rechazado , y en otros casos como un acto legal y aceptado<sup>(2)</sup>.

El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor

1. Hospital Regional Lambayeque, Lambayeque, Perú.  
2. Universidad Particular de Chiclayo, Lambayeque, Perú.  
a. Biólogo.  
b. Médico.

deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbimortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía<sup>(3)</sup>.

Las condiciones inseguras e insalubres que caracterizan la interrupción de un embarazo en países en donde el aborto es rechazado y penalizado se acompaña de complicaciones derivadas del procedimiento empleado como la perforación del útero, la hemorragia y la infertilidad a mediano plazo<sup>(4)</sup>. Un agravante de esto es cuando la mujer no cuenta con información suficiente que le permita identificar los signos de las complicaciones, situación que trae consigo a una búsqueda tardía de atención por temor, vergüenza o desconocimiento<sup>(2)</sup>.

El intento de interrumpir el embarazo ocurre bajo dos modalidades, de las cuales; en algunos casos se recurre a procedimientos modernos y seguros como la dilatación y legrado y la aspiración por vacío, y en otros, se emplean técnicas populares como la introducción vaginal de medicamentos, sustancias tóxicas u objetos (sondas o catéter, alambres, palitos de tejer, etc), caídas provocadas por las escaleras, golpes propiciadas por las mismas gestantes o por sus parejas, la ingesta de brebajes, hierbas o la toma de drogas abortivas naturales<sup>(5)</sup>.

Entre los diversos factores que se han estudiado que contribuyen al incremento del intento de interrumpir el embarazo pueden mencionarse: el antecedente previo de una interrupción del embarazo que conlleva a una conducta repetitiva, sobre todo en mujeres adolescentes y jóvenes, el no tener pareja estable, ser menor de 18 años, mujeres con escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, tener dos o más parejas (promiscuidad), el embarazo no deseado, la prostitución, la falta de atención prenatal, y el lugar de residencia<sup>(6)</sup>.

Mediante este estudio se conocerá la prevalencia del aborto en adolescentes en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes en el 2018, así como algunas características asociadas a este.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo y diseño de estudio:** descriptivo transversal.

**Población:** estuvo conformada por todas las pacientes con antecedente de embarazo atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo enero - diciembre - 2018.

**Criterios de selección:** pacientes que ingresen al servicio de ginecoobstetricia por diagnóstico de aborto

entre las edades de 14 - 19 años con diagnóstico de interrupción del aborto médico.

**Recolección de información:** fueron recolectadas las historias clínicas de pacientes ingresadas en el hospital durante el periodo establecido como diagnóstico de interrupción de la gestación.

**Variables de estudio:** fueron edad, procedencia, diagnóstico de ingreso, tratamiento, periodo hospitalario.

**Análisis estadístico:** la información se procesó de forma automatizada con el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para Windows, utilizando como medidas de resumen el porcentaje y frecuencia absoluta para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables numéricas.

**Aspectos éticos:** fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Particular de Chiclayo.

## RESULTADOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, en el año 2018 ingresaron 826 pacientes al servicio de ginecoobstetricia, de las cuales 515 por algún tipo de aborto, de las pacientes que abortaron ingresaron 73 pacientes entre 14-19 años considerados en la adolescencia según la OMS. En el estudio se encontraron los siguientes resultados. Hubo un total de 73 menores de 19 años que acudieron por algún tipo de aborto. Los datos demográficos son de donde provienen las pacientes adolescentes que han abortado con una mayor frecuencia a los distritos que predominaron fueron de Chiclayo (50,68%), La Victoria (8,22%) y José Leonardo Ortiz (9,59%). El diagnóstico de ingreso que predominó fue el aborto incompleto (76,71%), seguido de aborto frustrado (17,81%).

**Tabla N° 1: Características del aborto adolescente en un hospital de Chiclayo 2018.**

Características	N	%
Edad (Mediana-RIQ)	18	17-19
<b>Procedencia</b>		
Chiclayo	37	50,7
La Victoria	6	8,3
Otros	30	41
<b>Diagnóstico de ingreso</b>		
Aborto incompleto	56	76,71
Aborto frustrado	13	17,81
Aborto inevitable	1	1,37
Aborto retenido	3	4,11
<b>Tratamiento</b>		
Médico	3	4,11
Quirúrgico	70	95,89
<b>Operación</b>		
Aspiración manual endouterina	29	42,65
Legrado Uterino	38	55,88
Cesárea	1	1,47
Estancia hospitalaria	1,5	±0,9

En la Tabla N° 2, se muestra el promedio de las estancias hospitalarias y el tiempo según diagnóstico de ingreso, donde las que ingresaron por aborto inevitable tuvieron una demora de 3 días. En el tratamiento, las que ingresaron por tratamiento médico tuvieron menor estancia hospitalaria ( $p < 0,05$ ) y las que fueron sometidas a cesárea tuvieron más estancia hospitalaria (3 días).

**Tabla N°2: Promedio de la estancia hospitalaria por aborto adolescente según diagnóstico, tratamiento y operación en un hospital de Chiclayo 2018.**

Estancia hospitalaria	Media	Desviación estándar
<b>Diagnóstico de ingreso</b>		
Aborto incompleto	1,28	0,97
Aborto frustrado	1,5	0,81
Aborto inevitable	3	0
Aborto retenido	1,33	0,57
<b>Tratamiento</b>		
Médico	2,33	2,3
Quirúrgico	1,3	0,85
<b>Operación</b>		
Aspiración manual endouterina	1,1	0,5
Legrado Uterino	1,3	0,9
Cesárea	3	0,5

## DISCUSIÓN

En este estudio retrospectivo que se realizó en el 2018 en el Hospital Regional Docente las Mercedes en el que se estudiaron a 73 pacientes adolescentes, se vio que esta muestra correspondía al 14,17% del total de pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto. En el Hospital Dos de Mayo se realizó un estudio similar con similar con 71 casos<sup>(7)</sup>, en otro estudio se encontró que la prevalencia del intento de aborto fue de 13,9% en una población limeña, nuestros resultados muestran que la prevalencia del intento de interrumpir el embarazo fue 13,9%, cifra similar a lo descrito por Bernabé-Ortiz et al, que informó también el 13,6% de abortos inducidos en mujeres sexualmente activas<sup>(8,9)</sup>. Similares hallazgos tuvieron Bellizzi cuando encontró la prevalencia en aumento del aborto en Perú y Colombia rondaba el 15% mientras que en África decrecía a un 6%<sup>(10)</sup>. Esto nos da a entender que aproximadamente 1 de cada 7 mujeres gestando, tienen un aborto.

Se encontraron datos en el que la mayor procedencia de las pacientes era de los distritos de Chiclayo: Chiclayo (50,68%), José Leonardo Ortiz (9,59%), y La Victoria (8,22%) con una población en su mayoría urbana. Estos resultados se vieron en otro estudio que se llevó a cabo en una población de San Juan de Miraflores en el distrito de Pamplona Alta, una comunidad urbano marginal el 13,9% de las pacientes de la Micro Red Ollantay abortó<sup>(8)</sup>. En otro estudio se seleccionó las historias clínicas de las pacientes admitidas al servicio de Obstetricia del Hospital General Nacional Dos de Mayo con procedencia de los distritos limeños de La Victoria

(30,4%), y El Agustino (13%)<sup>(7)</sup>. Esto se debe a que quizás haya mayor acceso a la atención hospitalaria, otro punto importante es que las poblaciones urbanas son las que más abortan.

Los siguientes diagnósticos de ingreso de este estudio al hospital fueron: aborto incompleto (76,71%), aborto frustrado (17,81%), aborto inevitable (1,37%), aborto retenido (4,11%), estos factores son debido a un aborto inducido, en concordancia con el estudio de Aparicio en el que el 86,9% ingresaba por aborto incompleto, el 8,7% por aborto séptico, el 2,9% por aborto en curso y el 1,4% por aborto retenido<sup>(7)</sup>, mientras que en otro estudio llevado en un hospital nacional limeño se encontró que el diagnóstico de ingreso fue el siguiente: 67,1% por aborto incompleto, 14,8% por aborto infectado, 9,1 por aborto frustrado, 3,3% por aborto en curso, 0,8% por aborto completo y el 0,4 por aborto séptico<sup>(11)</sup>.

Los tratamientos que se dieron a las pacientes fueron médico (4,11%) y en su mayoría quirúrgico (95,98%), que se dividió en Aspiración manual endouterina (AMEU) (42,65%), Legrado uterino (LU) (55,88%) y Cesárea (1,47%) con una media de 1,5 días de estancia hospitalaria, difiere con el estudio de Acho que obtuvo los resultados siguientes: LU (97,2%), dilatación y curetaje (1,2%), laparotomía (1,2%) y en una histerectomía total por aborto séptico(11). En otro estudio de Pacaya Flores al 77% se les realizó aspirado manual endouterina (AMEU), con un tiempo quirúrgico de 15.22 minutos en promedio, estancia hospitalaria 1.3 días<sup>(12)</sup>.

En el tratamiento, las que ingresaron por tratamiento médico tuvieron menor estancia hospitalaria ( $p < 0,05$ ) y las que fueron sometidas a cesárea tuvieron más estancia hospitalaria (3 días), que se contrasta con el estudio de Acho que el 26,3 estuvo menos de un día, 49,8% entre 1-2 días, 19,8% entre 3-4 días y una paciente menor de edad con 76 días<sup>(11)</sup>, este último dato indica al igual que nuestro estudio que las pacientes de menor edad tienden a quedarse más tiempo en el hospital por las complicaciones que traen.

El aborto en Perú es ilegal, exceptuando cuando es la única opción para prevenir la muerte o el daño a la salud de la mujer. En esos casos, el aborto está regulado por una guía técnica aprobada en 2014, cuyo objetivo es mejorar el acceso a este procedimiento, aunque todavía no es ampliamente utilizado por los médicos peruanos<sup>(13)</sup>. Cuando son ilegales, los abortos a menudo se realizan de manera clandestina, lo que conduce a una gran inequidad, ya que las mujeres pobres tienen grandes dificultades para acceder a abortos seguros, lo que lleva a grandes diferencias en las tasas de complicaciones entre las mujeres pobres (29,7%) y las mujeres acomodadas (0,8%)<sup>(14,15)</sup> trayendo consigo consecuencias psicológicas<sup>(16)</sup> en las pacientes que lo

practican. Esta situación parece peor en las ciudades de la sierra y selva peruana, que tienen tasas de pobreza más altas y donde la incidencia anual de abortos inducidos es mayor que en las ciudades costeras 3.1% en las tierras altas, 4,4% en la selva y 2,4% en la costa<sup>(9)</sup>.

Entre las limitaciones que se encontraron el estudio fue que los datos no estaban estandarizados en el área de Gineco-obstetricia, eliminando por eso varios casos potenciales, asimismo hubo muchos datos faltantes en las historias clínicas de las pacientes lo que hace que no se tengan todos los datos y por lo tanto se tienen que eliminar del estudio a esas pacientes. Una de las fortalezas es que se estudió a lo largo de un año el aborto adolescente y algunas características relacionados a este. Se recomienda ampliar el estudio en años posteriores. Concluimos en que el aborto adolescente en un hospital de Chiclayo es del 14% es un problema de salud pública, ya que conlleva gasto hospitalario, bajas económicas.

**Conflictos de interés:** Los autores niegan conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kolodin SK, Rodríguez G, Alegría-Flores K. Asuntos de familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en mesoamerica Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. [Internet] 2015. [Citado el 02 de marzo del 2019] Disponible en <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13881/asuntos-de-familia-estudio-cualitativo-sobre-las-redes-sociales-durante-el>
- Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Benavides Casal ME, Sarmiento Benavides Z, Noorani Rozan AR. Termination of pregnancy in aggravated preeclampsia far from term and late appearance [Interrupción del embarazo en la preeclampsia agravada lejos del término y de aparición tardía]. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2015;41(1):13-22.
- Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Tisiana L. Riesgos en el embarazo adolescente. *Rev Posgrado la Via catedra Med.* 2006;153:13-17.
- Echeverría B. C, Serani M. A, Arriagada U. AM, et al. Consideraciones acerca de la "interrupción voluntaria del embarazo", desde el punto de vista ético-médico (A propósito de un proyecto de ley). *Rev Med Chil.* 2015;143(11):1478-1483.
- Donoso S E, Vera P-G C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(6):534-545.
- Malcolm AL, Rodríguez Cañete AR. Aborto provocado en la adolescencia. *MULTIMED.* 2015;19(4):5-18.
- Aparicio J, Ayal J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 1996;42(3):64-66.
- Tarqui-mamani y colaboradores. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2010;27(1):38-44.
- Bernabe-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *Can Med Assoc J.* 2009;180(3):298-304.
- Bellizzi S, Ali MM, Cleland J. Long-Term Trends in Reproductive Behavior Among Young Women in Four Countries, 1995-2009. *J Adolesc Health.* 2019;64(2):201-210.
- Acho S, Camposano D, Canova E. Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2005;51(2):100-104.
- Flores Pacaya JP. Prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y legrado uterino en el manejo de abortos en mujeres de 15 - 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016. [Tesis] Univ Nac la Amaz Peru. 2017. [Citado el 02 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/U NAP/4854>. Accessed January 8, 2019.
- Zafra-Tanaka JH, Merino-Garcia N, Taype-Rondan A. Poverty and abortion complications in Peru. *J Fam Plan Reprod Heal care.* 2017;43(1):80-81.
- Romero I. El Aborto Clandestino En El Perú: Una Aproximación de Los Derechos Humanos [Internet]; 2002. [Citado el 06 de enero del 2019]. Disponible en: [www.flora.org.pe](http://www.flora.org.pe).
- Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Rev Médica del Uruguay.* 2002;18(1):4-13.
- Fernandez-Diaz E. El aborto, ¿Una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas y morales. *Rev del Cuerpo Médico del HNAAA.* 2016;9(4):261-268.

### Correspondencia

Sebastian Iglesias-Osores.

Correo: [siglesias@unprg.edu.pe](mailto:siglesias@unprg.edu.pe)

### Revisión de pares

Recibido: 25/01/2019

Aceptado: 20/03/2019