

El aborto

Atención humanizada de sus complicaciones como estrategia para la disminución de la mortalidad materna

DR. MIGUEL GUTIÉRREZ-RAMOS

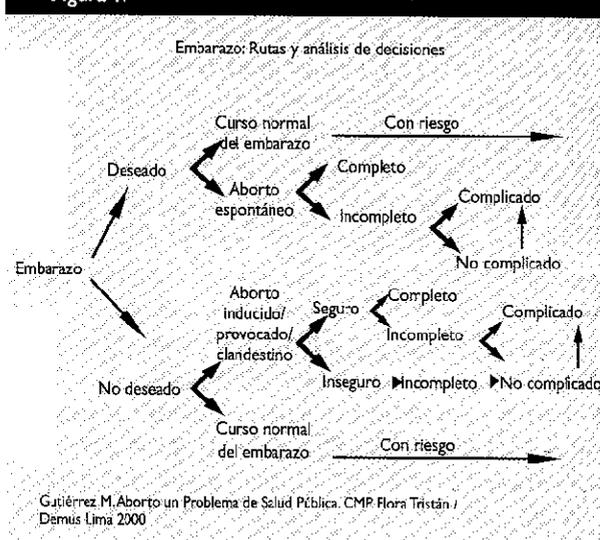
CONSIDERACIONES GENERALES

La mortalidad materna es un indicador muy importante en salud pública que permite conocer como se encuentra el sistema de salud de un país. A través de este indicador podemos conocer el esfuerzo que los países hacen para proteger la salud de las mujeres, ya que también la muerte materna es considerada como una expresión de la inequidad de género.

Las causas principales de muerte de las mujeres durante la etapa del embarazo, parto o puerperio son debidas en primer lugar a hemorragias que ocurren frecuentemente alrededor del período del parto; en segundo lugar a las complicaciones de la preeclampsia-eclampsia; en tercer lugar a las infecciones durante el embarazo o por una mala atención del parto; y a las complicaciones del aborto. Es importante reconocer que todas estas causas pueden presentarse en cualquier mujer gestante no importa la edad o paridad que tenga, que el 80% de las muertes que ocurren pueden ser evitadas, y que uno de los factores más importantes para evitarlas es la institucionalización del cuidado de la mujer gestante tanto en la atención de su gestación como en la de su parto.

El aborto, por definición, es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500 gramos y con una medida total de 20 centímetros o con una medida de la coronilla al coxis de 16,5 centímetros (CIE 10, 1992). En el Perú es importante reconocer que las complicaciones del aborto que ocasionan muertes maternas están relacionadas a procedimientos clandestinos e inseguros y su prevención no depende de un mejor control gestacional sino en gran medida de la prevención de la causa principal que es el embarazo no deseado (Figura 1). Por otro lado, la atención pronta en establecimientos de salud con capacidad resolutive adecuada, de las mujeres que presentan estas complicaciones, pueden evitar su muerte.

Figura 1.



Gutiérrez M. Aborto un Problema de Salud Pública. CMP. Flora Tristán / Demis Lima 2000

Las principales complicaciones del aborto que causan muerte materna se producen cercanamente al procedimiento de aborto, y están referidas frecuentemente a perforaciones uterinas, lesiones de órganos y vísceras huecas; hemorragias, infecciones graves, y otras que son debidas a procedimientos mal realizados o a las sustancias o elementos con las que se provocan el aborto como por ejemplo, sustancias jabonosas, palos de tejer, etc. Mientras que el número de muertes maternas que son debidas al aborto es una cifra mejor registrada, es muy difícil tener una cifra exacta en relación a los daños que son producidos en la salud reproductiva de las mujeres, y que producen infertilidad, dolor pélvico u otros problemas crónicos.

En nuestro país se estima que se producen cerca de 370 000 abortos inducidos cada año, que son producto de un 35% de embarazos no deseados, siendo un cifra que pese al incremento de la planificación familiar en los últimos 10 años no ha



podido disminuirse, y que por el contrario se ha incrementado poniendo en grave riesgo la salud de las mujeres peruanas.

Por otro lado, el alto costo económico generado no sólo a los establecimientos de salud sino también de las mujeres y sus familias, por los medicamentos e insumos, estancia hospitalaria, exámenes de laboratorio, aunado al costo social nos configura una situación en el Perú que presenta al aborto inducido como un grave problema de Salud Pública.

Para la implementación de estrategias que contribuyan a disminuir la muerte materna en el Perú relacionadas con el aborto, es importante el reconocimiento de parte del Estado de que el aborto inducido es un grave problema de salud pública en nuestro país, que ocurre en todas las regiones, en todas las edades, en todas las razas, que no existe un perfil definido de la mujer que aborta, que se ha incrementado en las mujeres adolescentes y que afecta a las mujeres más pobres. Por ello, es importante la prevención de embarazos no deseados a través de programas de educación donde se incorpore la educación sexual y se facilite a todos/as el acceso a metodología anticonceptiva, que lamentablemente en los últimos años sufrió un descenso significativo motivado por políticas inadecuadas. Por otro lado, se debe contar con una capacidad resolutiva adecuada en los establecimientos de salud para un manejo oportuno y rápido de las complicaciones que ocasiona el aborto.

CAUSAS DEL ABORTO

El aborto puede ser espontáneo o inducido. Los primeros tienen origen diverso, ocurren muchas veces al inicio de la gestación, como un proceso que responde a un mecanismo de selección natural cuando se presenta un error en la reproducción; en otros casos puede estar relacionado a cuadros infecciosos, alteraciones uterinas, etc. Este tipo de aborto es muy difícil de registrar, si bien tiene una definitiva influencia en la fecundidad. Se considera que se presenta en un 15% a un 30% del total de todos los embarazos siendo un porcentaje casi constante en la mayoría de la población en general y sobre el que no se puede intervenir mayormente.

El ser humano, produce muchas veces en forma voluntaria la interrupción de una gestación que fue concebida en forma accidental o no deseada. Esta forma voluntaria a través del aborto es muy antigua y aparece desde que el hombre descubre cómo y dónde se desarrolla la gestación y se siente capaz de interrumpirla.

Para comprender la naturaleza del aborto, es importante entender que tanto el embarazo como el aborto entrañan riesgos; y como hemos señalado, la presencia de un aborto puede estar vinculado al azar, o en otros casos la presentación del

aborto es una intervención voluntaria. Se tiene que entender el tema de la variabilidad individual; los seres humanos son todos diferentes. De modo que, un embarazo deseado y esperado puede devenir en un aborto espontáneo o también que un embarazo no deseado puede terminar en un parto de un niño deseado o no, dependiendo de las variables que acontezcan en ese momento.

Así, en la vida real, la libertad que tiene una pareja de tener hijos, nos lleva a aceptar el embarazo como un hecho consciente y deseado o que puede ser el resultado de un hecho fortuito o no deseado.

Se estima que en los países de América Latina entre un 40% a 60% de los embarazos no son planificados, siendo la mayoría no deseados aproximadamente la mitad de ellos acaban en un aborto. En el Perú el estudio de Ferrando (2002) estima que en el año 2000 de una cifra aproximada de un millón de embarazos que ocurrirían cada año, el 40% termina en nacimiento deseado, el 25% en nacimiento no deseado y el 35% en aborto inducido.

Las causas de que las mujeres no deseen el embarazo pueden ser de tipo social, económico, físico o de otra naturaleza, pero todas ellas son de carácter individual, y, por lo tanto, el peso o la importancia que se le dé dependerá única y exclusivamente de cada una de las mujeres. Entonces, es muy complejo saber qué lleva a las mujeres a decidir interrumpir una gestación, tendríamos que ponernos en la situación de cada una de ellas para entender las circunstancias a las que se enfrentan individualmente.

FRECUENCIA DE OCURRENCIA DEL ABORTO

En el mundo se estima que se producen 210 millones de embarazos cada año y se considera que más de una cuarta parte de la mujeres que quedan embarazadas tienen un aborto inducido o un nacimiento indeseado. En los países en vías de desarrollo se producen 182 millones de embarazos cada año y de ellos se estima que el 36% no son planificados y que el 20% terminan en aborto. En los países desarrollados, de los 28 millones que ocurren cada año el 49% no son planificados y el 36% terminan en un aborto (Alan Guttmacher Institute, 1999).

El 44% del total de abortos inducidos (20 millones) es ilegal y se practica, en su gran mayoría, en condiciones clandestinas e inseguras a menudo inducido por las mismas mujeres (The Alan Guttmacher Institute, 1999). La mayoría de esos abortos inseguros ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe se produce una quinta parte de los abortos que es realizada en condiciones de riesgo (Wulf, 1996 y OMS 1998).



Tabla 1. Estimación de los abortos inducidos en algunos países de América Latina

País	Año	Estimación del número de abortos inducidos	Proporción por cada 100 nacidos vivos	Tasa anual por cada 100 mujeres de 15-49 años
■ Brasil	1991	443 350	44	1,65
■ Colombia	1989	288 400	35	1,37
■ Chile	1990	159 650	55	4,54
■ México	1990	533 100	21	2,33
■ Perú	1989	271 150	43	5,19
■ República Dominicana	1992	82 500	39	4,37

Fuente: The Alan Guttmacher Institute (1994), Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana, Nueva York, Pág. 24

En el estudio de the Allan Guttmacher (AGI, 1994) se estimó el número de abortos inducidos anuales que ocurrirían en cada uno de los países (Tabla 1) y su proyección a toda América Latina: 4 millones anuales. Un estudio reciente en el Perú (D. Ferrando, 2002) muestra que en números absolutos el aborto clandestino se habría incrementado de 271 mil en el año 1990 a 352 mil en el año 2000, lo que significa haber pasado de una incidencia de abortos de 30% en el año 1990 a una de 35% en el año 2000.

CONSECUENCIAS DEL ABORTO INDUCIDO

A pesar de que no se tiene registros sobre la ocurrencia del aborto inducido en condiciones inadecuadas, es posible determinar cuales son sus complicaciones inmediatas y mediatas más frecuentes. Dentro de las primeras esta el aborto incompleto no complicado que se presenta en aproximadamente el 95% de los casos que llegan a los establecimientos hospitalarios (D. Ferrando. Programa de Atención Integral del Aborto Incompleto en el Perú. Documentación de la Estrategia Desarrollada e Implementada por el Minsa y Pathfinder International. Marzo, 2001) y que requieren de una atención inmediata para evitar poner en riesgo la salud de las mujeres y su fertilidad futura.

Muchas de las consecuencias podrían evitarse si pudiera brindarse una atención oportuna, eficaz y de buena calidad del aborto incompleto no complicado, lamentablemente no siempre es así y existe mucha posibilidad de pasar un aborto incompleto complicado; es decir, con presencia de fiebre, inestabilidad hemodinámica, que complica el manejo y que aumenta la posibilidad de dejar daños permanentes en la mujer.

En el mundo se producen unas 585 000 muertes maternas cada año; además, 64 millones sufren complicaciones del embarazo y del parto, y 20 millones tienen abortos peligrosos cada año (Mother Care Matters, 1997. OMS, 1998). Una expresión extrema del aborto es la muerte de las mujeres, que se presenta con mayor frecuencia en las regiones en vías de desarrollo (Tabla 2), y que en el mundo es responsable de 90 000 muertes maternas anuales. Así, el aborto ocupa uno de los primeros lugares en el mundo como causa de muerte materna.

En el Perú, el aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte (7.4%, Minsa 2002). Sin embargo, se considera que podría ser mayor el número registrado por esta causa, si se incluyera los casos de hemorragia e infecciones que son incluidas en otras categorías.

A pesar de la evidencia que existe acerca de la magnitud del aborto en la región latinoamericana, lamentablemente no se han planteado estrategias lo suficientemente efectivas para reducir los efectos que el aborto inducido tiene sobre la salud de las mujeres. Por ello, el aborto aún se encuentra entre las principales causas de muerte materna en Latinoamérica (OPS).

El riesgo de enfermar o morir es muy alto cuando se practica un aborto inducido en la región. Así se tiene que el 21% de las muertes maternas en Latinoamérica está relacionado con el aborto en condiciones de riesgo, comparado con el 13% en el África y el 12% en Asia (OMS, 1998. FNUAD).

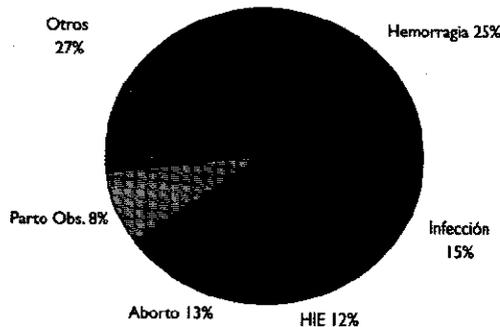
Tabla 2. Tasas de mortalidad por aborto: Estimaciones regionales, 1998

Regiones	Nº de muertes por 100 000 abortos
■ Desarrolladas	0,2-1,2
■ En desarrollo (excluyendo China)	330
■ África	680
■ Sur y Sureste de Asia	283
■ Latinoamérica	119

Fuente: The Alan Guttmacher Institute (1999), Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide, New York, P. g. 35



Figura 2. Causas de muerte materna en América Latina y el Caribe



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1996

MODELO DE UNA ATENCIÓN HUMANIZADA POST ABORTO PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Es indispensable identificar un Modelo de Atención Humanizada que considere tanto la prevención del embarazo no deseado como la atención con calidad de las complicaciones; que incorpore elementos necesarios para mejorar la capacidad de respuesta frente a otras emergencias obstétricas; que contribuya a disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad; y que contenga elementos fundamentales para su sostenibilidad. Su implementación y no sólo la introducción de una nueva tecnología le dará consistencia y continuidad al Modelo.

Para ello es necesario conocer la situación real de los servicios de salud, la capacidad resolutoria de los mismos considerando las competencias de los proveedores de los servicios, equipamiento, organización de los servicios. Es también importante reconocer que el acceso a los servicios es directamente proporcional a la situación socioeconómica y cultural de las personas para poder plantear un Modelo de Atención Humanizada Post Aborto dentro de una propuesta integral que enfrente los problemas de salud reproductiva, la mortalidad materna y específicamente las complicaciones ocasionadas por el aborto.

Para lograr un impacto de la intervención a mediano y largo plazo tenemos que tener en cuenta los determinantes socio-culturales que afectan la salud de las personas, y dentro de ellos las condiciones específicas de las mujeres, la inequidad de género.

El Modelo debe tener como marco el respeto a los derechos humanos específicamente los derechos sexuales y reproductivos considerando lo siguiente:

a) brindar una atención humanizada a las pacientes con un aborto incompleto que acuden a los establecimientos de salud del sector público, b) atender en forma ambulatoria (con LUI o con AMEU), para reducir el tiempo de estancia hospitalaria en los casos de aborto incompleto no complicado, c) disminución de los costos, d) capacitar en técnicas modernas para la atención del aborto incompleto (Aspiración Manual Endouterina) e) mejorar la calidad y la accesibilidad del servicio para la atención de las complicaciones del aborto incompleto complicado, f) integrar el servicio postaborto con el servicio de planificación familiar (orientación/consejería, información y distribución de métodos anticonceptivos) y con otros servicios de salud reproductiva (despistaje de cáncer ginecológico, infertilidad secundaria, ITS/sida), como elemento clave en el conjunto global de los cuidados postaborto.

Los componentes que se plantean y que se han implementado en varios establecimientos de salud del sector público son:

Atención Integral de las complicaciones del aborto

Referida a la atención de aquellas derivadas directamente por el aborto (aborto incompleto no complicado, aborto frustrado, gestación no evolutiva, aborto séptico, shock séptico e hipovolémico) y también de aquellas que afectan la salud reproductiva como las infecciones de transmisión sexual, violencia, infertilidad, y otros.

Entendida como la integración de los diferentes servicios, los que se ofrecen y ponen a disposición de las usuarias en función de sus necesidades específicas. Incluye la atención en el propio establecimiento o la derivación a otros niveles de atención.

En el mismo establecimiento debe ofertarse:

- Atención de las pacientes con aborto incompleto (no complicados).
- Atención de las pacientes con aborto complicado con inestabilidad hemodinámica (hemorragias o sepsis).
- Orientación/Consejería: antes, durante y posterior a los procedimientos.
- Planificación familiar postaborto.
- Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) Diagnóstico precoz de la infertilidad secundaria (abortos espontáneos).
- Identificación de problemas de violencia que estén afectando la salud reproductiva.

Los servicios que deberían considerarse para la derivación, en caso el establecimiento no esté en condiciones de atenderlo

- Atención de infertilidad.
- Atención (psicológica), que incluya también los casos de violencia.



Capacitación y adiestramiento continuo

De los profesionales que se encargan de la asistencia de las mujeres que acuden a los servicios en mención para lograr una atención de calidad debe ser un proceso permanente dentro del personal de salud. Incluye la sensibilización de los responsables de la gestión de los establecimientos, del personal administrativo y de los proveedores de servicio. La capacitación técnica podrá ser directa, en servicio, a través de pasantías, réplicas o a distancia.

Organización del servicio

Está referido a la normatividad que se establecerá para una atención de calidad en salud reproductiva mediante Manuales de Normas y Procedimientos, protocolos de atención para estandarizar los procedimientos, incluyendo el análisis de costo con el fin de garantizar el acceso universal. Se debe tomar en consideración la adecuación de la infraestructura en los casos necesarios, redistribución de equipos, integración del servicio de planificación familiar con la atención de emergencia.

Sistema de información

Es importante contar con un sistema de registro de las actividades, de los procesos y resultados para poder tener un criterio sólido en la toma de decisiones (SIP 2000).

Sistema logístico

Es necesario contar con los equipos, insumos e instrumental necesario para garantizar una atención de calidad.

Participación comunitaria

Es sumamente importante la participación de la comunidad en la identificación de prioridades en salud, planificación e implementación de las estrategias que el sector salud ofrece.

Se debe recordar que las muertes maternas son ocasionadas por las complicaciones severas del aborto. En el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), se atendieron 4 342 pacientes con complicaciones de aborto durante el año 2004. De ellas, el 96% fue atendido en forma ambulatoria con aspiración manual endouterina (AMEU), por ser abortos no complicados, y el 4% requirió hospitalización, para recibir tratamiento de las complicaciones infecciosas o hemodinámicas.

Como se ha mencionado, la mayoría de los casos de aborto incompleto no complicado (incluye abortos retenidos y anembrionados) se atiende en forma ambulatoria si es menor de 12 semanas. En los casos de complicaciones postaborto con inestabilidad hemodinámica por hemorragia o por sepsis o por perforación uterina o de vísceras huecas, la paciente es hospitalizada. Del total de pacientes que ingresan por sepsis a la Unidad de Cuidados Intensivos del IEMP un 36% tiene el diagnóstico de aborto séptico. Dentro del manejo considerado para estos casos se presenta el protocolo del IEMP:

Medidas generales

- Canalizar dos vías venosa con catéter N° 18 y 16.
- Iniciar fluidoterapia con: ClNa 0,9%, 1000 mL, a goteo rápido. Y mantener 60 gotas por minuto (180-200 mLh) y poligelina, 500 mL, a 60 gotas por minuto.
- Colocar sonda Foley con bolsa colectora de orina y controlar diuresis horaria.
- Oxígeno por catéter nasal a 6 litros por minuto.
- Si hay signos de inestabilidad hemodinámica o disfunción de órganos vitales, solicitar evaluación por médico de UCI materna.

Medidas específicas

- Antibioticoterapia por vía parenteral:
 - Amikacina, 1 g, EV, cada 24 horas.
 - Clindamicina, 600 mg, EV, cada 6 horas.
 - Ceftriaxona, 2 g, EV, cada 24 horas.
- Desfocalización
 - Legrado uterino o AMEU.
 - Laparotomía exploradora en caso de abdomen agudo quirúrgico.
 - El cirujano procederá de acuerdo a hallazgos.
 - En caso de sepsis con disfunción de órganos vitales o signos de choque séptico proceder histerectomía.

Criterios de alta

- Estabilidad hemodinámica.
- Estabilización del daño de órganos blanco.
- Ausencia de infección o signos de alarma (sangrado, fiebre, entre otros).

Se debe señalar, que de acuerdo a un estudio realizado el año 2001 (Nacional PAC Survey in Peru, V Huapaya), se encontró que no habían servicios de atención integral postaborto en 76 de 166 provincias evaluadas en el país (el total de provincias en el Perú es 194), lo que significa que aproximadamente 935,401 mujeres en edad reproductiva estarían viviendo en provincias sin servicios para atender de emergencia a las mujeres que presentaban una complicación del aborto, que podría llevar a una muerte materna. Es importante por lo tanto que, todos los profesionales de salud, sobre todo los que trabajan en el primer nivel de atención estén preparados para diagnosticar prontamente las complicaciones de un aborto (con participación de la comunidad) y poderlas estabilizar y referir en las mejores condiciones posibles a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria para la atención integral post aborto.



Sin embargo, enfrentar seriamente las complicaciones del aborto que causan las muertes maternas, nos debe llevar a reflexionar sobre cual es el motivo que lleva a una mujer a recurrir a un aborto inducido, inseguro con gran riesgo para su salud; y tenemos que reconocer que en la mayoría de los casos es el embarazo no deseado el gran culpable de ello. Entonces, la estrategia fundamental para que las mujeres de nuestro país, sobre todo las más pobres, no sigan muriendo o sufriendo complicaciones por el aborto es prevenir los embarazos no deseados, a través de la educación, de una sexualidad madura y responsable, del acceso universal a los métodos anticonceptivos y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con equidad de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Alan Guttmacher Institute. *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana*. New York and Washington. 1994.
2. The Alan Guttmacher Institute. *Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*, New York, 1999. Pág. 35.
3. Celade, Naciones Unidas. *La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?* Santiago de Chile, junio de 2003.
4. Chumbe O. Hemorragias en la Primera Mitad del Embarazo: Aborto, Ginecología y Obstetricia Pacheco-Romero J. Mad Corp SA. 1999. Lima, Perú, pp. 913-924.
5. Dixon D. *El Aborto en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe. Recopilación de hechos y recomendaciones para la toma de acción sobre el aborto en condiciones de riesgo*. Ipas, 2000.
6. Ferrando D. Programa de Atención Integral del Aborto Incompleto en el Perú. Documentación de la Estrategia Desarrollada e Implementada por el Minsa y Pathfinder International. Marzo, 2001.
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1986, 2000. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú.
8. Ferrando D. *El Aborto Clandestino en el Perú: Hechos y Cifras*, Centro para la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International. Lima, Perú. Marzo 2002.
9. FNUJAP. *Hojas informativas sobre aborto en condiciones de riesgo*, 1994.
10. Gutiérrez M. *Aborto un Problema de Salud Pública. Mortalidad Materna y Aborto inseguro Enfrentando la Realidad*, CMP Flora Tristán/DEMUS, Lima 2000, pp 16-29.
11. Gutiérrez M. *Planificación Familiar: Una estrategia para mejorar la salud de las mujeres*. Congreso Nacional "La Salud de la Mujer: Una Agenda Pendiente". Asociación Médica Femenina Peruana, Marzo 2002, pp 22-30.
12. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). *Macro Internacional (2001)*, Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, Lima Perú. Mayo.
13. IEMP, *Manual de Normas y Procedimientos de la Atención Obstétrica*, 1995 revisado 2003.
14. Ministerio de Salud del Perú. *Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales. "Marco Conceptual". Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*. Lima, 1996
15. Ministerio de Salud del Perú. *Dirección General de Salud de las Personas. Plan Nacional Para la Reducción de la Muerte Materna*, Lima 2004.
16. *Manual Vacuum Aspiration for Treatment of Incomplete Abortion*. Solter C, Millar S, Gutiérrez M, Pathfinder International, September 2000.
17. OMS/OPS. *Manejo clínico de las complicaciones del aborto, una guía práctica*. Washington D.C. Febrero, 1996.
18. OMS. *Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10)*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1992.
19. OMS. *Aborto Inseguro. Estimados Globales y Regionales*. Ginebra. 1998.
20. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Seminario Internacional "Responsabilidad de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna"*. Relato Final. Lima, Perú, 26 y 27 de enero, 1998.
21. Tang L. *La Realidad sobre el Aborto Espontáneo*. Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima). Lima, Perú. 1997.
22. Távara L. *El Aborto como Problema de Salud Pública en el Perú*. *Ginecol Obstet (Perú)* 2001; 47(4):250-254.
23. Huapaya V, y col. *Results of a National Postabortion Care Service Survey in Peru*. Ipas 2001.