

# ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ABORTO Y SUS REPERCUSIONES EN SALUD PÚBLICA

Luis Távara<sup>1</sup>, Lic. Luis Orderique<sup>2</sup>

*Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50: 176-180*

## INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista médico, aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso. Puede ser espontáneo o inducido. El aborto espontáneo o interrupción natural del embarazo se produce aproximadamente en 10 a 15% de todos los embarazos y aunque suele requerir tratamiento u hospitalización, no ocasiona muerte o en todo caso la ocasiona con menos frecuencia que el aborto provocado en condiciones de inseguridad<sup>(1)</sup>.

La palabra aborto trae consigo una serie de imágenes y controversias. Ante este vocablo, una gran parte de la gente tiende a reaccionar de una manera emocional y frecuentemente con poca racionalidad.

Se dice que el aborto ha existido siempre y tal vez fue el primer método de regulación de la fecundidad<sup>(2)</sup>. Existen datos históricos que refieren que el control de la fertilidad abarca más de 4 mil años y se ha encontrado fórmulas abortifacientes en antiguos textos médicos chinos que datan de hace más de 3000 años a. de C.; y, en 5 papiros egipcios que van de 1900 a 1100 años a. de C., se ha hallado recetas para anticonceptivos y abortivos<sup>(3)</sup>.

Los médicos y médicas desde épocas inmemoriales se han visto involucrados en el tema. De 22

médicos de la época grecorromana, 15 describían abortifacientes y 12 anticonceptivos. Se dice que Aristóteles, Galeno, Dioscórides, Plinio, Soranus y otros presentaron listados de anticonceptivos, abortifacientes y emenagogos. Agnodice, médica ateniense que vivió en el siglo IV a. de C., era diestra en practicar abortos y Aspasia, médica grecorromana, que vivió entre el siglo II o III a. de C., también escribió sobre anticonceptivos y abortifacientes<sup>(3)</sup>.

Conforme decimos líneas arriba, el aborto provocado fue el método de control de la fecundidad más antiguo y probablemente el más utilizado. Sin embargo, como toca a los principios religiosos y morales más arraigados, pocas sociedades son capaces de considerar desapasionadamente los aspectos sanitarios del aborto que afectan predominantemente a la mujer<sup>(4)</sup>.

El aborto inseguro, es decir, la interrupción del embarazo efectuada o atendida por personas sin capacitación o experiencia, y las consecuencias que se derivan de dicha interrupción, son importantes causas de mortalidad y morbilidad entre las mujeres en edad reproductiva<sup>(5)</sup>.

Luego de una búsqueda bibliográfica, el presente trabajo intenta revisar el problema del aborto inducido en el Perú, precisar sus implicancias en términos de salud pública, así como hacer algunas recomendaciones en cuanto a cómo enfrentar el tema.

1. Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

2. Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora





Llama la atención que en la bibliografía nacional de los últimos diez años, aparte de lo publicado por Alan Gutmacher Institute en 1994 y por Delicia Ferrando en 2002, sólo contamos con 4 publicaciones en relación al tema en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, realidad que obliga a ponerle mayor interés al estudio del aborto inducido

### El aborto en el mundo

La OMS reporta que cada minuto en el mundo tienen lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados y 158 embarazos no deseados. Del mismo modo reporta que anualmente en el mundo ocurren 50 millones de abortos inducidos; más de la mitad de los mismos se da en países en vías de desarrollo y generalmente en forma precaria. Más de 75 000 de las 585 000 muertes maternas anualmente son consecuencia de abortos inseguros y en América Latina los abortos causan en algunos países hasta el 30% de la mortalidad materna. Dramáticamente se estima que 5 millones de adolescentes tienen abortos cada año en el mundo y aproximadamente la mitad de éstos representan un serio peligro para la salud y la vida de estas jóvenes<sup>(1)</sup>.

### El aborto y la muerte materna

La OMS también reporta que cada minuto ocurre en el mundo una muerte como complicación del embarazo, parto o puerperio. Igualmente cada minuto ocurren 105 abortos, 35 abortos inseguros y una muerte materna cada tres minutos a consecuencia de complicaciones del aborto.

En una publicación nuestra encontramos que el aborto a nivel nacional causó el 16,3% del total de las muertes maternas registradas en 31 hospitales (Figura 1)<sup>(6)</sup>.

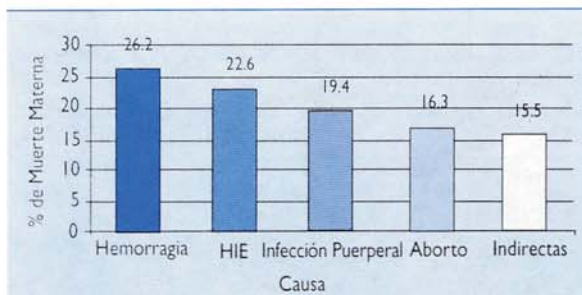


Tabla 1. Muerte materna en el Perú (31 hospitales)

Cuando se examina la mortalidad materna por aborto se puede verificar que los abortos ilegales tienen mayor posibilidad de ser inseguros y causar muerte. En los países en donde el aborto es legal (seguro), la tasa de muerte materna es casi 0,6 por 100 mil abortos. En cambio, en los países en donde el aborto es ilegal, la tasa de muerte materna es 1 000 por cada 100 mil abortos, conforme lo veremos más adelante.

### Frecuencia del aborto en el Perú

No es fácil hacer precisiones en torno a la frecuencia del aborto en el país, por las múltiples consideraciones que ello tiene. Las publicaciones a nivel de hospitales tienen validez estadística poco precisa para hacer mediciones a nivel nacional; por ello, es mejor investigar el tema a nivel de población, según diferentes metodologías descritas<sup>(7,8)</sup>.

La Tabla 1 resume las cifras encontradas en el Perú según estudios desde la década del 60<sup>(9-12)</sup>. Sin embargo, creemos que las frecuencias reportadas desde los establecimientos de salud no expresaron aún la verdadera magnitud del problema, puesto que el estudio de The Alan Gutmacher Institute<sup>(13)</sup> publicado en 1994, utilizando una metodología diferente a la aplicada a nivel de instituciones hospitalarias, reveló que los abortos en el Perú representan aproximadamente la tercera parte del total de embarazos. Más adelante, en 2002 y 2004, Ferrando<sup>(14,15)</sup> aplica de nuevo la metodología de la anterior referencia y reporta cifras más preocupantes a nivel nacional.

### El aborto inducido es producto del embarazo no deseado

El embarazo no deseado por la mujer es más frecuente de lo que podamos imaginar y ocurre como consecuencia de<sup>(15)</sup>:

Tabla 1. Frecuencia del aborto en el Perú

Año	Autor	Frecuencia
• 1965	Hall	17%
• 1978	Ludmir y col	18%
• 1980	Minsa	14%
• 1992	Tang y col	13,5%
• 1994	Instituto Alan Gutmacher	> 300 000 al año
• 2002	Ferrando D	351 813 al año
• 2004	Ferrando D	410 000 al año



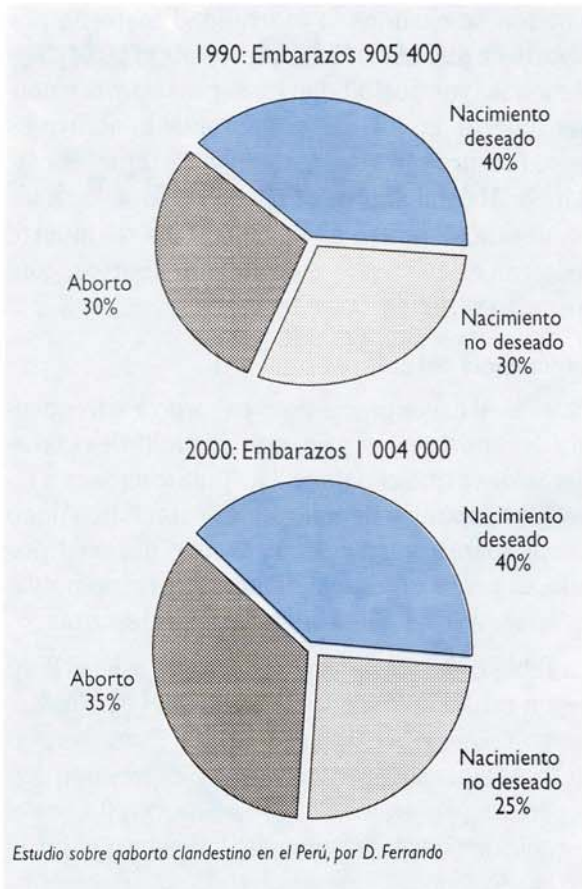


Figura 2. Embarazos no deseados en el Perú

- Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.
- Falta de recursos económicos o emocionales para el cuidado del niño, por parte de la mujer.
- Riesgo de perder oportunidades para la educación o el empleo.
- Riesgo de enfermar.
- Relación abusiva por imbalance de poder dentro de las relaciones sexuales y sociales.

En la Figura 2 se aprecia que, al año 2000, el 60% de los embarazos que anualmente ocurren en el Perú es no deseado, de los cuales el 35% termina como aborto inducido<sup>(15,16)</sup>. Estos datos concuerdan con los hallazgos de ENDES 2000<sup>(17)</sup>.

### Repercusiones del aborto inducido en términos de salud pública

Luego de la publicación de Ferrando<sup>(15)</sup>, hoy en día sabemos que de cada 100 mujeres que se realizan

Tabla 2. Aborto en el Hospital María Auxiliadora

Año	Frecuencia por 1 000 NV
• 1990-1996	275
• 1997-2000	272
• 2001-2003	289

un aborto provocado en el Perú, sólo una cifra próxima al 14% se hospitaliza finalmente, para resolver algún tipo de complicación.

El aborto en el Cono Sur de Lima acusa una de las más altas frecuencias en el Perú, pero es muy difícil separar qué proporción corresponde a la presencia de aborto provocado. Tabla 2<sup>(18-20)</sup>.

Durante los tres primeros períodos anotados en la tabla siguiente, encontramos que el aborto séptico, una de las complicaciones más frecuentes del aborto inducido, representó una proporción importante y a la vez en aumento; sin embargo, esta complicación se reduce drásticamente en el último período, cuya explicación pudiera estar en deficiencias en los registros, la concurrencia más temprana al hospital de las víctimas de aborto o el presunto rol que puede estar jugando el aborto inducido por métodos médicos; en este caso, a consecuencia del uso del misoprostol<sup>(18-20)</sup>. Ver Tabla 3.

Tomando como punto de corte el año 1990, se observa que el aborto séptico aumentó significativamente ( $p < 0,05$ ) después de ese año, en las mujeres en los extremos de la vida reproductiva. En las adolescentes pasó de 7% a 12,6% y en las mujeres mayores de 35 años, de 10,5 a 17,5%. Esto se interpreta como un deseo de las mujeres de limitar el número de hijos porque tal vez advierten los riesgos que representa un embarazo en estas edades.

Tabla 3. Frecuencia del aborto séptico en el Hospital María Auxiliadora

Año	Frecuencia sobre el total de abortos
• 1988-1989	12,0%
• 1990-1996	16,7%
• 1997-2000	25,6%
• 2001-2003	10,0%





El aborto séptico representa la localización inicial de una infección a nivel del endometrio; sin embargo, en las mujeres estudiadas por nosotros, en una proporción importante de casos la infección se extendió a otros órganos, lo que puso en riesgo mayor a las portadoras de esas complicaciones. Esto lo podemos evidenciar en la Tabla 4, que incluye 1088 casos de aborto séptico<sup>(19)</sup>.

En la misma experiencia que estamos examinando pudimos observar que el aborto séptico representó una necesidad de estancia hospitalaria significativamente mayor que el aborto no complicado. Del total de abortos sépticos, sólo 14,6% necesitó una estancia hospitalaria menor de 3 días; el 63,9% requirió un internamiento de 3 a 7 días y 21,5% prolongó su hospitalización en más de 7 días. Estos hallazgos evidentemente representan la necesidad de mayores gastos a las personas usuarias y a los propios establecimientos de salud.

En la Tabla 5 podemos comprobar que la razón de muerte materna por aborto representó una cifra de 60,5 por 100 mil nacidos vivos. Cuando analizamos la muerte materna relacionada al total de abortos, veremos que la cifra fue 0,2%; y, si la relacionamos sólo con los abortos sépticos, encontramos que por cada 100 casos se muere una mujer; esto quiere decir que, si admitimos que los casos infectados responden a aborto inducido, la tasa de muerte materna es casi 1 000 por cien mil abortos, que concuerda con el comentario realizado en páginas anteriores.

Como en todo caso de muerte materna, la defunción causada por un aborto produce consecuencias sociales: orfandad, destrucción del núcleo familiar y pérdida de la fuerza laboral, al tratarse generalmente de una mujer joven que muere.

**Tabla 5. Mortalidad materna por aborto**

• Total de abortos	5,935
• Total de abortos sépticos	1,088
• Total de muertes maternas	49
• Muertes maternas por aborto	12
• Razón de muerte materna por aborto	60,35 por 100 mil nv
– Sobre el total de abortos	0,2%
– Sobre el total de abortos sépticos	1,1%
– Sobre el total de muertes maternas	24,5%

El aborto séptico no sólo causa muerte materna. Se reporta que un número bastante mayor de mujeres queda con profundas huellas sobre su salud física, mental y en su comportamiento sexual y reproductivo, como depresión, ansiedad y miedo cuando el aborto ocurre en condiciones traumáticas, infección pélvica crónica, disfunciones sexuales y esterilidad<sup>(1,18)</sup>. Nosotros pudimos advertir que 10,5% de las mujeres que fueron tratadas por aborto séptico fueron necesariamente sometidas a histerectomía, lo cual evidentemente las imposibilitó de gestar en el futuro, amén de que muchas de ellas tuvieron menopausia quirúrgica como consecuencia de la resección de los ovarios, debida a compromiso infeccioso de las gónadas.

Así como discutimos las repercusiones del aborto, del mismo modo es necesario advertir que el embarazo no deseado, además de precipitar un aborto, es capaz de condicionar suicidio u homicidio, cambios en el perfil demográfico, necesidades básicas insatisfechas en los niños, consecuencias físicas, emocionales y sociales en los niños y adolescentes, violencia familiar, niños abandonados en la calle y delincuencia juvenil.

## COMENTARIO FINAL

De lo que hemos venido comentando, podemos concluir que el aborto en malas condiciones es muy frecuente, sigue cobrando un enorme tributo en vidas humanas y en complicaciones que se extienden a lo largo de la vida de las mujeres. Pero, las repercusiones del problema no se limitan a las mujeres, sus familias y la comunidad médica, sino que se extienden a todos los sectores de la sociedad. Por todo ello, constituye un grave problema de salud pública.

Existen condiciones que obligan a las mujeres a exponerse a los riesgos del aborto inducido y hay factores que inducen a la sociedad a colocar barreras para la atención que necesitan estas mujeres. Por tanto, será necesario entender mejor lo que significa el embarazo no deseado, que es finalmente el responsable del aborto provocado.

En torno a este comentario, para reducir los daños que representa el aborto inducido nos permitimos recomendar lo siguiente:



- Prevenir el embarazo no deseado, lo cual ocurrirá sólo si se establece políticas de educación y salud con programas de planificación familiar seguros, aceptables y variados, dirigidos a atender las necesidades de las mujeres. Esto incluye la incorporación de la anticoncepción oral de emergencia.
- Humanizar el manejo del aborto.
- Reducir la posibilidad que los abortos complicados ocasionen muertes o complicaciones graves.

La reducción de muerte materna debida al aborto registrada en los últimos años en Chile, es atribuida a la reducción de la fecundidad y al mejor manejo de las complicaciones del aborto. Sin embargo, no se desestima el rol que puede estar jugando el aborto inducido médicamente con el uso del misoprostol<sup>(21)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra: OMS. 1993: 152p.
2. Ragab M. Menstrual regulation: Its effect on family planning. Papers presented at the medical management of effects of contraceptive failure conference. Cairo Family Planning Association. Cairo, Egypt, April 1984, pag 9.
3. Hurst J. La historia de las ideas sobre el aborto. Montevideo: Católicas por el derecho a decidir. 1992.
4. Royston E, Armstrong S, eds. Prevención de la mortalidad materna. Ginebra: OMS. 1991.
5. OMS. Abortion: a tabulation of available data, 2ª Ed. Geneve: OMS. 1993.
6. Távara L y col. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Ginecol Obstet (Perú) 1999; 45(1): 38-42.
7. Zamudio I, Pubiano N, Wartenberg L. Representatividad, confiabilidad y significación: problemas prácticos de la investigación sobre aborto. En: Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y El Caribe. Determinantes del aborto y factores asociados. Santa Fe de Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1994.
8. Ointo MTA, Moreira-Filho D. Estimativa de aborto inducido: comparacao entre duas metodologias. Rev Panam Salud Publica 2004; 15(5): 331-6.
9. Hall F. Planificación en Lima, Perú. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. 1966: 1-3.
10. Ludmir A. Problemas diagnósticos en el conocimiento de la realidad peruana sobre el aborto séptico. Memorias del VII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Quito-Ecuador, 1973: 1206-34.
11. Ministerio de Salud. El aborto en establecimientos de salud del país. Lima-Perú. 1980: 57p.
12. Tang L y col. El aborto en el Perú. Ginecol Obstet (Perú) 1992; 38(13): 78-81.
13. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute. 1994: 32p.
14. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú, hechos y cifras. Lima: CMP Flora Tristán-Pathfinder Internacional 2002; 33.
15. Ferrando D. Nuevas evidencias sobre el aborto clandestino en el Perú 2004. En prensa.
16. INEI-UNFPA. Estado de la población peruana. The Alan Guttmacher Institute 1997.
17. INEI. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Lima-Perú: INEI, Mayo 2001.
18. Chumbe O y col. Aborto séptico en adolescentes. Ginecol Obstet (Perú) 1998, 44(2): 118-23.
19. Chumbe O, Távara L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. Ginecol Obstet (Perú) 1994; 40(1): 49-59.
20. Hospital María Auxiliadora. Estadísticas del Departamento de Ginecoobstetricia, 2004.
21. Donoso E. Reducción de la mortalidad materna en Chile 1990-2000. Rev Panam Salud Pública 2004; 15(5): 326-30.