

Consejería y anticoncepción post aborto

Dr. MOISES HUAMAN

Generalidades

Se calcula que en el mundo se producen 150 millones de embarazos al año, originando un riesgo de morir a la madre que difiere sustancialmente con los niveles de vida de cada población. Es así que, en el África, muere una mujer por cada 24 embarazos, en América Latina una por cada 90 y, en países desarrollados, una por cada 1750 embarazos^(1, 10).

Es imposible conocer el número exacto de abortos, sobre todo por el inmenso subregistro de los abortos inducidos, más evidente en los países que penan ese procedimiento; pero, se calcula que al año se induciría alrededor de 60 millones de abortos a nivel mundial; de ellos, 3,5 millones suceden en América Latina^(1, 12).

En el Perú, es más difícil conocer la amplitud del aborto ilegal, hay cifras oficiales que fluctúan alrededor de 150 a 170000 por año, cálculos hechos por datos indirectos, como son las hospitalizaciones codificadas como complicaciones del aborto^(2,3,6). Sin embargo, con una metodología que podría ser más cercana a la realidad, obtienen cifras de 271 mil por año⁽⁵⁾, lo que evidencia la magnitud de este problema de salud pública, más si está demostrado que el aborto en nuestro país sería la primera causa de muerte materna registrada en hospitales⁽³⁾. Datos recientes refieren que de dos embarazos, uno termina en aborto clandestino o ilegal⁽⁵⁾.

El embarazo no deseado en nuestro país, estaría entre el 50 al 60% de todas las gestaciones, originándose en ellos los abortos ilegales^(5,8).

Es conocido que los embarazos no deseados suceden mayoritariamente en mujeres que no usan anticoncepción, usan métodos inseguros o carecen de la información adecuada para el uso de métodos modernos^(2,5, 8,13,14). En base a estos hechos, es claro que una de las estrategias básicas para reducir el

aborto ilegal es disminuir los embarazos no deseados. Son diferentes las líneas de acción que cubrirían estos objetivos, siendo de significación el componente educativo y de información sobre salud reproductiva y educación sexual, que permita a la mujer y la pareja tomar una decisión más adecuada de su sexualidad, superando el miedo y el rechazo a tratar la problemática sexual desde el hogar, el colegio, la comunidad, liberando barreras socio-culturales tan fuertes como el machismo, que se contraponen con la realización integral de la mujer.

La mujer que tiene que vivir la traumática experiencia del aborto^(2,4,9) es un terreno fértil para la consejería y asesoramiento en riesgo reproductivo y anticoncepción, pudiendo convertir su experiencia en una enseñanza que guiará su conducta futura y que podría convertirla en un agente de cambio en su comunidad. La asesoría tiene que ser seria y objetiva, considerando el pensamiento propio de la mujer y la pareja. Pero, fatalmente, ésta podría tener poco significado sino mejoran los servicios sociales para la mujer^(1,6), considerando que los abortos ilegales tienen múltiples factores determinantes, como causas socio-económicas y culturales, deficiente información en salud reproductiva y sexualidad, difícil acceso a los servicios de planificación familiar. Debemos ser amplios en nuestros mensajes, tratando de cubrir la mayor parte de aristas de esta problemática.

A la mujer que aborta y su pareja, debemos individualizarlos para la consejería en anticoncepción. En general, se puede informar y aconsejar cualquier método que evite el embarazo en quienes así lo deciden:

- Métodos modernos: Anticonceptivos hormonales (orales, inyectables, implantes, etc), DIU, métodos de barrera, espermicidas y anticoncepción quirúrgica voluntaria (oclusión tubaria bilateral o

vasectomía), -indicada como prevención en el alto riesgo reproductivo.

- Métodos tradicionales: Ogino Knaus (ritmo), temperatura basal, Billings y la abstinencia sexual.

La consejería se orientará de acuerdo a una serie de variables, como la edad de la mujer, número de hijos, condiciones de pareja, enfermedades asociadas, alteraciones orgánicas o funcionales del área ginecológica, condiciones del aborto, posibilidades de control posterior, etc. No hay métodos, sino pacientes^(1,4,7,10,11).

Los anticonceptivos orales podrían ser de gran utilidad. Pueden ser usados desde el primer ciclo post aborto. Son eficaces y seguros, ayudan a regenerar el endometrio, pueden ser usados por largo tiempo, regulan el ciclo sexual, son reversibles, protegen de problemas cardiovasculares y osteoporosis en mujeres peri-menopáusicas, tienen escasos efectos secundarios y contraindicaciones. Más de 8,5 millones de mujeres de América Latina utilizan los anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos hormonales inyectables o implantes, como el norplant, también tienen su lugar en el post aborto, son prácticos porque eliminan la toma diaria, protegen por largo tiempo, son seguros y reversibles, protegen a la mujer perimenopáusica, y sus efectos colaterales no son frecuentes.

El dispositivo intrauterino (DIU) es igualmente seguro, puede colocarse luego del legrado uterino, descartando infección o alteraciones orgánicas del útero, permite larga protección (3 a 5 años para la T Cu 380) impide sinequias del endometrio, es reversible, tiene escasas contraindicaciones, la mayoría de ellas relativas.

En mujeres que han completado el número deseado de hijos o que tienen alto riesgo reproductivo puede hacerse mayor hincapié en la consejería de métodos definitivos, como la ligadura de trompas y la vasectomía, procedimientos simples, ambulatorios, con escasas y pasajeras complicaciones, que deberían estar al alcance de la población, considerando que el 64% de mujeres en edad fértil unidas ya no desean tener nunca más hijos⁽¹⁴⁾.

En determinados casos, podría realizarse la AQV luego del legrado uterino a través de minilaparotomía

o colpotomía.

En la mujer que abortó espontáneamente y desea gestar al poco tiempo, puede recomendársele métodos tradicionales, con una adecuada información, ya que es preferible evitar el embarazo, por lo menos en los tres meses siguientes.

La anticoncepción es una importante estrategia en la lucha contra el mayor enemigo de la mujer en edad fértil, el aborto; pero debe ser considerada como parte de la política integral de salud en la que la comunidad debería tomar parte activa.

El aborto sigue siendo un grave y polémico problema en los países que lo han despenalizado; como evidencia de ello citamos a Callaham, en EEUU⁽¹⁾: "A menudo el aborto es una solución barata a problemas sociales profundos y mucho más atractiva para ocultar la toma de decisiones; pretender que las mujeres pobres disponen de opciones significativas es falso. El aborto nunca será alternativa de una política integral".

Referencias Bibliográficas

1. Callaham D, Debate sobre el aborto: ¿puede curarse esta enfermedad pública crónica? *Clinicas Obstet y Ginecol* 1992: 741.
2. Cardich R, Carrasco F, Visiones del aborto. Ed. Saywa, Lima, 1993, p. 113.
3. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú, 1988 p. 62.
4. Chervenak F, Mc Culloch L, ¿Qué es la ética obstétrica? *Clin de Obstet y Ginecol*. 1992, p. 39.
5. Ferrando D, Aborto clandestino en el Perú, 1994.
6. Gonzales R. El aborto en el Perú: Problema de salud. *Soc Peruana de Obstet y Ginecol*. 1993, p. 39.
7. Grimes D. ¿A dónde va el dispositivo intrauterino? *Clin Obstet y Ginecol*. 1989, p. 357.
8. Huamán M, Pacheco J. Embarazo no deseado y aborto ilegal, *Rev Ginecología y Obstetricia*. 1983, 139, 67.
9. Kleiman L. *Boletín médico del IPPF* 23:1, 1989.
10. Parker K. Anticoncepción para los años de transición de las mujeres mayores de 40 años de edad. *Clin Obstet y Ginecol*. 1992, 809.
11. Peterson H, Lee N. Efectos de los anticonceptivos orales sobre la salud. *Clin Obstet y Ginecol*. 1989, 329.
12. Távara L, Mimbela J, Núñez M. Manejo ambulatorio del aborto, *Rev Ginecología y Obstetricia*, 1992, 38:17.
13. Tang L, y col. El aborto en el Perú. *Rev Ginecología y Obstetricia*. 1992, 38:78.
14. INEI. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 91-92 Perú.