

EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ

Luis Távara

INTRODUCCIÓN

La palabra aborto trae consigo una serie de imágenes y controversias. Ante este vocablo, una gran parte del público tiende a reaccionar de una manera emocional y frecuentemente irracional.

Desde el punto de vista médico, aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el niño alcance 500 gramos de peso. Puede ser espontáneo o inducido¹.

Se dice que el aborto ha existido siempre y tal vez fue el primer método de regulación de la fecundidad². Existen datos históricos que refieren que el control de la fertilidad abarca más de 4 mil años. Así, se ha encontrado fórmulas abortifacientes en antiguos textos médicos chinos que datan de hace más de 3000 años AC; y en 5 papiros egipcios que van de 1900 a 1100 años AC se ha hallado recetas para anticonceptivos y abortifacientes³.

Los médicos 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. Las mujeres médicas de Grecia y Roma antigua también contribuyeron al tema. Agnodice, médica ateniense que vivió en el siglo IV AC, era diestra en practicar abortos. Aspasia, médica grecorromana, que vivió entre el siglo II o III AC, escribió sobre anticonceptivos y abortifacientes³.

Presidente de la Sociedad Peruana de Fertilidad Matrimonial

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 afecta predominantemente a la mujer⁴.

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 sin condiciones de seguridad¹. Sin embargo, 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 reproductiva⁵.

El presente trabajo intenta revisar el problema del aborto en el Perú a punto de partida de los datos publicados, precisar los resultados con relación a sus complicaciones, así como hacer algunas recomendaciones en cuanto a cómo enfrentar el tema.

EL ABORTO EN EL MUNDO

La OMS nos revela que cada minuto en el mundo tienen lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados y 158 embarazos no deseados. Del mismo modo, OMS nos reporta¹ 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 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 representa un serio peligro para la salud y la vida de estas jóvenes.

EL ABORTO Y LA MUERTE MATERNA

La OMS 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, en el ámbito nacional, causó 16,3% del total de las muertes maternas registradas en 31 hospitales (Figura 1)⁶.

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 1000 por cada 100 mil abortos.

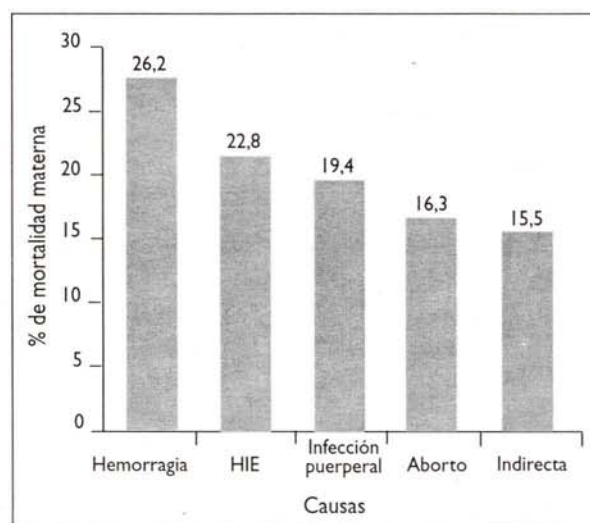


Figura 1. Mortalidad materna en el Perú.

FRECUENCIA DEL ABORTO EN EL PERÚ

En publicaciones anteriores hemos expresado lo difícil que resulta precisar cifras en torno a la frecuencia del aborto en el país, por las múltiples consideraciones que ello tiene^{7,8}.

En la década de los 60, Hall⁹, utilizando una metodología de encuesta, pudo determinar que la tasa de aborto en la ciudad de Lima fue 17%. En la década de los 70, Ludmir¹⁰ hizo una investigación epidemiológica en Lima y otras ciudades del país, concluyendo, a través de una proyección, que la tasa de aborto en el ámbito nacional fue 18%. En la década de los 80, el Ministerio de Salud¹¹ publicó una investigación epidemiológica llevada a cabo en los establecimientos de salud públicos y privados en el ámbito nacional y se determinó que la tasa de aborto en el Perú era 140 por mil nacidos vivos. Más recientemente, en la década de los 90, Tang¹², en un estudio llevado a cabo en Lima y otras ciudades del interior, concluyó que la tasa de aborto en el ámbito nacional fue 13,5%.

Sin embargo, creemos que las cifras reportadas no expresan aún la verdadera magnitud del problema, puesto que el estudio de *The Alan Gutmacher Institute*¹³ publicado en 1994 reveló que los abortos en el Perú representan aproximadamente la tercera parte del total de embarazos. Esta última consideración se acerca más a la realidad y es concordante con los hallazgos nuestros en el Cono Sur de Lima¹⁴. Tabla 1.

A partir de esta última fecha, no tenemos más información de lo que ocurre con la frecuencia del aborto en el país.

Tabla 1. Frecuencia del aborto en el Perú.

Año	Autor	Frecuencia
• 1965	Hall	17,0%
• 1978	Ludmir y col	18,0%
• 1980	MINSA	14,0%
• 1992	Tang y col	13,5%
• 1994	Instituto Alan Gutmacher	> 300 000 al año



EL ABORTO COMO PRODUCTO DEL EMBARAZO NO DESEADO

El embarazo no deseado por la mujer es más frecuente de lo que podamos imaginar y ocurre como consecuencia de¹⁵:

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

En la Figura 2 podemos apreciar que 60% de los embarazos que anualmente ocurren en el Perú son no deseados, de los cuales 30% terminan como abortos inducidos¹⁶. Estos datos concuerdan con los recientes hallazgos de ENDES 2000¹⁷.

Igualmente, si se examina la Tabla 2, obtenida de la publicación de Tang y col¹², se observa que las mujeres entrevistadas aceptaron haberse provocado el aborto en una frecuencia cercana al 20%. Sin embargo, cuando se les preguntó si el embarazo había sido o no deseado, poco más de la mitad aceptó que no lo había sido, lo que está más de acuerdo con lo que se conoce al respecto.



Tabla 2. Nacimientos y abortos en el Perú (Tang y col, 1992)

Tabla 2. Aborto en el Perú (Tang y col 1992).

Variable	%
• Frecuencia del aborto	13,5
• Aborto espontáneo	80,5
• Aborto provocado	19,5
• Embarazo deseado	48,9
• Embarazo no deseado	51,1
• Usaba métodos anticonceptivos	27,9
• No usó algún método anticonceptivo	72,1

NUESTRA EXPERIENCIA CON LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

Luego de la publicación de *The Alan Gutmacher Institute*¹³, hoy en día sabemos que, de cada 100 mujeres que se realizan un aborto provocado, 47 hacen algún tipo de complicación y 20 de ellas se hospitalizan finalmente.

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 3^{18,19}.

Durante este mismo período, encontramos que el aborto séptico, una de las complicaciones más frecuentes del aborto inducido, representó una proporción importante. Tabla 4^{18,19}.

Tabla 3. Aborto en el Hospital María Auxiliadora.

Año	Frecuencia por 1000 NV
• 1990	280
• 1991	328
• 1992	282
• 1993	307
• 1994	288
• 1995	245
• 1996	204
• 1990-1996	275



Tabla 4. Frecuencia del aborto séptico en el Hospital María Auxiliadora.

Año	Frecuencia*
• 1988-1989	12%
• 1990	13%
• 1991	17%
• 1992	20%
• 1993	21%
• 1994	16%
• 1995	13%
• 1996	20%

* Sobre el total de abortos

Tomando como punto de corte el año 1990, se observa que el aborto séptico aumentó significativamente ($p < 0,05$), antes y después de esa fecha, en las mujeres en los extremos de la vida reproductiva. Así, 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 el riesgo que representa un embarazo en estas edades.

De otro lado, se apreció que el aborto séptico antes de 1990 tuvo una frecuencia de 13% en embarazos menores de 9 semanas y, sin embargo, después de 1990, subió a 32,4% ($p < 0,05$), lo que interpretamos como un intento de reducir los riesgos de un aborto provocado al decidirlo más tempranamente.

Tabla 5. Morbilidad por aborto séptico (sobre un total de 1088 casos).

Complicación	Frecuencia
• Pelvipерitonitis	4,23%
• Septicemia	3,68%
• Shock séptico	3,40%
• Perforación uterina	1,19%
• Miometritis	0,64%
• Coagulación intravascular diseminada	0,46%
• Salpingitis	0,18%
• Falla multisistémica	0,18%
• Obstrucción intestinal	0,09%
• Insuficiencia renal aguda	0,09%
• Meningitis	0,09%
• Necrosis de miembro inferior	0,09%
• Tétanos	0,09%

Tabla 6. Mortalidad materna por aborto.

• Total de partos	20 512
• Total de nacidos vivos	19 884
• 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	60,35/100 mil n.v.
– 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 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 5, que incluye 1088 casos de aborto séptico¹⁹.

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 6 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 1000 por cien mil abortos, que concuerda con nuestro comentario anterior.

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 reproductivo¹. Nosotros advertimos que 10,5% de las mujeres que fueron tratadas por aborto séptico fue necesariamente sometida a histerectomía, lo que evidentemente la imposibilitó de gestar en el futuro, amén de que muchas de ellas tuvieron menopausia quirúrgica como consecuencia de la resección de los ovarios, debido a un compromiso infeccioso.

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.
- Humanizar el manejo del aborto.
- Reducir la posibilidad que los abortos complicados ocasionen muertes o complicaciones graves.

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. Egypt: Cairo Family Planning Association. 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. OMS: Ginebra 1993.
6. Távara L y col. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 5(1):38-42.
7. Távara L, Mimbela J, Núñez M. Manejo ambulatorio del aborto incompleto no complicado como estrategia para aumentar la cobertura, reducir los costos y contribuir a una maternidad sin riesgos. En: Consideraciones médico-sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima: Ed Manuela Ramos 1993:54-63.
8. Cardich R, Carrasco F. Visiones del aborto. Lima: Ed Manuela Ramos y Population Council 1993:149.
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 1980:57.
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. New York: The Alan Guttmacher Institute 1994:32.
14. Távara L. Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y El Caribe. Bogotá: Universidad Externado de Colombia 1994:50-7.
15. Family Care International. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Colombo: Inter-Agency Group for safe motherhood 1997:95.
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.