


INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD



DR. FÉLIX AYALA PERALTA

DR. SANTIAGO CABRERA RAMOS

DR. OVIDIO CHUMBE RUIZ

DR. PEDRO MASCARO SÁNCHEZ

DR. CARLOS SILVA BENAVIDES

DR. LUIS TÁVARA OROZCO

DRA. VERÓNICA LIVIAC

DRA. GISELA TORRES

Autores: Dr. Félix Ayala Peralta,
Dr. Santiago Cabrera Ramos,
Dr. Ovidio Chumbe Ruiz,
Dr. Pedro Mascaro Sánchez,
Dr. Carlos Silva Benavides,
Dr. Luis Távara Orozco,
Dra. Verónica Liviac,
Dra. Gisela Torres

Coordinación General:

Corrección de Estilo: Rosa Cisneros

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Impresión:

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX)
Av. José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18 - Perú
Teléfono: (511) 447 8668 Fax: (511) 243 0460
www.promsex.org

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-13208

ISBN:

Impreso en Perú, noviembre 2009

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de: INSAP, ESAR, PPFA, HIVOS

INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD



DR. FÉLIX AYALA PERALTA

DR. SANTIAGO CABRERA RAMOS

DR. OVIDIO CHUMBE RUIZ

DR. PEDRO MASCARO SÁNCHEZ

DR. CARLOS SILVA BENAVIDES

DR. LUIS TÁVARA OROZCO

DRA. VERÓNICA LIVIAC

DRA. GISELA TORRES

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

CONTENIDO

3	Prólogo
7	Resumen
9	Introducción
15	Material y Métodos
19	Resultados
25	Discusión
31	Comentario Final
33	Referencias
38	Anexo

INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

PROLOGO

Nuestro país tiene una de las más altas razones de mortalidad materna (185 por 100,000 nacidos vivos) lo que nos ubica entre las más altas a nivel de América Latina, por lo cual la mortalidad materna ha sido considerada como una prioridad sanitaria y un problema de salud pública. Recientemente el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aprobó una Resolución que posiciona a la mortalidad materna como un tema de Derechos Humanos de alto interés y preocupación, con el fin de llamar la atención de los gobiernos a la necesidad de trabajar de manera más efectiva hacia la reducción de la mortalidad materna, tomando en cuenta principios del Enfoque de Derechos, para lograr mejoras legítimas y sostenibles en las políticas públicas orientadas hacia este objetivo.

INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

Por lo tanto, debemos reconocer que la mortalidad y morbilidad materna evitables son temas detrás de los cuales subyacen los derechos humanos de mujeres y adolescentes, tales como el derecho a la vida, a la igualdad y no discriminación, a gozar de los adelantos científicos y el derecho al más alto estándar alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

El aborto inseguro es, asimismo, un grave problema de salud pública, y las complicaciones derivadas del mismo se ubican dentro de las tres principales causas de muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es indudable que la prevención del embarazo no deseado debe ser prioridad, mediante una educación sexual precoz y empleo de métodos anticonceptivos modernos y eficaces.

La prestación de servicios seguros de interrupción del embarazo en los casos permitidos por la ley es un importante componente de los servicios de salud reproductiva. El presente estudio aborda el tema del aborto terapéutico en cuatro establecimientos de salud. Llama la atención que solo uno de cada 258 casos de aborto atendidos corresponde a aborto terapéutico, lo que estaría indicando un sub-registro o, lo que es peor, barreras en el

acceso de mujeres que solicitan una interrupción terapéutica del embarazo por causales de salud. Es muy probable que algunas solicitudes de aborto terapéutico con indicaciones incuestionables, como miocardiopatías o nefropatías severas, sean rechazadas, exponiendo innecesariamente a las mujeres a riesgo de muerte o secuelas graves. Existe además pobre información por parte de las pacientes y algunos proveedores de servicios de salud, sobre el derecho que tienen las mujeres para interrumpir su embarazo por causales de salud dentro del marco legal.

Estamos seguros que el presente trabajo contribuirá a sensibilizar a los profesionales de la salud y a las autoridades del Sector sobre la necesidad de contar con normas claras sobre los procesos que aseguren el cumplimiento de lo que establece la ley para cautelar la vida de las mujeres gestantes que se encuentran en situación de riesgo elevado de muerte materna indirecta como consecuencia de graves problemas médicos u obstétricos.

Dr. Adolfo Rechkemmer Prieto
Presidente de la Sociedad Peruana
de Obstetricia y Ginecología





RESUMEN

OBJETIVO. Este trabajo tiene por objeto precisar con alguna aproximación las cifras de interrupción terapéutica del embarazo por causales de salud que se atienden en los establecimientos.

METODOLOGÍA. Se seleccionó 4 establecimientos de salud, en donde se presta en forma restringida servicios de interrupción terapéutica del embarazo a través de una normatividad interna existente. Cada uno de los autores buscó en los registros hospitalarios de los diferentes ambientes de trabajo los casos de aborto atendidos en los dos últimos años y que no contaban con el diagnóstico de aborto incompleto. Una vez que el caso de aborto terapéutico fue identificado, le correspondió el llenado de una ficha individual, la misma que fue diligenciada posteriormente en una base de datos.

RESULTADOS. Se obtuvo la proporción de interrupción terapéutica del embarazo respecto al número de partos y respecto al número total de abortos atendidos. Igualmente se obtuvo las causales de salud que han llevado a la interrupción del embarazo y las razones por las cuales no se ha hecho el registro de aborto terapéutico. Los resultados son presentados en tablas.

CONCLUSIÓN: la proporción de casos de interrupción terapéutica del embarazo que se atienden en los establecimientos de salud es relativamente pequeña, y en general no se viene registrando estos casos por carecer de una normatividad común.

PALABRAS CLAVE: Aborto inducido, Aborto terapéutico, Interrupción del embarazo, Interrupción legal del embarazo





INTRODUCCION

Hoy en día no existen dudas de que el aborto inducido inseguro es un grave problema de salud pública y de derechos humanos, y lo es más en aquellos países con leyes restrictivas. Para afirmar esto, solo debemos recordar que la tasa de aborto, que se mide como el número de abortos que se da en un país por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), es claramente más baja en aquellos lugares en donde se imparte tempranamente educación sexual, existe un acceso amplio a los métodos anticonceptivos y acceso liberal al aborto, cuando se compara con la tasa existente en aquellos países con legislación poco permisible (1,2).

Se estima que en el Perú existen a la fecha cerca de 400,000 abortos inducidos por año (3), entre los cuales habría un número importante por razones de salud, que los especialistas calculan entre 1 y 2% del total de embarazos (4).

El aborto es una práctica común en todo el mundo y tal vez fue el primer método de regulación de la fecundidad utilizado por la especie humana. Se sabe de su existencia en todos los tiempos y todas las culturas, pues los datos que de él existen se remontan hasta hace 4 mil años (5).

INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

Cuando se habla del aborto, es común que se susciten dos posiciones antagónicas, la primera de quienes dicen estar absolutamente en contra del mismo, en defensa del concebido sin prestar interés a la condición de la mujer y la segunda que dice estar a favor del mismo, por que la mujer tiene derecho a decidir. Lo cierto es que esto representa un falso dilema, pues nadie puede estar a favor de la ocurrencia del aborto; la diferencia estriba en que mientras unos creen que su frecuencia se puede controlar haciendo recaer un severo castigo social y legal sobre quienes lo provocan o ayudan a que ocurra, otros creen que se necesita entender las razones de su ocurrencia, comprender que para las mujeres no es un asunto sencillo de decidir y por el contrario su decisión resulta como una respuesta a sus conflictos y necesidades (6).

Las sociedades del mundo han buscado sus propias maneras de enfrentar el aborto. Informes de Naciones Unidas reportan que el 98% de los países del mundo permiten el aborto para salvar la vida de las mujeres, 65% para preservar la salud física, 62% para preservar la salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones congénitas fetales, 33% en caso de problemas sociales y económicos y 27% a solicitud de la gestante (7).

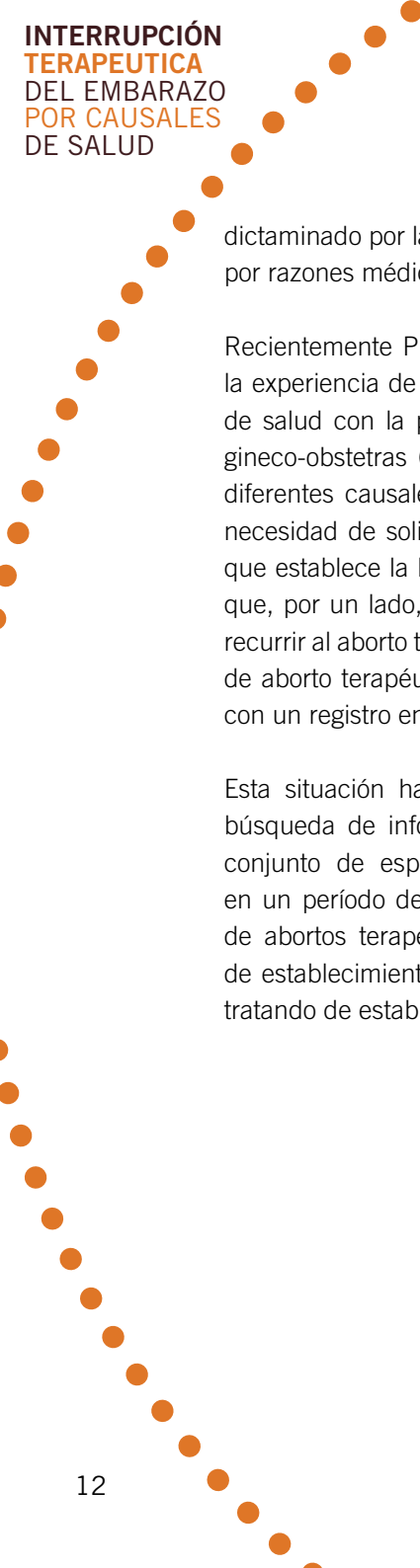
La mayor frecuencia de uso de los anticonceptivos, sin duda, es una buena estrategia para lograr la reducción de la frecuencia del aborto; sin embargo su sola aplicación no contribuye a erradicarlo. En el Perú, durante los últimos 50 años se ha elevado paulatinamente el uso de métodos anticonceptivos, pero la ENDES continua nos reporta que se ha alcanzado apenas un 50% de uso de métodos modernos por parte de las mujeres en edad fértil unidas, quedando aún una brecha amplia por cubrir (8).

De otro lado, el Perú es uno de los países de América Latina en donde se tiene legislación restrictiva sobre el aborto, pero es también uno de los países con tasas más elevadas de aborto inducido (2, 9). El Código Penal Peruano establece en su artículo 119: “No es punible el aborto cuando es realizado por un médico con el consentimiento de la mujer o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar daño grave y permanente en su salud” (10). Este artículo en buena cuenta reconoce lo que se da en llamar aborto terapéutico (11), el mismo que es aceptado por el público en general según el resultado de recientes encuestas periódicas y por los médicos gineco-obstetras peruanos (12).

A pesar de lo establecido por el Código Penal Peruano, aún no existe una norma administrativa nacional que regule su aplicación en los establecimientos públicos y privados, y esto indiscutiblemente crea una confusión para los proveedores de salud y para las usuarias de los servicios. Es por ello difícil recoger información fidedigna acerca de la atención de abortos por razones terapéuticas en los establecimientos de salud.

Quienes practicamos la ciencia y el arte de la Obstetricia y Ginecología sabemos que la mayoría de los embarazos transcurren dentro de la normalidad, sin embargo un número importante de ellos asientan sobre patologías previas ú otras se insertan durante el mismo, complicando el curso de la gestación o esta agrava el estado de enfermedad previo, a tal punto que es capaz de ocasionar las llamadas muertes maternas indirectas (12). Esta situación ha sido muy bien comprendida por diferentes especialistas, quienes, luego de evaluar estas patologías han



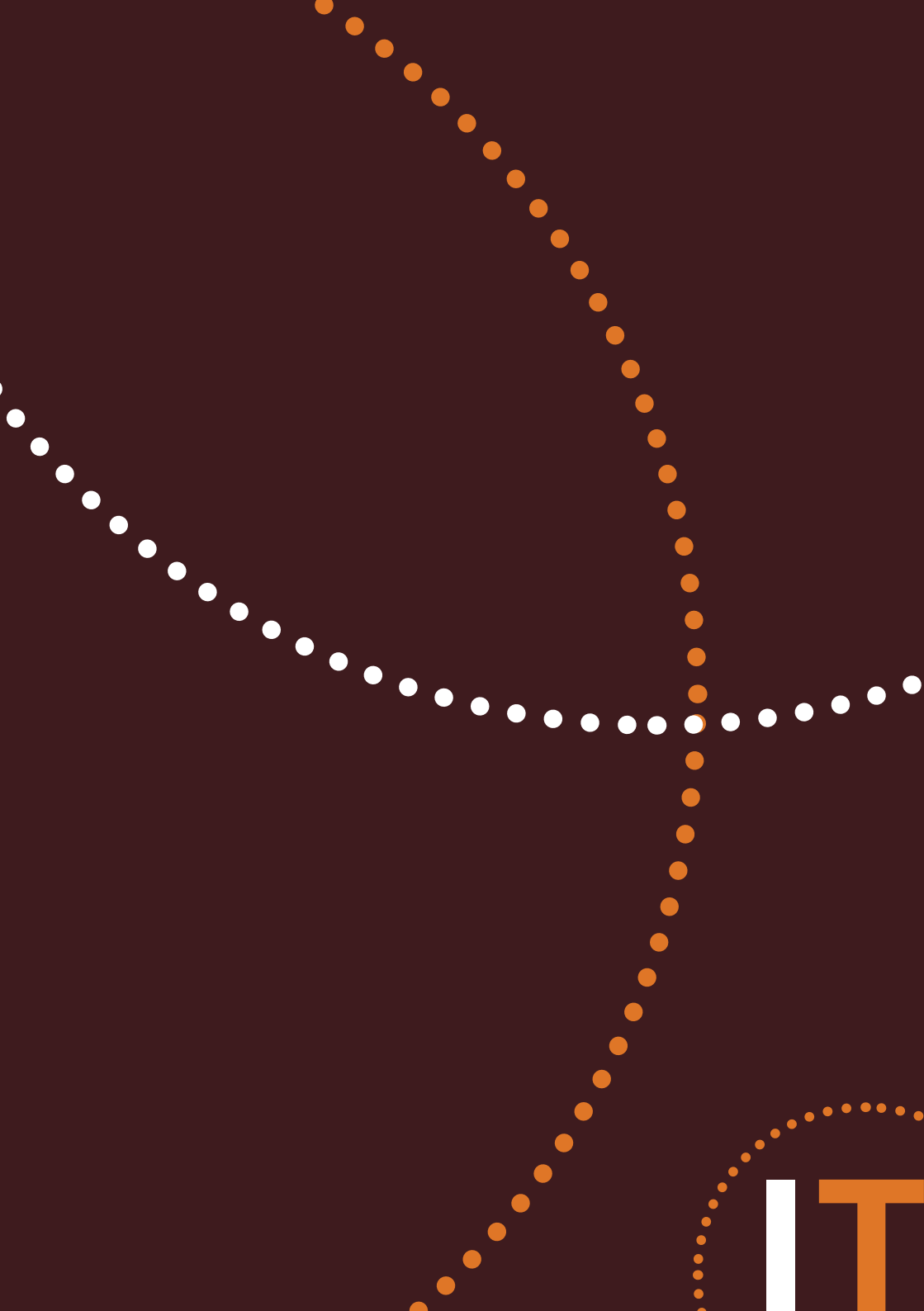


INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

dictaminado por la posibilidad de que se interrumpa un embarazo por razones médicas, si esa fuera la decisión de la gestante (13).

Recientemente PROMSEX ha presentado una publicación sobre la experiencia de atención del aborto terapéutico en los servicios de salud con la participación de un grupo selecto de médicos gineco-obstetras (14), en la cual puede apreciarse que ocurren diferentes causales de salud que determinan en las mujeres la necesidad de solicitar la interrupción del embarazo dentro de lo que establece la ley peruana. Sin embargo estamos convencidos que, por un lado, existe mayor necesidad entre las gestantes de recurrir al aborto terapéutico y por otro que no todas las solicitudes de aborto terapéutico aceptadas y atendidas cuentan finalmente con un registro en los establecimientos de salud.

Esta situación ha motivado que en este estudio se intente la búsqueda de información más real con la participación de un conjunto de especialistas reconocidos que puedan identificar en un período de dos años la brecha existente entre el número de abortos terapéuticos que ocurrió realmente en un conjunto de establecimientos de salud y el número finalmente registrado, tratando de establecer las razones de esta brecha.





MATERIAL Y METODOS

Este es un estudio clínico descriptivo y retrospectivo, tipo revisión de casos que fue llevado a cabo en los primeros 6 meses del año 2009.

OBJETIVO GENERAL: Precisar el número real y la proporción de abortos terapéuticos que se atienden en los servicios hospitalarios

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Precisar la frecuencia del aborto terapéutico en relación al total de partos
- Precisar la frecuencia del aborto terapéutico en relación al total de abortos
- Identificar las causas más frecuentes que conducen a la interrupción del embarazo por causales de salud
- Identificar las causas por las cuales no se registran formalmente los casos de aborto terapéutico atendidos en los servicios

SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Se seleccionó establecimientos de salud en donde se tienen normas internas para la atención de la interrupción legal del embarazo por causales de salud.



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Mujeres de 18 años ó más
- Embarazo de 22 semanas o menos
- Presencia de alguna patología diagnosticada médicamente
- Solicitud verbal o escrita de interrupción del embarazo
- Solicitud atendida

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Mujeres menores de 18 años
- Embarazo mayor de 22 semanas
- Diagnóstico de aborto espontaneo

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Total de partos atendidos.

Total de abortos atendidos.

Existencia del registro de aborto terapéutico:

- Registro de aborto terapéutico
- Registro de otro tipo de diagnóstico

VARIABLES DEPENDIENTES.

- Número de abortos terapéuticos
- Tipo de Causal de salud para el aborto
- Razones para registrar un diagnóstico diferente al aborto terapéutico

VARIABLES DE CONTROL.

- Edad
- Paridad
- Edad gestacional
- Ocupación
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Religión

TÉCNICAS PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN

Se revisó los registros existentes en la atención de emergencia, consultorios externos, sala de operaciones y sala de atención de abortos. En los registros se identificó los casos que concurren por alguna patología propia del embarazo o patología intercurrente y que solicitaban la interrupción del embarazo. De otro lado se investigó los casos de administración de misoprostol en la primera mitad del embarazo o la ejecución de legrados uterinos o aspiración endouterina en los casos en los cuales no se precisó el diagnóstico de aborto incompleto. Hecha la identificación de casos se procedió a diligenciar la ficha. Para el acopio de la información, los profesionales utilizaron el formato específico para tal fin que aparece en el Anexo 1.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Una vez llenada la ficha técnica se procedió a identificar la causa de salud que motivó la interrupción del embarazo y las razones por las cuales no se hizo el registro de aborto terapéutico. Cada caso fue incorporado en una base de datos, la misma que fue procesada con el programa SPSS. Los resultados son presentados en cifras crudas y en porcentajes para lo cual se utiliza tablas.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio no programó ninguna intervención específica, ni siquiera entrevistas con personas; solo revisó documentos previamente elaborados; de tal modo que los aspectos éticos se refieren únicamente a guardar la confidencialidad de los registros médicos.





RESULTADOS

El estudio para la búsqueda de información se extendió desde el año 2007 al 2009. Durante este período se encontró que fueron atendidos un total de 66,329 partos y 22,427 abortos, entre los cuales ocurrió la atención de 87 abortos terapéuticos, cuya frecuencia aparece en la tabla 1.

TABLA 1. FRECUENCIA DEL ABORTO TERAPÉUTICO

NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS	TOTAL DE ABORTOS ATENDIDOS	# DE ABORTOS TERAPÉUTICOS	PROPORCIÓN DE ABORTOS TERAPÉUTICOS (AT)
66,329	22,427	87	- 0.13% del total de partos - 1 AT por cada 762 partos atendidos
			- 0.39% del total de abortos - 1 AT por cada 258 abortos atendidos

De esta tabla se desprende que la proporción de abortos terapéuticos atendidos con respecto a la cantidad de partos y abortos atendidos en ese mismo tiempo es relativamente baja.

En la tabla 2 se resume el número de casos por cada una de las variables de control. Es claro que la mayor frecuencia de abortos terapéuticos está entre las mujeres jóvenes, menores de 30 años, nulíparas o con una paridad de 1 o 2, sin ninguna experiencia de aborto previo, mayormente amas de casa, convivientes o solteras, con instrucción secundaria o mayor y predominantemente católicas.

**INTERRUPCIÓN
TERAPEUTICA
DEL EMBARAZO
POR CAUSALES
DE SALUD**

TABLA 2. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	N° DE CASOS	%
Edad:		
- Menores de 20 años	21	24.14
- De 20 a 29 años	38	43.68
- De 30 a 39 años	19	21.84
- De 40 años y más	7	8.04
- No registrada	2	2.29
Partos previos		
- Nulípara	36	41.38
- 1 a 2 partos	33	37.93
- 3 y más	10	11.49
- No registrados	8	9.20
Abortos previos		
- Ninguno	61	70.11
- 1	11	12.64
- 2	3	3.45
- 3 y más	4	4.60
- No se precisa	8	9.20
Edad gestacional en semanas		
- Menos de 8 semanas	1	1.15
- De 8 a 12 semanas	34	39.08
- De 13 a 20 semanas	45	51.72
- Más de 20 semanas	6	6.90
- No se precisa	1	1.15
Ocupación		
-Su casa	55	63.22
-Obrera	2	2.30
-Empleada	4	4.60
-Independiente	12	13.79
-Profesional	2	2.30
-Estudiante	5	5.75
-No se consigna	7	8.04

Estado civil		
-Soltera	27	31.03
-Casada	15	17.24
-Conviviente	42	48.28
-Viuda	0	0.00
-Divorciada o separada	2	2.30
-No se consigna	1	1.15
Grado de instrucción		
- Analfabeta	0	0.00
- Primaria Incompleta	5	5.75
- Primaria Completa	4	4.60
- Secundaria Incompleta	23	26.44
- Secundaria Completa	42	48.28
- Superior	11	12.64
- No se consigna	2	2.30
Religión		
- Católica	66	75.86
- Evangélica	1	1.15
- Musulmana	0	0.0
- Judía	0	0.0
- Otra	0	0.0
- No se consigna	20	22.99

De todos los 87 casos estudiados solo siete mujeres hicieron una solicitud formal de aborto terapéutico, por lo cual en los siete casos hubo dictamen de Junta Médica que resultó favorable en seis casos y desfavorable en el otro. En los casos que hubo dictamen de Junta Médica se resolvió entre 3 y 6 días después, mientras que el caso con dictamen desfavorable no fue programada la interrupción del embarazo.

En 86 casos se programó la interrupción del embarazo, simplemente que solo en seis se pudo consignar que la interrupción estuvo dentro del marco formal. En la tabla 3 se puede verificar la forma en que terminó la gestación.



TABLA 3. MÉTODO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

MÉTODO UTILIZADO	NÚMERO DE CASOS	%
Dilatación y legrado uterino	17	19.54
AMEU	25	28.74
Misoprostol solo	0	0.00
Misoprostol + LU ó AMEU	44	50.57

El uso de la administración de misoprostol más la ejecución de legrado uterino (LU) o aspiración manual endouterina (AMEU) fue el procedimiento predominante para dar término a la gestación.

Del total de casos estudiados, solo en 35 de ellos (40.23%) se hizo la precisión de alguna causal de salud para la interrupción del embarazo, mientras que en los restantes 52 casos (59.77) no se hizo. Pudo verificarse que en 25 de estos casos se anotó el diagnóstico de aborto frustrado y en dos el diagnóstico de embarazo anembrionado (Tabla 4). Cómo se verá existen 7 patologías maternas identificadas, así como 8 casos de ruptura prematura de membranas (RPM) que cursaron con corioamnionitis, lo que justificó la terminación del embarazo. Así mismo se registran 20 casos en donde se detectó malformaciones congénitas graves que también justificaron la interrupción del embarazo.

TABLA 4. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA POR CAUSAL SALUD

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CASOS	%
Diagnóstico consignado	35	40.69%
Leucemia mieloide aguda	1	1.15
Neoplasia maligna de útero	1	1.15
Hipertensión renovascular	1	1.15
Trombosis de venas profundas + anticoagulación	1	1.15
Sepsis post apendicectomía	1	1.15
Cardiopatía	1	1.15
Anhidramnios	1	1.15
RPM + corioamnionitis	8	9.20
Higroma quístico+ hidrops fetal	2	2.30
Malformación congénita	15	17.24
Anencefalia	2	2.30
Holoprosencefalia	1	1.15
No hubo precisión diagnóstica:	52	59.77%
- Se consignó Aborto frustrado	25	28.74
- Se consignó Gestación anembrionada	2	2.30





DISCUSION

En la primera tabla en la que aparecen reportados el número de partos y el número de abortos que en general se han atendido durante el período de estudio en los establecimientos de salud, llama la atención que la tercera parte de casos (33%) correspondan a abortos, una cifra importante que nos traduce el componente de abortos inducidos antes de llegar en búsqueda de atención como abortos incompletos, dado que se conoce que los abortos clínicos espontáneos representan entre el 10 y 20% del total de embarazos.

Según el American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) el aborto inducido es realizado por diferentes causales: por defectos congénitos o problemas genéticos en el feto, por que el embarazo es peligroso para la salud de la mujer, por que el embarazo es producto de violación o incesto o por que la mujer tiene un embarazo no deseado (15). En nuestra discusión nos vamos a centrar en las dos primeras causales.

De la presente revisión lo que destaca desde el inicio es que no obstante la atención de casos de aborto terapéutico en los establecimientos, la proporción es escasa si se tiene en cuenta el número importante de muertes maternas que por causa indirecta ocurren en el país (16). Sin embargo esto solo representa una parte, puesto que otros casos que pudieran ser abortos terapéuticos, no han sido registrados como tales, y por tanto no aparecen en los registros.



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

La edad más frecuente a la que se presentan estos casos es antes de los 30 años, hallazgo similar al reportado recientemente en Mozambique, aunque ese mismo estudio encuentra que las mujeres que más solicitan interrupción del embarazo son las estudiantes jóvenes. Resalta este mismo reporte que son las alfabetas de mayor instrucción las que más recurren a estos servicios, que nosotros interpretamos en el sentido de que son las mujeres mayormente empoderadas, puesto que ellas conocen mejor los beneficios médicos que se pueden obtener de la interrupción de un embarazo por causas de salud (17).

Nosotros registramos que la nuliparidad y la no existencia de abortos previos son predominantes en las mujeres atendidas de aborto terapéutico, concordante con lo encontrado con una serie de los Países Bajos (18).

Entre los casos en que se consignó la religión que profesa cada mujer, en todos menos uno se encontró que es la religión católica la que predomina. Esto significa que la creencia religiosa de ninguna manera limita a las mujeres para solicitar este tipo de servicios.

La definición de aborto de la OMS menciona claramente que es la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas de gestación. Hoy en día, la gran mayoría de abortos inducidos, entre 85 y 90% se realizan antes de las 12 semanas (19,20), que contrasta con nuestros hallazgos, dado que la mayor proporción de gestantes atendidas estuvo por encima de las 12 semanas. Se sabe que mientras más tardío es el embarazo, la interrupción del mismo puede acarrear mayor tasa de complicaciones; sin embargo se debe considerar que ocurren también abortos en el II trimestre del embarazo por razones que aún mantienen las mujeres (21,22).

Tales razones pueden ser: el diagnóstico más tardío de anomalías fetales, dificultades logísticas y financieras (23), pero otros estudios encuentran que son las mujeres más pobres y de menor edad las que se presentan más tardíamente (17, 24).

Poco más de la mitad de nuestras gestantes terminó su embarazo utilizando la metodología del uso de misoprostol más la ejecución de legrado uterino ó aspiración manual endouterina. Este hecho lo explicamos por el número importante de malformaciones congénitas severas y la ruptura prematura de membranas complicada con corioamnionitis.

Hoy en día los métodos médicos para inducir el aborto se han mejorado considerablemente, a tal punto que han llegado a ser más seguros y accesibles, sin embargo cuando se trata de interrupciones en el II trimestre es necesario que el lugar en el que se realicen sea un establecimiento que cuente con disponibilidad de transfusión de sangre y cirugía de emergencia (20).

Tang y colaboradores reporta que la tableta oral de misoprostol es efectiva en las diferentes vías de administración y las dosis se pueden ajustar fácilmente de acuerdo a las necesidades de la paciente (25), aunque una revisión sistemática de la Cochrane Library sostiene que el misoprostol vaginal es más efectivo que el administrado por vía oral (26), afirmación compartida por un reporte de Arabia Saudita, el que afirma además que el misoprostol administrado por vía vaginal es seguro, costo efectivo y sin mayores efectos colaterales (27).



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

Fjerst y colaboradores advierte sobre la preocupación de infecciones cuando se usa la vía vaginal y por ello recomienda que cuando se usa esta vía se debe descartar infecciones del tracto genital, administrar conjuntamente antibióticos, o mejor utilizar la vía bucal para la administración de este ocitócico (28).

Los procedimientos quirúrgicos, LU o AMEU fueron realizados también con frecuencia en la presente serie de casos. El aborto quirúrgico es uno de los procedimientos más comunes realizados en las mujeres en edad reproductiva y cuando es efectuado por un proveedor calificado en un lugar apropiado, es una de las cirugías más seguras. Se observa que el riesgo de complicaciones es bajo, pero se incrementa exponencialmente conforme avanza la edad gestacional (29). Hammond (30), en una revisión de la literatura y Lorhr (31) en una revisión sistemática de la Cochrane Library sostienen que el uso de la dilatación + evacuación uterina (D+E) es el procedimiento más seguro en el II trimestre de la gestación, aunque se requiere más investigación, que compare el uso de fármacos, que se convierte en una segunda alternativa.

Conforme se ha reportado en una publicación previa, las causas indirectas ocupan un lugar importante como determinantes de muertes maternas (16), de allí que no sorprende comprobar que en esta serie un 17.4% de las mujeres atendidas (15 casos) esgrimieron como causa de interrupción del embarazo alguna patología que ponía en riesgo su salud o su vida. Esta causa sigue siendo motivo de aborto en otras experiencias publicadas (32,33,34,35,) que en todo caso concuerdan con lo expresado en el Código Penal Peruano (10).

Veinte de nuestros casos (22.99%) correspondieron a anomalías congénitas calificadas como graves o incompatibles con la vida

extrauterina, gran parte de las cuales fueron diagnosticadas en el II trimestre del embarazo. A la fecha sabemos que la detección de las anomalías fetales en el segundo trimestre se ha incrementado como parte del cuidado prenatal, y por ello cada día un mayor número de mujeres están aprendiendo que el niño que ellas están esperando puede tener una anomalía (36,37).

La ecografía es la técnica de más bajo costo para identificar las anomalías congénitas del feto (38). Se debe tener claro que una vez hecho el diagnóstico ecográfico, es mandatorio ponerlo en conocimiento de la mujer para que sea ella y su pareja, si así lo considera, puedan asumir responsablemente una decisión. La pérdida de un embarazo deseado, puede conducir a sentimientos de culpa, dolor, tristeza o inclusive estrés postraumático (36), lo que determina la necesidad de prestar apoyo a las mujeres que están considerando o ya han llevado a cabo la terminación de un embarazo después del diagnóstico de anomalía fetal (39). Cuando ellos consideran la decisión de terminar el embarazo, experimentan sentimientos ambivalentes y fuertes emociones; por un lado están comprometidos a llevar adelante su embarazo, pero por el otro quieren proteger a su hijo de las posibilidades de daño irreversible (40).

Sobre la base que muchas de las malformaciones congénitas son detectadas por examen ultrasónico antes del nacimiento (41,42,43), un estudio en Oxford reporta que entre 33,376 nacimientos hubo 2.2% de anomalías congénitas al nacer, de las cuales 15% fueron malformaciones letales, 55% con posible sobrevivencia y morbilidad de largo plazo y 30% con posible sobrevivencia y morbilidad de corto plazo (44). Si esta realidad



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

la trasladamos al Perú, no dudamos lo importante que es en términos de salud pública. La mayoría de las malformaciones que orientan a los padres a tomar la decisión de interrumpir el embarazo son dependientes del sistema nervioso central y del aparato cardiovascular (43,45).

En relación a las malformaciones congénitas, hay autores que reportan la reducción de las tasas de mortalidad infantil a consecuencia de la interrupción de estos embarazos, al ser las malformaciones la principal causa de este tipo de muertes en los países industrializados (46,47).

La tabla 4 finalmente no hace la precisión de la causalidad de la interrupción en casi un 60% (52 casos) por que los servicios no tienen aún criterios estandarizados para la elaboración de los registros.

COMENTARIO FINAL

Las muertes maternas asociadas a complicaciones del aborto inseguro ocupan aún un lugar importante en aquellos países en donde se tienen leyes restrictivas para la terminación de un embarazo, como es el caso del Perú (1). Pero además de las muertes maternas que cada año ocurren en el mundo por causa del aborto y por causas indirectas, son hospitalizadas aproximadamente 5 millones de mujeres con complicaciones que van a afectar la salud sexual y reproductiva y la salud en general de las mujeres (22).

De acuerdo a lo señalado por la ACOG (15) las mujeres pueden decidir terminar un embarazo por diferentes razones, entre las cuales se mencionan los embarazos que ponen en riesgo su salud y las malformaciones congénitas. Para una mujer, confrontar un embarazo que no puede llevar adelante no siempre es fácil y la decisión de terminarlo no siempre lo es tampoco. De otro lado, las mujeres tropiezan habitualmente con restricciones derivadas de una confusa legislación o de la falta de servicios, por lo que se ven empujadas a recurrir a procedimientos inseguros, que a la larga resultan más costosos para la economía del Estado y de las propias mujeres, además de los perjuicios sobre su salud y su vida (21). Estos abortos inseguros con frecuencia se complican con hemorragias e infecciones y son estas últimas las que condicionan una mayor frecuencia de morbilidad y mortalidad (48).



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

No es cierto que la permisividad del aborto, mayor aún por causales de salud, incremente necesariamente las tasas de aborto. Tal es el caso que se ha reportado una caída sustancial de las cifras en los Estados Unidos, entre 1984 y 2004, a pesar de que el acceso se ha mantenido en términos legales (49).

Es un falso dilema que existan personas a favor y personas en contra del aborto. Lo cierto es que nadie está a favor del aborto. La mejor opción será prevenir las razones por las cuales las mujeres abortan, operando científicamente una educación sexual desde temprana edad y acceso amplio a la metodología anticonceptiva eficaz (50). Y en aquellas circunstancias en que se dan atendibles razones de salud, se deberá cumplir con lo que establece la ley, de interrumpir la gestación en forma segura para cautelar la vida o la salud de las mujeres en forma integral (51). Este último hecho es apoyado por los profesionales médicos que han sido encuestados en diferentes países (12, 52)

REFERENCIAS

- 1.- Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion on world wide. *International Planning Perspectives* 1999; 25(Suplem): 530-538
- 2.- Singh S, Wulf D. Estimated levels of abortion in six Latin America Countries. *International Planning Perspectives* 1994; 20(1): 4-13
- 3.- Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Revisión. Lima: Pathfinder-Flora Tristán Diciembre 2006; pp 40
- 4.- Comité de DSyR de FLASOG. Relato Final del Taller sobre Aborto Legal por Causales de Salud. Montevideo: IPPF Abril 2008; pp 24
- 5.- Hurst J. La historia de las ideas sobre el aborto. Montevideo: Católicas por el derecho a decidir, 1992
- 6.- Faundes A, Barzelato J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Primera edición en Chile. Santiago de Chile: LOM Ediciones 2007; 213pp
- 7.- WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Geneva: W HO 2003; 106 pp
- 8.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Desarrollo en Salud. ENDES continua 2007.
- 9.- Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Lima: Flora Tristán/Pathfinder Internacional, 2002
- 10.- Código Penal Peruano 1991
- 11.- Velasco A, Gómez- Ponce de León R. Aborto terapéutico. En Faundes A et al. Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, 2ª Edición. FLASOG 2007, pp 59-76



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

12.- Távora L, Sacsá D. Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos 2008; 48pp

13.- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Lima: SPOG/PROMSEX 2005; 18pp

14.- Cabrera S, Gutierrez M, Mascaró P, Silva C, Távora L. El aborto terapéutico desde los servicios de salud. Lima: PROMSEX 2008; pp 40

15.- ACOG. Clinical management guidelines of obstetrician-gynecologists. Medical management of abortion. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 871-882

16.- Távora L, Sacsá D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecología y Obstetricia (Perú)* 1999, 45(3): 38-42

17.- Bay M, Mitchell E, Gebreselassie H, Brookmen-Amisshah E, Kwizera A, Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks?. Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 14-17

18.- Loeber O, Wijzen C. Factors influencing the percentage of second trimester abortions in Netherlands. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 30-36

19.- Ingham R, Lee E, Clements S, Stone N. Reasons for second trimester abortion in England and Wales. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 18-29

20.- Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with Mifepristone-Misoprostol and Misoprostol alone: A review of methods and management. *Reproductive Health Matters* 2008; 16 (31 suppl): 162-172

21.- Comendant R, Berer M. Second trimester abortion: women's health and public policy. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 1-2

- 22.- Berer M. A critical appraisal of laws on second trimester abortion. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 3-13
- 23.- Drey EA, Foster DG, Jackson RA et al. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol* 2006; 1007(1): 128-135
- 24.- Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ et al. Unsafe abortion in adolescents. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 1: 137-147
- 25.- Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetics profiles, effects on the uterus and side effects. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99 (Suppl 2): S160-S167
- 26.- Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Chang LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1): CD 002855
- 27.- Agati S, Roudsari FV, Khadem N, Shakeri MT. Medical abortion at first trimester of pregnancy with misoprostol. *Saudi Med J* 2008; 29: 1739-1742
- 28.- Fjerst M, Trussell J, Sivin J, Lichtenberg S, Cullins V. Rate of serious infections after changes in regimens for medical abortion. *N Engl J Med* 2009; 361: 145-151
- 29.- Diedrich J, Steinauer J. Complications surgical abortion. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 205-212
- 30.- Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 347-356
- 31.- Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Jan 23; (1): CD 006714
- 32.- Winther JF, Boice JD Jr, Svendsen AL, Frederiksen K, Olsen JH. Induced abortion in Danish cancer survivors: a population- based cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 687-689



INTERRUPCIÓN TERAPEUTICA DEL EMBARAZO POR CAUSALES DE SALUD

33.- Einarson A, Choi J, Einarson TR, Koren G. Rates of spontaneous and therapeutic abortions following use of antidepressants in pregnancy: results from a large prospective database. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31: 452-456

34.- Li WW, Yau TN, Leung CW, Pong WM, Chau MY. Large-cell neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix complicating pregnancy. *Hong Kong Med J* 2009; 15:69-72

35.- Bagga R, Choudhary S, Suri V et al. First and second trimester induced abortion in women with cardiac disorders: a 122 years analysis from a developing country. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 732-737

36.- Gammeltoft T, Mang T, Thi Hiep N, Thi Thuy Hanh N. Late-term abortion for fetal anomaly: Vietnamese women's experiences. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 46-56

37.- Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales 2006. Bulletin N° 1, 2007

38.- Tautz S, Jahn A, Molokome I et al. Between fear and relief: how rural pregnant women experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital. *Social Science and Medicine* 2000; 50(5): 689-701

39.- Fisher J. Termination of pregnancy for fetal abnormality: the perspective of parent support organization. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 57-65

40.- Bijma HH, Vander Heide A, Wildschut H. Decision-Making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 82-89

41.- Levi S. Ultrasound in prenatal diagnosis: polemics around routine ultrasound screening for second trimester fetal malformations. *Prenatal Diagnosis* 2002; 22: 285-295

42.- Boissier K, Varlet MN, Chauleur C et al. Early fetal megacysts at first trimester: a six year retrospective study. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37: 115-124

- 43.- Khoo NS, Van Essen P, Richardson M, Robertson T. Effectiveness of prenatal diagnosis of congenital heart defects in South Australia: a population analysis 1999-2003. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 2008; 48: 559-563
- 44.- Carrera JM, Torrents M, Mortera C et al. Routine prenatal ultrasound screening for fetal abnormalities: 22 years' experience. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 1995; 5: 174-179
- 45.- Barel O, Vaknin Z, Smorgick N et al. Fetal abnormalities leading to third trimester abortion: nine years experience from a single medical center. *Prenat Diagn* 2009; 29: 223-228
- 46.- Petrini J, Damus K, Russell R et al. Contribution of birth defects to infant mortality in the United States. *Teratology* 2002; 66(Suppl 1): S3-S6
- 47.- Lee R, Khoshnood B, Chen L, et al. Infant mortality from congenital malformations in the United States 1970-1977. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 620-627
- 48.- Rahandale L. Infectious complications of pregnancy termination. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 198-204
- 49.- Jones RK, Kost K, Singh S, Henshaw SK, Finer LB. Trends in abortion in The United States. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 119-129
- 50.- Turner KL, Hyman AG, Gabriel MC. Clarifying values and transforming attitudes to improve Access to second trimester abortion. *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Suppl): 108-116
- 51.- Gonzales AC, Durán J, Ortega-Ortiz A. Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. *Cotidiano mujer/FLASOG/andar* 2008, pp 285
- 52.- Silva M, Billings DL, García SG, Lara D. Physicians agreement and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception* 2009; 79: 56-64



ANEXO 1





**INTERRUPCIÓN
TERAPEUTICA
DEL EMBARAZO
POR CAUSALES
DE SALUD**



PROMSEX
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

FUNDACIÓN
ESAR
Educación para la Salud Reproductiva

 **INSAP**
Instituto de Salud Popular

HIVOS

 **Planned Parenthood**[®]
Federation of America, Inc. **INTERNATIONAL**