



ABORTO EN COLOMBIA

CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

JUAN GUILLERMO LONDOÑO CARDONA*

INTRODUCCIÓN

La OMS en su informe técnico No. 461 define el aborto como la terminación espontánea o provocada de la gestación, antes de la vigésima semana contada a partir de la fecha de la última menstruación normal, cuando el feto es incapaz de sobrevivir fuera del útero o cuando el peso fetal es inferior a 500 gramos.

Sólo el 35% de los huevos fecundados alcanzan una edad gestacional superior a 28 semanas y entre el 10 y el 15% de las gestaciones diagnosticadas terminan en aborto espontáneo.

Por sus implicaciones para la salud de las mujeres y por su magnitud es un problema médico, un problema social y de salud pública.

Especialista en Obstetricia y Ginecología
Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología
Integrante del Centro Asociado al CLAP OPS/OMS
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia



EPIDEMIOLOGÍA

La OMS calcula que en el mundo 53 millones de mujeres se someten a prácticas abortivas cada año, 6 millones de ellos ocurren en América Latina, aproximadamente 20 millones de abortos se practican en condiciones de inseguridad para la mujer, lo cual implica que la persona que lo asiste no tiene suficiente capacitación, no utiliza técnicas adecuadas y no cumple con los criterios higiénicos necesarios. Estos abortos inseguros pueden ser practicados por personal de salud que no guarda las condiciones de seguridad para la paciente, por la mujer misma o por una persona no competente.

Se estima que entre el 10 y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica y son estos los responsables de un porcentaje importante de la mortalidad materna en el mundo. Por cada mujer que muere por un aborto inseguro 15 quedan con secuelas como dolor pélvico crónico, pérdida de la fertilidad, etc..

El aborto es responsable del 30% de las muertes maternas en el mundo, el 40% de los abortos practicados se realizan en condiciones de riesgo y el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo. La situación en América Latina es particularmente grave: en Argentina el aborto ocupa el primer lugar como causa de muerte materna, en Brasil las muertes como consecuencia de abortos clandestinos, sin atención médica adecuada representan la tercera causa de muerte materna, lo que equivale al 15% del total de esas muertes. En el estado de Sao Pablo las muertes por complicaciones del aborto llegan a 4.000 cada año.

En Bolivia el aborto representa el 27% de las muertes maternas, en Chile es la principal causa de muerte materna, en este país en 1990 se presentaron 159.000 abortos.

Según un estudio realizado por la Universidad Externado de Colombia en 1992, el 30% de las mujeres urbanas que alguna vez han



estado en embarazo, declaró haberse practicado un aborto. Cerca del 80% de los abortos se produjeron en mujeres con embarazos no deseados, porque carencia de métodos anticonceptivos y el 20% restante, por fallas en el método. La ilegalidad del aborto en Colombia, sumada a las pobres condiciones en que se practica, hacen que esta práctica sea de muy alto riesgo y a pesar del subregistro, se ubica como la cuarta causa de muerte materna. Su mayor incidencia se presenta entre las mujeres de 20 a 29 años. Sólo hasta mayo de 2006 la Corte Constitucional Colombiana despenalizó en aborto en tres circunstancias especiales: cuando la continuación del embarazo constituya un grave peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, cuando el embarazo es producto de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidos o de incesto.

No existe un acuerdo sobre la verdadera incidencia del aborto en Colombia debido a dificultades en el registro, muchos de los abortos que ocurren en el primer mes de gestación no se registran como tales y hemorragias de diferentes etiologías son registradas como abortos. Los abortos provocados no quedan registrados en las estadísticas nacionales, puesto que solo hasta mayo de 2006 se despenalizó esta práctica en Colombia. Sin embargo, el Ministerio de Protección Social, informa que cada año se presentan aproximadamente 350.000 abortos y según el Instituto Nacional de Salud en diciembre de 2001, el aborto ocupó el cuarto lugar en la estructura de la mortalidad materna con el 8,7% de las mismas, lo que representa aproximadamente 87 muertes maternas como consecuencia del aborto cada año en Colombia.

Según las estadísticas vitales del DANE entre los años 2001 a 2003 ocupó el cuarto lugar como causa de mortalidad materna y de acuerdo con la investigación “El Aborto en Colombia” realizada por la Universidad Externado de Colombia en 1992, entre el 50 y el 57% de las gestaciones en Colombia son no deseadas y de éstas el 50% termina en aborto, entre gestaciones de mujeres de 15 a 44 años el aborto



representa el 30%, de 45 a 49 años el 22% y de 50 a 55 años el 19,4% y el 33% de las mujeres son presionadas a abortar por su pareja.

FACTORES QUE FAVORECEN EL ABORTO EN COLOMBIA

Si bien la Constitución Colombiana establece que la salud es un derecho fundamental, en la práctica al sistema de atención en salud en nuestro país se accede por una relación de carácter contractual. Si tenemos en cuenta que más de la mitad de la población colombiana está por debajo de la línea de pobreza y no conoce sus derechos, se entiende fácilmente porque los estratos socioeconómicos bajos recurren al aborto inseguro como única salida a una gestación no deseada. Existe además desconfianza en el sistema de salud y el temor a ser sancionadas penalmente, lo que lleva a muchas mujeres a no consultar o a hacerlo sólo en situaciones desesperadas.

El acceso a los métodos de planificación familiar es sólo para personas afiliadas al sistema de seguridad social y los intermediarios de salud no cumplen con sus obligaciones de promoción y prevención, no hay demanda inducida para métodos de planificación familiar. Otro factor que influye de manera importante en el número de embarazos no deseados en los adolescentes es la falta de centros de atención integrales para este grupo de riesgo que en Colombia prácticamente no existen aún en las principales ciudades.

En el departamento de Antioquia, Colombia, según investigación realizada por el centro NACER de la Universidad de Antioquia, los factores determinantes de las muertes maternas por aborto son:

- Actitud negativa hacia la planificación familiar
- Las mujeres alegan falta de tiempo por deberes familiares



- Programas de promoción y prevención inexistentes o muy deficientes. No existe demanda inducida de las EPS y las ARS para que las mujeres ingresen a un programa de planificación familiar.
- Existen fallas estructurales graves en el sistema de atención, no existe claridad en el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y la mala calidad de la atención es un factor contribuyente a la mortalidad materna.
- No existe conocimiento de parte de las mujeres y las comunidades de sus derechos sexuales y reproductivos y por tanto no los exigen.
- Las mujeres no acuden a los servicios de atención en salud por temor a ser judicializadas, temor al rechazo familiar y social.

En nuestro país se ha pretendido impactar la problemática del aborto inseguro con medidas de carácter punitivo o pretendiendo desconocerlo. Es de esperar que con la despenalización del aborto en circunstancias especiales, los intermediarios de la salud en Colombia, ofrezcan una mirada integral a la salud sexual y reproductiva, ofrezcan programas de promoción y prevención serios y bien estructurados y se garantice la demanda inducida de mujeres en edad reproductiva para que accedan sin barreras a programas integrales de planificación familiar, se establezcan centros integrales de atención a las adolescentes y se estructuren sistemas adecuados y oportunos de remisión y contrarremisión.

MÉTODOS PARA INTERRUMPIR LA GESTACIÓN

La mortalidad por aborto, depende en gran medida de la utilización de métodos inadecuados, falta de seguimiento a normas higiénicas o prestadores de servicios de salud incompetentes. Las técnicas modernas para terminación voluntaria de la gestación se clasifican en: métodos quirúrgicos y métodos farmacológicos.



Métodos quirúrgicos: evacuación instrumental de la cavidad uterina. Se puede utilizar el procedimiento de dilatación y curetaje para gestaciones entre 6 y 15 semanas y técnicas de evacuación por aspiración eléctrica o manual para gestaciones hasta las 15 semanas la primera y 12 semanas la segunda.

Métodos farmacológicos: por medio de la administración de medicamentos como mifepristone, sustancia que bloquea la acción de la progesterona y el misoprostol análogo de las prostaglandinas, con estas sustancias es posible la terminación de la gestación de manera segura en edades gestacionales avanzadas.

El método a escoger para terminar una gestación depende de las habilidades del operador, los equipos, suministros y medicamentos disponibles y las preferencias de las pacientes.

Métodos quirúrgicos:

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO, considera que los hospitales deben disponer de métodos manuales o eléctricos de aspiración endouterina, como tecnología esencial para la terminación voluntaria de la gestación.

La aspiración manual endouterina AMEU, utiliza una jeringa con mecanismo de succión intermitente, con capacidad de almacenar 60 cc, dotada de cánulas flexibles de 4 – 12 mm de diámetro.

La aspiración eléctrica utiliza una bomba eléctrica con mecanismo de aspiración constante con capacidad de almacenar 350 cc – 1.200 cc, dotada de cánulas rígidas o flexibles con un diámetro de 4 – 16 mm.

Para el AMEU el tiempo de aspiración es de aproximadamente 3 – 5 minutos, la eficacia es del 99% y los riesgos de complicaciones por



este método son escasos y representan el 50% de las complicaciones observadas con la dilatación y el curetaje; en lo referente a pérdida sanguínea y perforación uterina, el riesgo de infección pélvica y daño cervical es tres veces superior con la dilatación del curetaje comparado con el AMEU. Así mismo existen diferencias significativas a favor de la aspiración manual en lo referente a costos y días de hospitalización.

En general las ventajas del AMEU son: requiere sólo ligera o mínima dilatación cervical, bajo riesgo de complicaciones, bajos costos, disminuye la necesidad de hospitalización, es un procedimiento ambulatorio, sólo requiere anestesia local y por tanto la paciente se reintegra a sus labores rápidamente.

Usos del AMEU: se utiliza para gestaciones menores de 12 semanas, contadas a partir de la fecha de la última menstruación, para terminar abortos incompletos, frustros, molas hidatidiformes, cuando los métodos farmacológicos fallan y también para toma de biopsias endometriales.

Métodos farmacológicos:

En la actualidad se utilizan medicamentos como la mifepristona, sustancia que bloquea los receptores de progesterona y misoprostol, análogo de la prostaglandina E1.

La mifepristona fue desarrollada en Francia al inicio de la década de los 80s por investigadores de la compañía Roussel Uclaf, mientras investigaban antagonistas de los receptores de los glucocorticoides. Los investigadores descubrieron que los componentes estudiados bloqueaban el receptor de progesterona. El refinamiento de estos componentes permitió la producción del RU486, medicamento conocido como mifepristona.



Los ensayos clínicos se iniciaron en Europa en 1982 y encontraron que esta sustancia era eficaz para inducir abortos completos hasta 49 días de gestación. Luego se encontró que la adición de bajas dosis de análogos de prostaglandinas en el último día del tratamiento con mifepristona incrementaba el porcentaje de abortos completos por encima del 95%. Francia fue el primer país que dio licencia a la combinación mifepristona/análogo de prostaglandina para inducir abortos tempranos en 1988.

Desde 1988 la mifepristona ha sido registrada como medicación para inducir abortos en más de 20 países. Millones de mujeres han utilizado este medicamento y análogos de prostaglandinas como el misoprostol para terminar gestaciones con excelente seguridad y eficacia.

En otros países del mundo donde no está autorizado su uso, este medicamento se consigue en el mercado negro y por lo tanto su seguridad y calidad se deben examinar minuciosamente.

En septiembre de 2000 la FDA aprobó el uso de mifepristona en combinación con misoprostol para inducción de abortos tempranos. Desde su aprobación en USA millones de mujeres han utilizado esta combinación con seguridad y eficacia y en buena medida ha desplazado otros métodos como la aspiración endouterina.

La mifepristona es un esteroide sintético que bloquea la acción de la progesterona, altera el endometrio e induce sangrado menstrual, además, inicia actividad uterina. Se utiliza en combinación con misoprostol análogo de la prostaglandina E1.

Régimen Francés: la combinación mifepristona/misoprostol está aprobada para gestaciones hasta 49 días. Se administran 600 mg de mifepristona y 36 horas más tarde 400 ug orales de misoprostol o 1 mg de Gemeprost (análogo de prostaglandinas). Diez a catorce días más tarde se practica revisión para determinar la eficacia del procedimiento. Durante el proceso es necesario revisar la paciente en consulta tres o más veces.



Régimen Norteamericano aprobado por la FDA: está basado en el régimen francés para gestaciones hasta 49 días, administra 600 mg de mifepristona y 400 ug vía oral de misoprostol 48 horas luego. Cuatro días luego de recibir la mifepristona la paciente es revisada para determinar la eficacia del método.

Diferentes estudios han comprobado la eficacia de regímenes alternativos eficaces y seguros, los más comunes incluyen dosis de 200 mg de mifepristona y administraciones por vía vaginal de misoprostol 1, 2 ó 3 días luego de administrar mifepristona, sin pérdida de eficacia cuando se compara con el régimen original. Igualmente se han implementado diferentes alternativas de seguimiento en varios países que incluyen seguimiento telefónico o visitas domiciliarias.

Protocolo para la terminación farmacológica voluntaria de la gestación:

Etapa No. 1: entrevista con el médico, decisión informada escrita, elaboración de historia clínica, examen físico y valoración de laboratorio, evaluación clínica de la edad gestacional o ecográfica en caso de dudas. Si la paciente es elegible se administra mifepristona oral y se orden analgésicos en caso de necesitarlos más tarde.

Etapa No. 2: uno a tres días luego de ingerir mifepristona, la paciente toma el misoprostol bien sea en casa o en la clínica, raras veces la paciente aborta con mifepristona sola.

Etapa No. 3: en los próximos 15 días la paciente regresa a la clínica para evaluación y confirmar si el aborto está completo, sólo ocasionalmente se requiere ultrasonido para evaluar la cavidad uterina, generalmente la clínica es suficiente para este efecto. Si el aborto es incompleto el clínico discute con la paciente diferentes opciones de manejo que pueden incluir misoprostol o aspiración manual endouterina.



Eficacia: diferentes estudios han demostrado la eficacia del régimen mifepristona/misoprostol. Aproximadamente 95% de las pacientes presentan aborto completo usando este régimen en gestaciones de 49 días o menos, estas tasas de éxito declinan a medida que la gestación avanza por encima de 8 semanas. Con respecto al tiempo para completar el aborto, aproximadamente 67% de las mujeres lo hacen cuatro horas luego de utilizar misoprostol y el 95% a las 24 horas de utilizarlo.

En quienes no presentan aborto completo, el AMEU es la intervención a elegir. Otras razones para elegir aspiración manual incluyen sangrado prolongado o excesivo y aborto incompleto.

Criterios de inclusión: la mayoría de las mujeres con gestaciones menores de 63 días pueden utilizar el régimen mifepristona/misoprostol. Si no hay resultados se debe recurrir a la dilatación y curetaje o a la AMEU.

Contraindicaciones: embarazo ectópico sospechado o confirmado, alergia a la medicación, uso crónico de corticosteroides, falla adrenal crónica, coagulopatía, porfiria, hipertensión arterial crónica, enfermedad hepática o renal severa, anemia severa.

Efectos colaterales: dolor abdominal tipo cólico y sangrado uterino, condiciones marcadoras de aborto.



CONCLUSIÓN

En mayo de 2006 la Corte Constitucional Colombiana aprobó el aborto en tres condiciones especiales: cuando la gestación pone en grave peligro la vida de la madre, cuando el feto presenta malformación incompatible con la vida y cuando la gestación es producto de violación, inseminación no consentida, acceso carnal violento o incesto. Para dar respuesta a un grave problema de salud pública que padece nuestro país como consecuencia de un número importante de abortos inseguros que dan como resultado un número significativo de muertes maternas, es necesario que los diferentes actores del sistema, el talento humano, EPSs, ARSs, IPSs y las entidades rectoras, exijan criterios mínimos de habilitación, capaciten el recurso humano y garanticen los equipos, los insumos y los protocolos necesarios para que en nuestro país las pacientes elegibles para terminación voluntaria de la gestación, de acuerdo con la sentencia de la Corte Constitucional, tengan las garantías suficientes y disminuyan o desaparezcan de una vez por todas los abortos inseguros y se impacte de manera positiva la mortalidad materna por esta causa.



BIBLIOGRAFÍA

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-355/06 de 2006: expedientes D-6122, 6123 y 6124 Demandas de inconstitucionalidad contra los Arts. 122, 123 (parcial), 124, modificados por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, y 32, numeral 7, de la ley 599 de 2000 Código Penal. Bogotá: Corte Constitucional, 2005.

Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (página web en Internet). Bogotá D.C.: DANE; (actualizado 2006 May 5; citada 2006 Ago 15). Estadísticas vitales; (cerca de 4 pantallas).

Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=178&Itemid=368

“El aborto en Colombia”. Universidad Externado de Colombia en el año 1992

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia 2005

Medication Abortion: Mifepristone/Misoprostol Regimen en: <http://www.medicationabortion.com/mifepristone/index.html>

World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, World Health Organization WHO/MSM/92.5), 1992.