

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen **48**
Volume

Número **5**
Number

Septiembre-Octubre **2005**
September-October

Artículo:




Abortos en un hospital comunitario.
Análisis de cinco años

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Artículo original

Abortos en un hospital comunitario. Análisis de cinco añosGuillermo Padrón Arredondo¹¹ Departamento de Cirugía General, Hospital Integral Playa del Carmen, Q. Roo**Resumen**

Introducción: Se estima que la incidencia anual de aborto en México varía entre 50,000 a 1000,000 pero el aborto inducido es difícil de cuantificar debido a que es un tema muy sensible y además en algunos casos, ilegal. **Material y métodos:** Objetivo: conocer la incidencia de abortos practicados bajo condiciones hospitalarias, para ello se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional sobre los abortos y legrados practicados en un hospital comunitario. **Resultados:** Durante el periodo del estudio se realizaron 386 legrados debido a aborto en este hospital intermedio de primer nivel. La distribución anual fue la siguiente: primer año 63; segundo 59; tercero 55; cuarto 97; y quinto 12. Edad promedio 24, edad máxima 44, edad mínima 13 y moda 23. Entre 1999-2000, se obtuvieron los siguientes datos: edad promedio de 24, máxima 43, mínima 15 y moda de 24 años; en el periodo 2000-2001 edad promedio 24, máxima 40, mínima 16 y moda 22 años; periodo 2001-2002 edad promedio 24, máxima 40, mínima 16 y moda 23 años; 2002-2003 edad promedio 24 años, máxima 42, mínima 13 y moda 24 años; periodo 2003-2004 edad promedio 24.4 años, máxima 44, mínima 14 y moda 23 años. **Discusión:** Las mujeres que sufren un aborto presentan tres pérdidas sensibles 1). Pérdida de un hijo, 2). Pérdida del papel de la maternidad y 3). Pérdida de la esperanza y los sueños que importa en tener su hijo, por lo cual la sensibilización y apoyo psicológico hacia estos problemas deberán ser tomados en cuenta.

Palabras clave: Aborto, incidencia, hospital comunitario.

Summary

The annual incidence of abortion in Mexico varies among 50,000 at 1000,000 but the induced abortion is difficult to quantify because it is a very sensitive topic and in some cases illegal. **Material and methods:** Objective: to know the incidence of abortions practiced under hospital conditions. Was carried out a retrospective, longitudinal study, observational study on curettage practiced in a community hospital. **Results:** During the period of the study 386 operations were carried out due to abortion in process in this community hos-

pital. The annual distribution as follows: first year 63; second 59; third 55; fourth 97; and fifth 12. Age average 24, maximum age 44, minimum 13 and mode 23. In the lapse 1999-2000, the following data were obtained: age average of 24, maximum 43, minimum 15 and mode 24; the period 2000-2001 age average 24, maximum 40, minimum 16 and mode 22 years; period 2001-2002 age average 24, maximum 40, minimum 16 and mode 23 years; 2002-2003 age average 24 years, maximum 42, minimum 13 and mode 24 years; period 2003-2004 age average 24.4 years, maximum 44, minimum 14 and mode 23 years. **Discussion:** The women that suffer abortion present three sensitive losses 1). a son's loss, 2). loss of the role of the maternity and 3). loss of the hope and the dreams that woman cares in having her son. This is the reason for sensitization and psychological support toward these problems.

Key words: Abortions, incidence, community hospital.

Introducción

Se estima que la incidencia del aborto en México varía entre 50,000 a 1000,000 al año pero el aborto inducido es difícil de cuantificar debido a que es un tema socialmente muy sensible y además en algunos casos ilegal.¹ En junio de 1991 en el estado de Chiapas se propuso la legalización del aborto a través del Foro Nacional para la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto; sin embargo, el decreto de Chiapas fue suspendido el mismo año por el Congreso Estatal. Actualmente hay opiniones de que la maternidad voluntaria implica el reconocimiento de los derechos de la mujer para tomar su decisión con respecto a su propia sexualidad y fertilidad, ello también implica la disponibilidad de educación sexual y la anticoncepción, así como el acceso a un aborto seguro y legal.² La UNICEF estimó que en 1990 se practicaron alrededor de 100,000 abortos clandestinos diariamente en todo el mundo, de los que cada año mueren entre 150,000 a 200,000 mujeres como consecuencia. Desde la perspectiva nacional, el aborto es un problema de salud pública que requiere ser enfrentado por el Sector Salud por una parte y por la sociedad por la otra. Sin embargo, ya existen leyes que permiten el aborto bajo ciertas circunstancias.³ Otros estudios indican que en México se realizan de 1 a 2 millones de abortos clandestinos cada año y

solamente 26% de las personas encuestadas admiten conocer mujeres que se han sometido a estas prácticas, esto debido a la penalización del procedimiento.⁴ En la ciudad de México el Espacio de Mujeres Cristianas han enfrentado la situación en relación con la iglesia católica que se opone a la legalización del aborto y ellas consideran que ésta deberá construir nuevos programas pastorales centrados en la mujer, enfatizando la sexualidad, la maternidad y la contracepción, confrontando la realidad social, la moral y las causas políticas del aborto y evitar la penalización, el encarcelamiento o la excomunión para resolver este problema.⁵ El aspecto moral es un problema que oscila entre los que están a favor del aborto y los que se oponen al aborto.⁶ Algo que es muy interesante en otros países es que la legalización del aborto en todas sus modalidades ha traído una dramática mejoría en la mortalidad materno-infantil, problema que en México se sigue presentando cotidianamente.⁷ Por ello, durante las últimas tres décadas, el gobierno mexicano y el Sector Salud han reconocido que el aborto inseguro es un importante problema social y público y se han tomado algunas medidas al respecto desde el punto de vista legal aunque sin despenalizarlo totalmente todavía.⁸

Material y métodos

A fin de conocer la incidencia de abortos practicados bajo condiciones hospitalarias, se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional sobre los abortos y legrados obstétricos practicados en un hospital comunitario mediante la revisión de las libretas de control anotando la edad de las pacientes y el número de casos. Criterios de inclusión: todos los abortos durante el periodo de estudio. Criterios de exclusión: legrados por causa ginecológica. Criterios de exclusión: Ninguno. Objetivo del estudio: conocer la evolución del número de abortos en un hospital comunitario. Estadística: de tendencia central en cuanto a número y edad de las pacientes incluidas en el estudio.

Resultados

Durante el periodo del estudio de junio de 1999 a mayo del 2004 (5 años) se realizaron 386 legrados uterinos instrumentales (LUI), debido a abortos atendidos en este hospital intermedio (12 camas censables) (figura 1). La distribución anual fue la siguiente: 1999-2000 = 63; 2000-2001 = 59; 2001-2002 = 55; 2002-2003 = 97; 2003-2004 = 112 (figura 2). En el mismo lapso de 1999-2000 se obtuvieron los siguientes datos: 63 legrados con una edad promedio de 24, máxima de 43, mínima de 15 y moda de 24 años; el periodo 2000-2001 con 59 legrados con edad promedio de 24, máxima de 40, mínima de 16 y moda de 22 años; periodo 2001-2002 con un total de 55 legrados, edad promedio de 24, máxima de 40, mínima de 16 y moda de 23 años; 2002-2003 con un total de

97 legrados, edad promedio de 24 años, máxima 42, mínima de 13 y moda de 24 años; periodo 2003-2004 con un total de 112 legrados, edad promedio de 24.4 años, máxima de 44, mínima de 14 y moda de 23 años (figura 3).

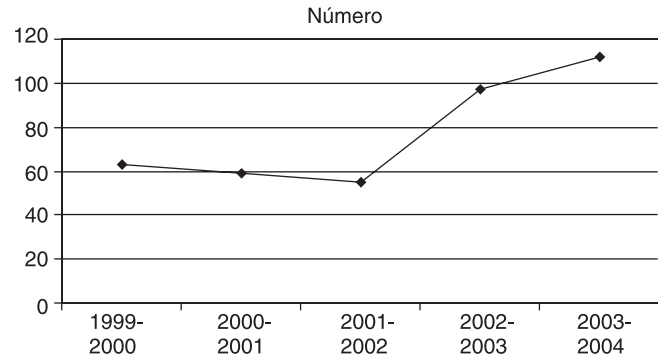


Figura 1. Abortos en un hospital comunitario durante un periodo de cinco años.

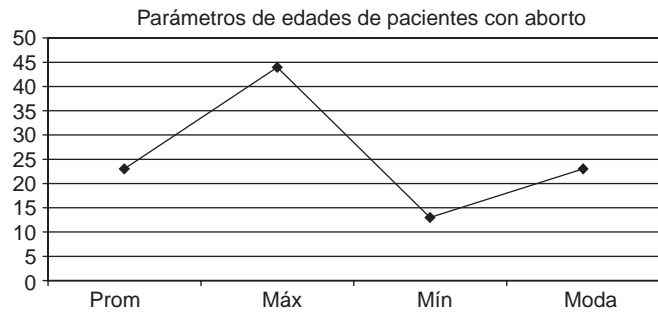


Figura 2. Medidas de tendencia central en 386 mujeres sometidas a LUI obstétricos.

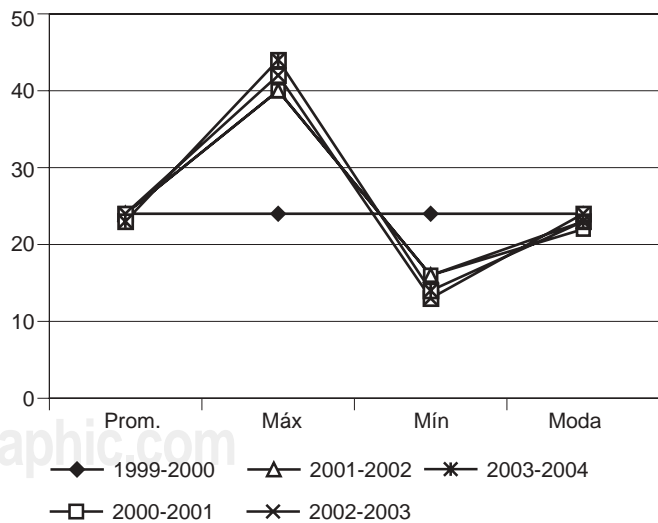


Figura 3. Parámetros de edad anual en 386 pacientes sometidas a LUI por aborto en un hospital comunitario durante un periodo de cinco años.

Discusión

La experiencia de las mujeres que sufren un aborto presenta tres pérdidas sensibles 1). La pérdida de un hijo, 2). La pérdida del papel de la maternidad y 3). La pérdida de la esperanza y los sueños que importa en tener un hijo, por lo cual, la sensibilización y el apoyo psicológico hacia estos problemas deberá ser tomada en cuenta.⁹ Algo que casi siempre se desconoce es si el aborto es provocado o no, sin embargo, ya existen métodos de investigación para resolver esta cuestión con el fin de conocer la incidencia real.¹⁰ En países como Indonesia el aborto inducido es una práctica común aunque se pagan las consecuencias de un embarazo no deseado como el sentimiento de culpa personal y familiar, probabilidad de no contraer matrimonio, abandono por su pareja, maternidad única, estigmatización del niño, dejar de estudiar y la interrupción de ingresos o cuidados, todas ellas indeseables, y de carácter universal puesto que estas conductas se repiten en todo el mundo.¹¹ Anteriormente se creía que una consecuencia de los abortos inducidos era que exponía a un nuevo aborto, situación que no ha sido confirmada por estudios clínicos y que servía de pretexto para evitar los abortos inducidos.¹² Sin embargo, otros estudios concluyen que el aborto inducido mediante aspiración durante el primer trimestre, sí se asocia con este riesgo lo cual deberá ser tomado en cuenta a fin de elegir el método apropiado para evitar esta consecuencia.¹³ Las pacientes atendidas en nuestro hospital son de escasos recursos y al igual que para otras patologías guardan similitud en cuanto a diferencias sociales y demográficas, tales como la edad, abortos previos, y la actitud hacia el procedimiento.¹⁴

Un fenómeno interesante es la actitud de los médicos hacia la práctica del aborto y en estudio de Cantú y cols. encontraron que 62.4% de los abortos fueron inducidos, pero 78% de los médicos consideraron que el procedimiento ilegal en sólo 6%, luego entonces, ¿los demás abortos fueron espontáneos? Se sabe que el aborto lo puede inducir la propia paciente, (es muy conocido el efecto del misoprostol y actualmente se hace un amplio uso de este producto, el cual originalmente se desarrolló para enfermedades acidopépticas, con un costo relativamente bajo y al descubrir sus aplicaciones en la inducción del aborto elevaron dramáticamente su costo), las comadronas, los médicos generales, los ginecólogos, y casi cualquier médico puesto que el procedimiento es relativamente simple, sin embargo, en nuestro hospital todos los procedimientos fueron tratados por ginecólogos.¹⁵ Otro aspecto interesante acerca de la actitud de los médicos está relacionada con sus creencias religiosas, y se ha comprobado que quienes profesan una religión la mayoría rechazan la práctica del aborto mientras quienes no profesan ninguna religión, la mayoría, están a favor del procedimiento.¹⁶ Un aspecto fundamental que ha sido soslayado por la comunidad

médica ha sido el reconocimiento y consecuente apoyo psicológico a las pacientes que se someten a un aborto y una de las patologías más frecuentes es la depresión para lo cual existen múltiples estudios que han caracterizado esta patología, sus consecuencias y sus soluciones. Es necesario implementar programas orientados a este aspecto en nuestro hospital.¹⁶⁻²² En nuestras pacientes todas fueron sometidas a legrado, sin embargo, el manejo expectante es recomendado por algunos autores ya que hasta casi 50% se resuelven de esta manera, es deseable que los ginecólogos se den una oportunidad.²³ El uso de la ultrasonografía es de utilidad para esta práctica y es un medio al alcance de casi todos los hospitales²⁴ ¿Por qué se presentan los abortos inducidos? Estudios como el de Nesheim han encontrado que en la mayoría de estos casos el embarazo no había sido planeado ni era deseado, situación similar en nuestra población.²⁵

Es indudable que si hay aborto es porque el uso de los métodos anticonceptivos o ha sido nulo o han fallado siendo la primera razón la principal, sobre todo en mujeres jóvenes y entre las razones observadas en nuestra población es la falta de cultura, de educación, y la pobreza; esto se observa al comparar a nuestra población con la misma población pero que radica en el extranjero (Estados Unidos) en donde la misma persona cambia de actitud con el sólo hecho de radicar en otro país.²⁶ Se ha comprobado que el seguimiento de los pacientes tiene gran valor en la vigilancia de los pacientes, sin embargo, nuestras pacientes llegan al hospital, se resuelve el aborto y se pierden; esto se ha podido resolver en otros países mediante el seguimiento por vía telefónica u otros medios, programas especiales de apoyo, los cuales han demostrado su validez en cuanto a la recuperación, sobre todo emocional de estas pacientes ¿seremos capaces de implementar algo similar?²⁷ Es indudable que el uso adecuado de anticonceptivos es parte de la solución para evitar los embarazos y en muchos casos los abortos inducidos tal como lo ha demostrado Ortiz-Ortega y cols.²⁹ Del mismo modo, los anticonceptivos de emergencia han venido a solventar en gran medida los embarazos no deseados así como también el aborto médico, aunque para este último, las leyes deberán actualizarse, incluso, podría ser más deseable el aborto médico que el quirúrgico según algunos autores.²⁹⁻³¹ Así como las mujeres que abortan presentan tres pérdidas emocionales, del mismo modo cuando se presenta el caso recurren a cuatro defensas emocionales para salir del problema llamadas estrategias morales de sobrevivencia: 1). Aceptando las reglas sociales, esto es, se declaran culpables socialmente; 2). Alegan ignorancia o ambigüedad acerca del embarazo; 3). Actitud ambivalente con respecto al deseo del embarazo, y 4). Presentar el aborto como un accidente, “me caí, realicé esfuerzo físico, etc.”³²

Finalmente, cabe recordar un caso que ilustró la situación actual del aborto en México en donde una paciente solicitó el aborto por ser menor de edad y violada (caso en los cuales las

leyes mexicanas aprueban el aborto), sin embargo, le fue negada esta posibilidad por presiones políticas, económicas y sociales.^{33,34} Esto es, en Chiapas se intenta la legalización absoluta del aborto y en Baja California se oponen absolutamente. Asunto de leyes. Esto no es privativo de estos estados, en Cancún durante los últimos meses se han reportado casos al ministerio público por parte del personal del hospital local por sospecha de aborto criminal y aun en nuestro hospital se ha intentado el mismo proceder. Asunto de moral.

Conclusiones

1. El aborto en México es elevado y en nuestro hospital ha mostrado una tendencia hacia el aumento del mismo lo cual es deseable puesto que se realizan bajo condiciones de seguridad por ginecoobstetras.
2. No hay seguimiento de estas pacientes en cuanto a su control médico y el apoyo psicológico no se les ofrece institucionalmente.
3. El mundo gira en torno a la decisión de aprobarlo o desaprobarlo, sin embargo, las políticas de salud pública internacionales orientan hacia una despenalización completa de esta práctica común pero clandestina.

Referencias

1. Murphy TF. The moral significance of spontaneous abortion. *J Med Ethics*. 1985; 11(2): 79-83.
2. Nuñez L, Palma Y. Aborto en México. Un problema público y social. *Demos*. 1990; 3: 31.
3. Foro Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto (Tuxta, Gutiérrez: 1991. *Concienc Latinoam*. 1991; 3 (2): 13-4.
4. Aguayo-Hernández JR. Aborto: un problema de salud pública o de planificación familiar. *Emisor Demogr*. 1991; 5(1): 19-24.
5. Public health and social injustice are the key issues for the decriminalization of abortion in Mexico. *Newsl Womens Glob Netw Reprod Rights*. 1994; 45: 17.
6. Espacio de Mujeres Cristianas. On legalizing abortion: an open letter from Mexico's Christian Women's Collective. *Concienc*. 1993; 14:(1-2): 26-7.
7. Fried MG. Abortion in the United States: barriers to access. *Health Hum Rights*. 2000; 4(2): 174-94.
8. Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramírez R, Villaseñor-Martínez L, Rivera-Díaz M. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reprod Health Matters*. 2002; 10(19): 86-94.
9. Harvey J, Moyle W, Creedy D. Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Aust J Adv Nurs*. 2001; 19(1): 8-14.
10. Olinto MT, Moreira Filho Dde C. Estimating the frequency of induced abortion: a comparison of two methods. *Rev Panam Salud Public*. 2004; 15(5): 331-6.
11. Bennett LR. Single women's experiences of premarital pregnancy and induced abortion in Lombok, Eastern Indonesia. *Reprod Health Matters*. 2001; 9(17): 37-43.
12. Parazzini F, Chatenoud L, Tozzi L, Di Cintio E, Benzi G, Fedele L. Induced abortion in the first trimester of pregnancy and risk of miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998; 105(4): 418-21.
13. Sun Y, Che Y, Gao E, Olsen J, Zhou W. Induced abortion and risk of subsequent miscarriage. *Int J Epidemiol*. 2003; 32(3): 449-54.
14. Mogilevskina I, Hellberg D, Nordstrom ML, Odland V. Factors associated with pregnancy termination in Ukrainian women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79(12): 1126-31.
15. Cantú JM, Álvarez R, Margain JC, Armendares S, Hernández A. Actitud de los médicos hacia el aborto. *Ginecol Obstet Mex*. 1975; 37(223): 275-85.
16. Abdel-Aziz E, Arch B, Al-Taher H. The influence of religious beliefs on general practitioner's attitudes towards termination of pregnancy- a pilot study. *J Obstet Gynaecol*. 2004; 24(5): 557-61.
17. Swanson KM. Predicting depressive symptoms alter miscarriage: a path analysis base on the Lazarus paradigm. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000; 9(2): 191-206.
18. Nelson DB, Grisso JA, Joffe MM, Brensinger C, Shaw L, Datner E. Does stress influence early pregnancy loss? *Ann Epidemiol* 2003; 13(4): 223-9.
19. Dorfer M, Egger J, Hausler M. Psychi coping with spontaneous abortion. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1999; 49(7): 235-40.
20. Nikcevic AV, Tunkel SA, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999; 106(8): 808-13.
21. Johnson-Hanks J. The lesser shame: abortion among educated women in Southern Cameroon. *Soc Sci Med* 2002; 55 (8): 1337-49.
22. Stirtzinger RM, Robinson GE, Stewart DE, Ralevski E. Parameters of grieving in spontaneous abortion. *Int J Psychiatry Med*. 1999; 29(2): 235-49.
23. Amuchastegui-Herrera A, Rivas-Zivy M. Clandestine abortion in Mexico: a question of mental as well as physical health. *Reprod Health Matters*. 2002; 10(19): 95-102.
24. Wieringa-de Waard M, Ankum WM, Bonsel GJ, Vos J, Biewenga P, Bindels PJ. The natural course of spontaneous miscarriage: analysis of signs and symptoms in 188 expectantly managed women. *Br J Gen Pract*. 2003; 53(494): 704-8.
25. Ciro L, Jeremy K, May C, Costello G, Collins WP, Bourne TH. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ*. 2002; 324(7342): 873-5.
26. Nesheim BI. Contraception and abortions. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1999; 119(2): 177.
27. Guendelman S, Malin C, Herr-Harthorn B, Vargas PN. Orientation to motherhood and male partner support among women in Mexico and Mexican-origin women in the United States. *Soc Sci Med*. 2001; 52(12): 1805-13.
28. Jacobs J, Harvey J. Evaluation of an Australian miscarriage support programme. *Br J Nurs*. 2000; 9(1): 22-6.
29. Ortíz-Ortega A, De la Torre GG, Galván F, Cravioto P, Paz F, Díaz-Olavvarrieta C, Ellertson C, Cravioto A. Aborto, uso de anticonceptivos y embarazo en adolescentes durante el primer año de estudiantes de medicina en la UNAM. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 14(2): 125-30.
30. Gould H, Ellertson C, Corona G. Knowledge and attitudes about the differences between emergency contraception and medical abortion among middle-class women and men of reproductive age in Mexico City. *Contraception*. 2002; 66(6): 417-26.
31. Zou Y, Luo J, Xiao YF, Fan YJ, Luo R. Study on the influence of medical abortion and surgical abortion on subsequent pregnancy. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2004; 35(4): 543-5.
32. Erviti J, Castro R, Collado A. Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal With Miscarriage and "Spontaneous" Abortion. *Qual Health Res*. 2004; 14(8): 1058-76.
33. Farmer A. In Mexico, abortion rights strictly for the books. *Reprod Freedom News*. 2000; 9(6): 3.
34. Taracena R. Social actors and discourse on abortion in the Mexican press: the Paulina case. *Reprod Health Matters*. 2002; 10(19): 103-10.