

301.42668
R 481

MANEJO CLINICO DEL ABORTO INCOMPLETO EN LOS
HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE COLOMBIA

por

GERMAN RIAÑO-GAMBOA, MD
Jefe, Programa Atención Materno Infantil
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
Bogotá, Colombia

JAMES G. FERGUSON, PhD
Research Associate
International Fertility Research Program
Chapel Hill, North Carolina

ALFREDO GOLDSMITH, MD, MPH
Area Coordinator for Latin America
International Fertility Research Program
Chapel Hill, North Carolina

Este reporte fue preparado en parte gracias a un
grant del International Fertility Research Program
Chapel Hill, North Carolina (AID/csd 2979).



Colaboraron en la recolección de datos para este trabajo las siguientes Facultades de Medicina:

Universidad de Antioquia	---	Dr. Byron Rios Castro
Universidad de Caldas	---	Dr. Mario Calles Mesa
Universidad de Cauca	---	Dra. Alba Inés P. de Avila
Universidad de Cartagena	---	Dr. Alberto Zabaleta Lombana
Universidad Javeriana	---	Dr. Germán Uriza
Universidad Nacional	---	Dr. José Vicente Salamanca
Universidad del Rosario	---	Dr. Arturo Aparicio Laserna
Universidad de Santander	---	Dr. Ciro Reyes
Universidad del Valle	---	Dr. Hernando Navarro

I. INTRODUCCION

Hasta ahora, las investigaciones que se han hecho en Colombia acerca del aborto provocado han sido muy pocas, pero han ido aumentando progresivamente motivadas por el problema social que este representa. En los últimos siete años se han llevado a cabo dos investigaciones a nivel nacional; una reportada en 1969 y la presente.

A partir de 1968, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), a través de la División de Estudios de Población y la Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, realizó un estudio sobre el problema del aborto en Colombia. Los resultados de esta investigación cooperativa realizada en 11 hospitales colombianos se dieron a conocer en el XII Congreso de Obstetricia y Ginecología que tuvo lugar en Manizales (Colombia) en 1969.¹ Aunque desde esa fecha se han presentado múltiples trabajos que ampliaron el círculo de investigación a nivel nacional, el estudio de 1969 señaló el núcleo del problema del aborto en Colombia; un aumento progresivo del aborto y su impacto sobre los servicios nacionales de salud.

Los resultados reportados en la presente investigación son similares a datos de 1969 y por lo tanto confirman la gravedad de los problemas relacionados al aborto. A pesar de contar con los esfuerzos de personal altamente calificado y la utilización de técnicas modernas, gran parte de las tasas de mortalidad materna se atribuyen al aborto incompleto provocado.

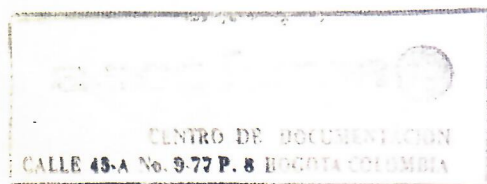
Colaboraron en la recolección de datos para esta investigación los 10 hospitales de Colombia pertenecientes a las nueve Facultades de Medicina existentes en el país (Figura 1). Utilizando un formulario standard desarrollado por el Programa Internacional de Investigación sobre Fecundidad (IFRP) de Chapel Hill, Carolina del Norte, EE.UU., ASCOFAME, a través de su Programa de Atención Materno Infantil, inició en las Facultades de Medicina (febrero de 1974) un estudio del aborto incompleto. Exceptuando los casos que ingresaron los días sábado y domingo, desde el 8 de febrero de 1974 hasta el 3 de marzo de 1975 se entrevistaron 2923 mujeres hospitalizadas con diagnóstico de aborto incompleto.



Figura 1. Diez Hospitales Pertenecientes a ASCOFAME.

La información clínica y socio-demográfica se registró previamente a la intervención y en una visita de control al mes, realizada en la residencia de la paciente o en la consulta hospitalaria, se obtuvieron los datos de seguimiento. Para asegurar un muestreo representativo de cada hospital del número de abortos, se asignó un número de pacientes al estudio de acuerdo al total de casos obstétricos atendidos durante el mes.

Los formularios una vez diligenciados fueron enviados a la sede del proyecto en Bogotá donde fueron examinados cuidadosamente, corregidos y preparados para ser enviados al IFRP donde los datos fueron analizados y remitidos al autor principal para la elaboración de este trabajo. También se realizaron análisis individuales para cada uno de los diez hospitales universitarios los cuales fueron elaborados por los investigadores a manera de informes para ser presentados en este Congreso.



Materiales y Métodos

Se utilizaron 2923 casos para ser analizados y en el Cuadro I se muestra la distribución de los tipos de aborto según los centros hospitalarios. Aunque la mayoría de los casos fueron diagnosticados al ingreso de la paciente como aborto espontáneo, se encontró un porcentaje alto de aborto "inducido" (16.8%), con una marcada diferencia entre las distintas regiones. El alcance en el porcentaje de mujeres admitidas debido al aborto inducido va desde un máximo del 33.5 por ciento en Antioquia-Medellín, hasta un mínimo del 5.0 por ciento en Cartagena. La confiabilidad de estas cifras es relativa ya que fueron tomadas en pacientes que podrían considerar la confesión de un aborto ilegalmente provocado como conducente a un castigo por la ley. Por lo tanto, el "verdadero" número de "abortos provocados" no se registra en su verdadera magnitud.

Cuadro I
CLASIFICACION DEL ABORTO AL INGRESO
ESTUDIO 100 ASCOFAME, COLOMBIA 1974 - 1975*

Centro	Aborto Inducido		Aborto Espontáneo	
	No.	%	No.	%
Bogotá (Univ. Nacional)	76	23.2	251	76.8
Bucaramanga (Univ. Santander)	24	8.5	257	91.5
Bogotá (Univ. Javeriana)	13	17.1	63	82.9
Manizales (Univ. de Caldas)	18	5.2	326	94.8
Bogotá (Univ. de Rosario)	48	31.0	107	69.0
Cali (Univ. del Valle)	71	14.2	427	85.8
Cartagena (Univ. de Cartagena)	25	5.0	472	95.0
Medellín (Univ. de Antioquia)	197	33.5	390	66.5
Popayán (Univ. del Cauca)	12	9.9	109	90.1
TOTAL	484		2402	

*37 pacientes sin datos.

II. PERFIL DEMOGRAFICO Y REPRODUCTIVO

A. Características Demográficas

El Cuadro II contiene un resumen de índices socio-demográficos combinados de los 10 hospitales. En algunos casos se hará referencia a los hospitales individualmente, especialmente cuando sus datos se desvían notoriamente de los de los índices generales. A diferencia de los datos presentados en 1968,¹ la edad media de este grupo fue de 26.9 años, lo cual refleja una baja de 1.8 años. Es interesante anotar la similaridad entre estas cifras en los distintos centros. El promedio más alto de edad (28.5 años) se reportó en Popayán y el más bajo (26.4 años) en Cartagena. La variable correspondiente al estado civil, se

Cuadro II
ALGUNAS CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS
ESTUDIO 100 ASCOFAME, COLOMBIA 1974 - 1975

Características	Número	%	Características	Número	%
<u>Edad</u>			<u>Residencia</u>		
<20	453	15.5	Local Urbana	2,506	85.7
20-24	835	28.6	Sub-Urbana	140	4.8
25-29	698	23.9	Rural Local	91	3.1
30-34	461	15.8	Sub-Rural	182	6.2
35-39	314	10.7	Desconocida	4	0.1
40 o más	162	5.5			
Promedio		26.8	<u>Ocupación</u>		
			<u>Remunerada</u>		
<u>Estado Civil</u>			Sí	640	21.9
Soltero	733	25.1	No	2,278	77.9
Casado	2,139	73.2	Desconocido	5	0.2
Casado Informalmente	50	1.7			
Desconocido	1	0.0	<u>Grupo Etnico</u>		
<u>Nivel Educativo de las Pacientes</u>			Blanco	59	2.0
<u>Años</u>			Indio	57	2.0
0	190	6.5	Mestizo	2,659	91.0
1-3	1,083	37.1	Negro	148	5.1
4-6	1,135	38.8			
10-12	108	3.7	<u>Religión</u>		
13 o más	22	0.8	Ninguna	57	2.0
Desconocido	6	0.2	Budista	3	0.1
Promedio		4.3	Católica	2,828	96.7
			Hindú	3	0.1
			Protestante	25	0.9
			Otra	7	0.2

caracterizó por sus diferencias, el promedio del grupo fue del 73.2 por ciento de casadas, pero dentro de las regiones hubo una diferencia entre el 46.5 por ciento de casadas en Cali hasta el 94.4 por ciento en Cartagena. El porcentaje de casadas registra una realidad ya conocida en otras investigaciones realizadas^{2 3} y confirma el hecho que son las casadas las que más utilizan el aborto. Esto se debe en parte al hecho de que las mujeres casadas, que son las más expuestas al riesgo de embarazos (algunos de los cuales pueden ser no deseados) y por lo tanto las que más necesitan el aborto, no se enfrentan al "riesgo de rechazo social" tanto como lo están expuestas las mujeres solteras. Pero el caso de las solteras es distinto. Como el matrimonio condona el embarazo, el matrimonio en un sentido, puede pensarse condone el terminar un embarazo no deseado. Frente a este hecho, es interesante anotar que muchas mujeres quisieran clasificarse voluntariamente como solteras en este estudio, lo cual no sucedió en otras investigaciones realizadas en otros países.

El patrón de educación y residencia predominante es de personas medio alfabetas de procedencia urbana. Hubo alguna dispersión alrededor del promedio de educación de 4.3 años cursados ya que la cifra más baja fue de 3.4 años en Popayán y la más alta fue de 6.8 años en Bogotá (Rosario). La educación de los maridos mostró más o menos el mismo alcance con un máximo de 7.6 años en Bogotá (Rosario) y un mínimo de 4.5 años en Bucaramanga, lo cual da un promedio global de 5.4 años. El estado civil parece no estar muy relacionado con la educación de las pacientes, ya que el promedio de educación de las mujeres casadas fue de 4.6 años cursados mientras el de las solteras fue de 4.1 años.

Los datos de residencia demuestran que el 90.5 por ciento de las mujeres provenían de áreas urbanas (el 85.7% del área local y el 4.9% del área periférica) aunque el porcentaje de 9.3 pacientes procedentes de zonas rurales pudiera significar un leve cambio al compararlo con el porcentaje rural de 7.5 por ciento reportado en una sección representativa de esta misma muestra hace un año.⁴ Si este pequeño aumento presagia una tendencia a un cambio demográfico, puede señalar tanto una mayor motivación hacia los servicios técnicos de salud como una mayor conciencia de las graves consecuencias que se pueden derivar del procedimiento sin la atención médica debida.

La mayor proporción de mujeres provenía del área urbana, sin embargo existe cierta variación entre las localidades en relación a residencia. En Bogotá (Nacional) se encontró el más alto porcentaje de pacientes del área urbana (96.0) mientras que Popayán mostró el más bajo (63.1).

El 21.9 por ciento de los casos tenían empleo lucrativo, lo cual tiende a ser representativo de la totalidad del grupo. Sin embargo, existe cierta variación entre los centros ya que Popayán reportó la cifra más baja de empleo lucrativo (15.6) y Medellín tuvo la más alta (29.2%).

Por los datos encontrados en el presente estudio, parece existir una contradicción con un trabajo realizado anteriormente por el autor principal,⁵ en el cual las pacientes que trabajaban excedían a las que no trabajaban más de tres a una. Es acá donde interviene la educación como variable--clave ya que los datos presentados en el trabajo anterior fueron de pacientes con un nivel mucho más alto de educación que las de ésta investigación.

Tanto la composición étnica como la afiliación religiosa fueron relativamente homogéneas en los diferentes centros aunque se observó una mayor variación en las características étnicas. Como era de esperarse, la raza predominante fue la mestiza en 91.1 por ciento; menores porcentajes se registraron en la negra (5.1%), caucásica (2.0%) e india (2.0%). Es interesante anotar la diferencia entre los distintos centros en cuanto a raza, ya que el porcentaje de las pacientes de raza mestiza fluctuó desde el 100.0 por ciento en Manizales hasta un 78.8 por ciento en Cali. De igual forma, el porcentaje de raza negra varió de un máximo de 14.0 por ciento en Cali a un mínimo de 0.0 por ciento en Manizales y Bogotá (Rosario). Los grupos indígenas no mostraron tanta variación. Popayán reportó el porcentaje más alto (8.2) mientras que Bucaramanga, Bogotá (Javeriana), Manizales y Cartagena mostraron un 0.0 por ciento cada uno.

B. Características Reproductivas

Paridad

El Cuadro III contiene una distribución de edad por paridad para las 2923 pacientes. El esperado aumento de paridad con edad está claramente demostrado. Sin embargo, vale la pena comentar un detalle: entre los grupos de edades de 15

Cuadro III

DISTRIBUCION POR EDAD Y PARIDAD, ESTUDIO 100 ASCOFAME, COLOMBIA 1974 - 1975

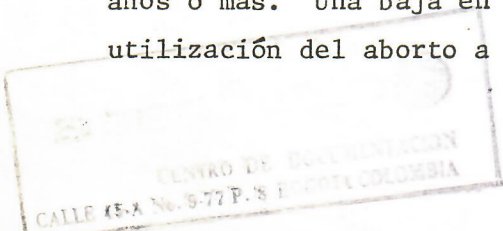
Paridad	Edad														Total No.	Total %	Edad Mediana		
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 o más	No.		%		No.					%	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				No.	%
0	7	0.2	265	9.1	217	7.4	80	2.7	24	0.8	7	0.2	4	0.1	0	0.0	604	20.7	20.2
1	0	0.0	118	4.0	246	8.4	104	3.6	44	1.5	12	0.4	1	0.0	0	0.0	525	18.0	22.4
2	0	0.0	49	1.7	205	7.0	133	4.6	65	2.2	21	0.7	4	0.1	0	0.0	477	16.3	24.1
3	0	0.0	8	0.3	93	3.2	141	4.8	71	2.4	29	1.0	9	0.3	1	0.0	352	12.0	27.2
4	0	0.0	2	0.1	44	1.5	95	3.3	79	2.7	33	1.1	8	0.3	0	0.0	261	8.9	28.9
5	0	0.0	1	0.0	20	0.7	75	2.6	68	2.3	40	1.4	8	0.3	4	0.1	216	7.4	30.4
6	0	0.0	0	0.0	6	0.2	37	1.3	38	1.3	39	1.3	15	0.5	1	0.0	136	4.7	32.8
7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	0.5	30	1.0	37	1.3	14	0.5	2	0.1	99	3.4	35.0
8 ó más	0	0.0	0	0.0	2	0.1	14	0.5	42	1.4	95	3.3	65	2.2	20	0.7	238	8.1	37.7
Desconocida	0	0.0	3	0.1	2	0.1	3	0.1	0	0.0	1	0.0	5	0.2	1	0.0	15	0.5	28.7
TOTAL	7	0.2	446	15.3	835	28.6	698	23.9	461	15.8	314	10.7	133	4.6	29	1.0	2923	100.0	25.7
Paridad Promedio	0.0		0.3		1.3		2.7		3.8		5.9		7.5		7.8		2.2		

a 34 años el aumento en la paridad mediana de un grupo a otro se presenta aproximadamente en cifras de uno, pero los intervalos entre las categorías de "30-34", "35-39" y "40-44" años se presentan en cifras más cerca a dos. (Esto puede indicar el impacto de los programas de educación en planificación familiar.)

Es interesante hacer un breve análisis de las diferencias regionales de paridad. La paridad media más baja (2.3) se registró en dos hospitales de Bogotá (Javeriana [edad media = 29.5] y Rosario [edad media = 26.1]). En estas submuestras se encontró un promedio mayor de educación así como también un promedio más alto de utilización previa de anticonceptivos. Por otra parte, la paridad más alta (3.5) (edad media = 27.4) correspondió a Bucaramanga donde el grupo de mujeres tenía un nivel de educación más bajo del promedio y un promedio relativamente menor en la utilización previa de anticonceptivos. El segundo promedio más alto de paridad (3.3) se encontró en Popayán (edad media = 27.0) y vale la pena anotar que esta área comparte con Bucaramanga el porcentaje más alto de pacientes rurales. Entre otras cosas, la "necesidad sentida" de familias más numerosas que se encuentra en áreas agrarias, probablemente se combina con un nivel de educación más bajo y una efectividad reducida de los programas de información y educación en planificación familiar, lo que conlleva a una paridad más alta.

Terminación del Embarazo

El Cuadro IV y la Figura 2 presentan varias tasas para los acontecimientos relacionados con la terminación del embarazo obtenidas de las historias clínicas de las pacientes admitidas a este estudio. Si estos casos son representativos de la población femenina,^{6 7} las mujeres menores de 20 años muestran una mayor utilización del aborto para terminar su embarazo. Es evidente que la utilización del aborto disminuye con relación al aumento de la edad--el descenso más notorio se presenta entre el grupo de mujeres menores de 20 años (548.7/1000 embarazos) y las mujeres de 20 y 29 años (306.1/1000 embarazos). De igual importancia es el hecho que la mortalidad de hijos demuestra una tendencia contraria respecto a la edad. Las tasas más bajas de mortalidad de hijos (35.6/1000 nacidos vivos) se registran en mujeres menores a 20 años, mientras que las tasas más altas (101.6/1000 nacidos vivos) se presentan en mujeres de 40 años o más. Una baja en la mortalidad de hijos parece estar relacionada con la utilización del aborto a pesar de su ilegalidad.

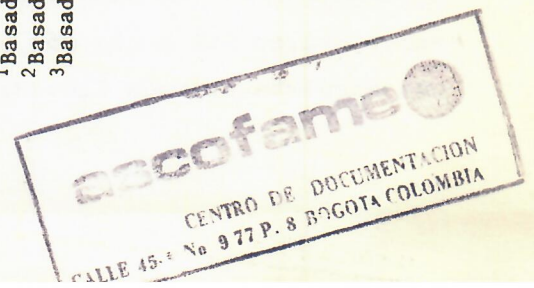


Cuadro IV

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS ANTERIORES, ESTUDIO 100 ASCOFAME, COLOMBIA 1974 - 1975*

Antecedentes	<20 Número	(N=448) Tasa/1000	20-29 Número	(N=1525) Tasa/1000	30-39 Número	(N=762) Tasa/1000	40+ Número	(N=155) Tasa/1000	Total Número	(N=2890) Tasa/1000
Abortos previos a esta admisión	310	548.7	1463	306.1	1175	240.5	321	205.9	3269	277.3
Inducidos	47	83.2	234	49.0	162	33.2	57	36.6	500	42.4
Espontáneos	263	465.5	1229	257.2	1013	207.4	264	169.3	2769	234.9
Nacimientos ¹ previos a esta admisión	255	451.3	3316	693.9	3710	759.5	1238	794.1	8519	722.7
Mortinatos	2	3.5	58	12.1	51	10.4	27	17.3	138	11.7
Nacidos vivos	253	447.8	3258	681.7	3659	749.0	1211	776.8	8381	711.0
Total embarazos ² anteriores a esta admisión	565	1261.2	4779	3133.8	4885	6410.8	1559	10058.1	11788	4078.9
Nacidos vivos ³	244	964.4	3121	957.9	3487	953.0	1088	898.4	7940	947.4
Masculinos	131	517.8	1626	499.1	1813	495.5	547	451.7	4117	491.2
Femeninos	113	446.6	1495	458.9	1674	457.5	541	446.7	3832	456.2
Sin dato	9	35.6	137	42.1	172	47.0	123	101.6	441	52.6

*Datos faltantes de 33 pacientes.

¹Basados en números de embarazos.²Basados en números de mujeres.³Basados en números nacidos vivos.

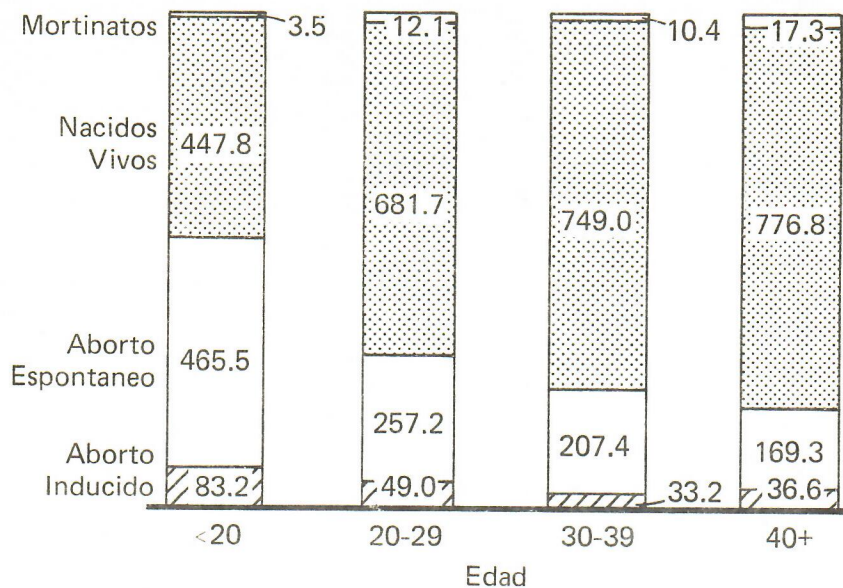


Figura 2. Eventos por 1,000 Embarazos, Estudio 100 ASCOFAME, Colombia, 1974-1975.

Deseo de Más Hijos

Los datos del Cuadro V sugieren una preferencia dominante por un tamaño familiar de dos hijos. Aunque las pacientes no fueron entrevistadas sobre sus deseos durante un período determinado, por ejemplo los próximos dos años, los datos disponibles revelan un patrón definido. Es importante anotar que estos patrones preferenciales son consistentes para todas las mujeres de la muestra, sin distinción de edad.

Uso de Anticonceptivos

Los datos con respecto a la utilización de anticonceptivos tanto antes como después del aborto indican un cuadro no muy claro. Examinando los datos de todo el país como se muestran en la Figura 3, se puede suponer que estos embarazos se debieron a fallas del método para las mujeres que previamente habían utilizado anticonceptivos orales (8.6%). En el caso de los anticonceptivos orales, las supuestas fallas del método bien pueden atribuirse a una falta de información y a la dificultad de entender su utilización especialmente en una muestra de nivel de educación tan bajo. El 4.7 por ciento de las mujeres usaban un DIU en el mes de concepción. De paso debe anotarse que el porcentaje de mujeres que utilizaban orales fue mucho más bajo que aquel reportado en un estudio anterior.² En una encuesta privada llevada a cabo entre 100 pacientes de aborto se encontró

Cuadro V

NUMERO DE HIJOS ADICIONALES DESEADOS POR HIJOS VIVOS
ASCOFAME ESTUDIO 100, COLOMBIA, 1974 - 1975*

Hijos vivos	Porcentaje de Mujeres que Desean Hijos Adicionales							Total	
	0	1	2	3	4+	Desconocidos	No.	%**	
0	24.2	15.0	39.6	13.7	4.7	2.9	621	21.4	
1	45.1	33.9	14.2	4.7	1.1	1.1	537	18.5	
2	73.1	19.6	5.7	0.2	0.0	1.4	495	17.0	
3	86.6	9.1	3.1	0.3	0.0	0.9	351	12.1	
4	92.9	5.1	1.2	0.4	0.0	0.4	255	8.8	
5+	98.2	1.5	0.2	0.0	0.0	0.2	649	22.3	
Total	66.4	14.7	12.6	3.9	1.2	1.2	2908	100.0	

*Datos faltantes para 15 casos.
**Porcentaje de la tabla total.

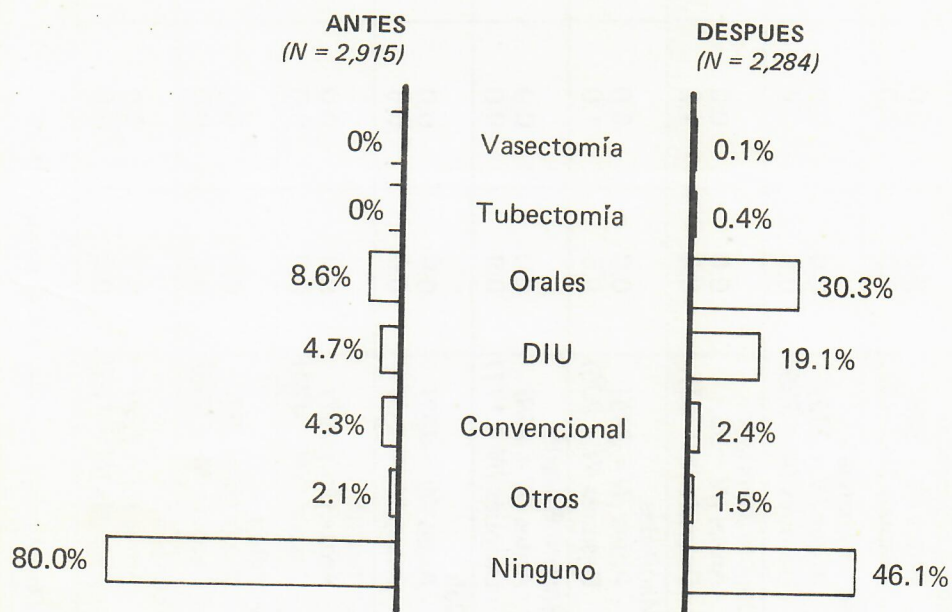


Figura 3. Utilización de Anticonceptivos Antes y Después del Aborto.

Cuadro VI

UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS ANTES Y DESPUES DEL ABORTO (PORCENTAJE)

	Vasectomía	Tubectomía	Orales	DIU	Conven- cional	Otros	Ninguno
Bogotá Nacional · Antes (N = 328) · Después (N = 781)	0.0 0.0	0.0 0.0	5.8 38.7	5.8 21.5	9.7 9.4	0.9 0.6	77.7 29.8
Bucaramanga · Antes (N = 282) · Después (N = 239)	0.0 0.0	0.0 0.4	8.9 42.7	5.0 16.7	3.2 0.4	2.5 0.0	80.5 39.7
Bogotá Javeriana · Antes (N = 95) · Después (N = 85)	0.0 0.0	0.0 1.2	10.5 43.5	3.2 7.1	3.2 3.6	9.5 1.2	73.7 43.5
Manizales · Antes (N = 345) · Después (N = 206)	0.0 0.5	0.0 1.0	12.2 37.9	8.1 20.9	7.0 3.9	2.6 2.9	70.1 33.0
Bogotá Rosario · Antes (N = 158) · Después (N = 111)	0.0 0.9	0.0 0.0	4.4 19.8	8.2 10.8	6.3 3.6	7.5 2.7	73.0 62.2
Cali · Antes (N = 498) · Después (N = 381)	0.0 0.0	0.0 0.5	9.9 16.3	6.0 18.1	3.4 1.0	1.6 1.3	79.1 62.7
Cartagena · Antes (N = 497) · Después (N = 428)	0.2 0.0	0.0 0.0	3.2 21.7	0.4 12.1	0.6 1.4	1.0 0.5	93.8 64.3
Medellín · Antes (N = 592) · Después (N = 538)	0.0 0.2	0.0 0.0	12.0 29.6	3.7 31.2	4.1 1.3	1.2 2.2	78.9 35.5
Popayán* · Antes (N = 122) · Después (N = 115)	0.0 0.0	0.0 2.6	9.8 60.9	4.9 6.1	2.4 4.3	0.8 3.5	80.3 22.6

* Desconocido: antes 1.6%; después 0.0%.

que el 80 por ciento del total utilizaba algún tipo de anticonceptivos. De estas mujeres el 20 por ciento dependía del coito interrumpido. Las diferencias socioeconómicas entre la muestra anterior y la presente, pueden haber influido sobre las recomendaciones anticonceptivas hechas por personal médico a los dos grupos.

Como está indicada en la Figura 3, la utilización previa de anticonceptivos fue muy baja. El 80.0 por ciento de estas mujeres informó que no había utilizado ningún método preventivo en el mes de concepción. Este porcentaje fluctuó entre los distintos centros (Cuadro VI). Cartagena reportó la cifra más baja de pacientes que no practicaron ningún método anticonceptivo (6.2%); el porcentaje más alto (29.9%) correspondió a Manizales.

Esta baja utilización de anticonceptivos puede interpretarse también como la "legitimización" del aborto por estas mujeres. Si las mujeres sienten que los Servicios de Salud se niegan a ofrecerles métodos anticonceptivos efectivos, estas mujeres recurrirán a cualquier método, siendo uno de estos el aborto provocado.

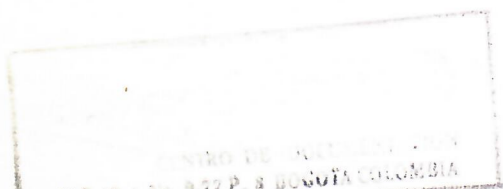
Vale la pena señalar un punto final relativo a la utilización de anticonceptivos previos al aborto. Si se cruzan datos en relación al deseo de más hijos y el uso de anticonceptivos durante el mes de concepción, es posible lograr una idea hasta que punto estaban verdaderamente las mujeres decididas a no tener más hijos. Se supone que las mujeres que realmente no quieren más hijos mostrarán una alta tasa de utilización de anticonceptivos previos al aborto. Asumiendo que estas pacientes respondieron honestamente, sus embarazos parecen haberse debido a fallas "técnicas" del método lo cual no corresponde a aquellas que reportan un uso bajo de anticonceptivos así como un rechazo de más hijos. Teniendo esto en cuenta, es interesante que menos del 30 por ciento de las mujeres que no deseaban más hijos utilizaban algún método para prevenir el embarazo. Estos porcentajes fluctúan desde un mínimo del 8.4 por ciento en Cartagena hasta un máximo del 35.3 por ciento en Manizales. Claro está, como se anotó anteriormente, que es difícil determinar si este hallazgo representa la dificultad de acceso a métodos anticonceptivos o fallas en la utilización de los mismos.

Pasando a la utilización de anticonceptivos en el período posterior al aborto se puede ver un impacto de la efectividad de los programas de información y educación en Planificación Familiar. Volviendo al Cuadro VI, se puede ver que es muy amplia la diferencia de la aceptación de métodos anticonceptivos en el período después del aborto. En Popayán únicamente el 22.6 por ciento de las pacientes dijeron que continuarían sin usar anticonceptivos. Sin embargo, llama la atención que el 64.3 por ciento de las mujeres en Cartagena dijeron que continuarían sin utilizar ningún método preventivo.

Comparando los hospitales con relación al cambio de actitud acerca de la aceptación de anticonceptivos antes y después del aborto, es evidente que hubo un cambio considerable. Popayán mostró el índice más alto de cambio ya que de una tasa de utilización del 19.7 por ciento antes del aborto pasó a una utilización del 77.4 por ciento después del aborto. Por otra parte, Bogotá (Rosario) reportó el menor cambio: de una utilización del 27.9 por ciento antes del aborto al 37.8 por ciento después. Vale la pena hacer resaltar el cambio relativamente bajo en el grupo de Bogotá (Rosario), ya que este centro reportó los más altos niveles de educación tanto para pacientes como para cónyuges.

Como se muestra en el Cuadro VI, los métodos anticonceptivos favorecidos por las usuarias fueron en orden: los orales (30.3%), y los DIU (19.1%). El grado de aceptación de estos métodos muestra una variación mucho mayor entre los orales que entre los DIU. Por ejemplo, en Popayán los anticonceptivos orales fueron aceptados por el 60.9 por ciento de las mujeres que volvieron para control, lo cual contrasta con solo el 16.3 por ciento en Cali. Así mismo la aceptación del DIU varió de un máximo del 31.2 por ciento en Medellín hasta un mínimo del 6.1 por ciento en Popayán.

Teniendo en cuenta la información previa de la "motivación" para prevenir el embarazo, es importante considerar brevemente una tabulación cruzada de la aceptación de anticonceptivos con el deseo de más hijos. Simplificando los datos para mostrar solamente si se desean más hijos o no y si se aceptó el uso de anticonceptivos logramos la comparación apropiada. Una vez más, se demuestra que hay un cambio entre las mujeres de los diversos centros en cuanto a sus deseos de prevenir el embarazo. En Bogotá (Nacional) y Popayán el 88.5 por ciento y el 85.5 por ciento respectivamente de las mujeres que no deseaban más hijos estaban utilizando algún método preventivo. Por otra parte, el 40.3 por



ciento de las mujeres en Cartagena y el 44.8 por ciento de las mujeres en Cali que no querían más hijos utilizaban anticonceptivos. Esta gran discrepancia puede reflejar diferencias en la interpretación de los puntos del formulario por los distintos grupos.

Los datos sobre la aceptación de anticonceptivos en este estudio pueden compararse con datos previos colombianos reportados en 1974⁹ sobre la aceptación de anticonceptivos después del parto. Ajustando las cifras del presente estudio para reflejar el método preferido por las usuarias da una proporción de aceptación del 55 por ciento para los anticonceptivos orales y del 35 por ciento para los DIU. Por otra parte, los datos de 1974 mostraron una proporción de aceptación del 19.2 por ciento para los orales y del 70.1 por ciento para los DIU. Se supone que se hace una mayor información para lograr que las pacientes del puerperio acepten los DIUs.

En general, estos datos sobre la aceptación de anticonceptivos sugieren la influencia conjunta de la experiencia de aborto y de los consejos sobre métodos anticonceptivos. El hecho de que el 46.1 por ciento de aquellas mujeres localizadas para control aún no utilizaban ningún método preventivo, nos demuestra el trabajo que aún queda por hacer. Por otra parte, el hecho de que el 53.9 por ciento estaba utilizando algún tipo de anticonceptivo al salir del hospital, posterior al tratamiento indica un logro muy satisfactorio.

Edad de Gestación

Como se indica en el Cuadro VII, la gran mayoría de las mujeres tenían 12 semanas o menos de gestación (3 meses). Del resto, el 20.5 por ciento presentaban un período de gestación de entre 13 y 18 semanas (3-4 meses) y el 4.9 por

Cuadro VII

EDAD GESTACIONAL AL INGRESO, ASCOFAME
ESTUDIO 100, COLOMBIA, 1974 - 1975*

Edad Gestacional	Número	%
<7 semanas	365	12.5
7-12 semanas	1814	62.1
13-18 semanas	601	20.5
19+ semanas	142	4.9
Total	2922	100.0

*Dato faltante para un caso.

ciento tenían 19 semanas o más de gestación (4½ meses o más). La edad media de gestación fue de 10.8 semanas (2 meses y medio).

III. MANEJO CLINICO

El manejo clínico de las pacientes de este trabajo difiere fundamentalmente del tratamiento que se da a aquellas mujeres tratadas por aborto legalmente inducido, este último en otros países. Frecuentemente ingresan al hospital en estado séptico debido a un aborto ya iniciado, debiendo el médico terminar el aborto rápidamente al mismo tiempo que trata de reducir al mínimo la posibilidad de complicaciones graves.

Al ingresar la paciente en el hospital, el médico de turno practica una evaluación clínica del estado séptico de la misma. Debe tenerse en cuenta que (aunque existe una clasificación única del estado séptico), estas evaluaciones son subjetivas y por lo tanto no pueden considerarse absolutamente comparables entre los distintos hospitales. Sin embargo, sirven para clasificar más o menos el estado de la paciente a su ingreso, lo cual constituye una información básica en un estudio de aborto provocado.

El Cuadro VIII contiene datos sobre el estado séptico para toda la muestra. Como puede verse, más de un tercio (35.2%) de las pacientes fueron admitidas con una condición séptica. El 22.8 por ciento presentó Estado Séptico I mientras

Cuadro VIII

TIPO DE SEPSIS, ASCOFAME ESTUDIO 100
COLOMBIA, 1974 - 1975*

Estado	No.	%
0	1814	64.8
I	637	22.8
II	168	6.0
III	164	5.8
IV	17	0.6
Total	2797	100.0

*Datos faltantes para 123 casos.

que el 6.0 por ciento y el 5.8 por ciento presentaron Estados Sépticos II y III respectivamente, y el 6.0 por ciento de estas mujeres presentó Estado Séptico IV. El grado más alto de sepsis se reportó en Medellín, 72.5 por ciento, lo cual contrasta con Bucaramanga donde solo el 13.6 por ciento de las mujeres ingresaron con algún signo de sepsis.

Debido a su importancia en la determinación de la frecuencia del aborto provocado, la clasificación del aborto al ingreso se exploró en este estudio. Nuevamente, basados en los factores de evaluación clínica se pidió a los médicos que investigaran el origen del aborto. Con base en estas respuestas se estima que el 16.7 por ciento de los abortos fueron inducidos fuera del hospital y el 83.3 por ciento fueron "espontáneos". Este juicio clínico refuerza el hecho de que el 91.2 por ciento de las pacientes que presentaron el Estado Séptico III y el 86.7 por ciento de las pacientes que presentaron Estado Séptico IV fueron clasificados como casos de aborto provocado.

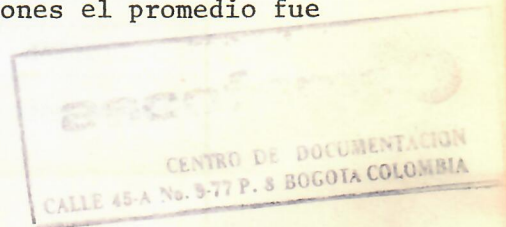
Mortalidad

De este grupo se reportaron 14 muertes o sea el 0.5 por ciento de los casos investigados (Cuadro IX). En todos los casos, la causa principal de muerte fue la sepsis causada por el aborto séptico, una de ellas por *Clostridium Tetani*. Debe anotarse que se reportaron cinco muertes en Medellín (0.8% de los casos admitidos), lo cual representa la tercera parte del total. Este centro también reportó la más alta proporción de pacientes admitidas con signos de sepsis.

Procedimientos

Como se anotó anteriormente, esta investigación se llevó a cabo para evaluar el manejo clínico del aborto y no para hacer comparaciones entre las diversas técnicas empleadas. Por lo tanto, no es sorprendente ver en el Cuadro X que la mayoría de las pacientes fueron tratadas con raspado digital mientras que un segundo raspado uterino fue necesario únicamente en 0.8 por ciento de los casos.

Aunque no es importante dar aquí datos detallados sobre la duración de la intervención, debido a las dificultades inherentes a su medida, debe anotarse que la duración promedio de un raspado uterino sencillo fue de 15.5 minutos. Para aquellos casos donde se presentó una o más complicaciones el promedio fue de 18.8 minutos.



Cuadro IX

CHARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES MUERTAS POR ABORTO
 ASCOFAME ESTUDIO 100, COLOMBIA, 1974 - 1975*

Edad	Paridad	Abortos Previos	Edad Embarazo	Causa Muerte
35	7	2	2 meses	Shock séptico
19	2	-	3 1/2 meses	Sepsis generalizada
21	-	-	3 meses	Shock séptico
23	1	-	-	Shock séptico-anemia
31	5	-	3 meses	Sepsis coagulopatía
19	1	-	1 1/2 mes	Sepsis I.R.A.
18	-	-	3 meses	Sepsis a clostridium
30	2	-	3 meses	Shock séptico
22	-	-	3 1/2 meses	Shock séptico
27	2	-	1 1/2 mes	Shock séptico
24	3	2	2 meses	Shock séptico
24	3	2	2 meses	Shock séptico

*Dos casos no fueron analizados.

Cuadro X

TIPO DE TRATAMIENTO, ASCOFAME ESTUDIO 100
 COLOMBIA, 1974 - 1975*

Procedimiento	No.	%
Dilatación y Curetaje simple	2834	97.4
Dilatación y Curetaje repetidos	24	0.8
Evacuación digital	41	1.4
Histerectomía	7	0.2
Dilatación y Curetaje seguida por histerectomía	2	0.0
Histerotomía seguida por histerectomía	1	0.0
Aspiración al vacío	1	0.0
Histerotomía	1	0.0
TOTAL	2911	100.0

*Datos para 12 casos de muertes omitidos.

Los datos sobre el tipo de anestesia empleada para el procedimiento son importantes debido a sus implicaciones en el bienestar de la paciente y la utilización de equipos. El Cuadro XI muestra que al 42.2 por ciento de las pacientes se les administró anestesia general, el 25.0 por ciento recibió analgesia solamente y al 29 por ciento de las pacientes no se les administró ningún tipo de anestesia. El hecho de que a más de la mitad de las pacientes les fue suministrada analgesia y al resto ningún tipo de anestesia, sugiere la necesidad de una re-evaluación a la práctica médica tradicional de administrar anestesia general rutinariamente a las pacientes de aborto. Lógicamente esta conducta merece una seria investigación relacionada con el rendimiento del personal y la seguridad y comodidad de la paciente.

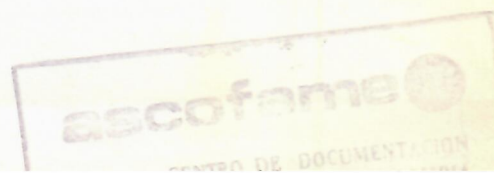
Cuadro XI
TIPO DE ANESTESIA, ASCOFAME ESTUDIO 100
COLOMBIA, 1974 - 1975*

Tipo de Anestesia	No.	%
Ninguna	842	28.9
Analgesia	729	25.0
Local	59	2.0
Analgesia y local	22	0.8
General	1226	42.2
Local y general	1	0.0
Regional	6	0.2
Otra	27	0.9
TOTAL	2911	100.0

*Dato para 12 casos de muertes omitidas.

Complicaciones Inmediatas

Ya que la mayoría de estas pacientes fueron tratadas por medio de raspados uterinos, las tasas de complicación en el Cuadro XII se tomaron del grupo de pacientes que fueron tratadas por raspado uterino sencillo (N=2650) o por raspado uterino sencillo acompañado de inserción del DIU (N=172). A continuación se describen las complicaciones que presentaron aquellas mujeres sometidas a otros procedimientos.



Cuadro XII

COMPLICACIONES INMEDIATAS, ASCOFAME ESTUDIO 100, COLOMBIA, 1974 - 1975*

Complicación	Dilatación y Curetaje (N=2650)		Dilatación y Curetaje + IUD (N=172)		Total (N=2822)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sospecha de perforación uterina	6	0.2	--	-	6	0.2
Perforación uterina confirmada	4	0.2	-	-	4	0.1
Laceración cervical sin sutura	24	0.9	-	-	24	0.9
Laceración cervical con sutura	1	0.0	-	-	1	0.0
Pérdida de sangre >100 ml sin transfusión	123	4.6	1	0.6	124	4.4
Pérdida de sangre >100 ml con transfusión	109	4.1	3	1.7	112	4.0
Pérdida de sangre <100 ml con transfusión	21	0.8	1	0.6	22	0.8
Shock debido a procedimiento	18	0.7	-	-	18	0.6
Nunca hubo necesidad de una o más noches en el hospital:						
sin antibióticos	29	1.5**	2	2.4***	31	1.5
con antibióticos	83	4.3**	1	1.2***	84	4.1
Anemia	9	0.3	-	-	9	0.3
Infección del tracto urinario	3	0.1	-	-	3	0.1
Salpingitis	1	0.0	-	-	1	0.0
Fibroma	1	0.0	-	-	1	0.0
Tromboflebitis	2	0.1	-	-	2	0.0
Falla renal aguda	1	0.0	-	-	1	0.0
Shock	1	0.0	-	-	1	0.0
Reflejo vasovagal	1	0.0	-	-	1	0.0
Dolor de cabeza	0	0.0	1	0.6	1	0.0
Secreción vaginal	1	0.0	-	-	1	0.0
Anestesia:						
Apnea	4	0.2	-	-	4	0.2
Vómito	28	1.5	2	1.2	30	1.5
Shock	2	0.1	-	-	2	0.1
Combinación	1	0.1	-	-	1	0.1
Mujeres con una o más complicaciones inmediatas	398	15.0	9	5.2	407	14.4

*12 casos de muerte y 89 casos dudosos omitidos.

**Basados en 1946 casos hospitalizados.

***Basados en 85 casos hospitalizados.

El Cuadro XII demuestra claramente las diferencias entre las tasas de complicación presentadas por las pacientes en las cuales un DIU fue insertado inmediatamente después del raspado y para las pacientes en las cuales solamente se efectuó un raspado simple. El 15 por ciento de las mujeres que no recibieron el DIU presentaron una o más complicaciones lo cual contrasta con el 5.2 por ciento entre las aceptantes de DIU en el post aborto inmediato. Esta diferencia

presumiblemente demuestra que las pacientes seleccionadas para inserción de DIU fueron aquellas con menos complicaciones y potencial de sepsis bajo.

En cuanto a la gravedad de las complicaciones se demostró claramente que los problemas más graves se presentaron en el grupo de pacientes sin DIU. Hubo cuatro casos de perforación uterina confirmada (0.2%), seis casos de sospecha de perforación uterina y 25 casos de laceración cervical (0.9%) de los cuales uno solamente fue suturado. Además se presentaron siete casos de retención de restos placentarios (0.3%) que no fueron incluidos en la calculación de la tasa de complicación.

La complicación más frecuente en el grupo de mujeres no insertadas con DIU fue la hemorragia. Pérdida sanguínea por encima de los 100 cc. (evaluación clínica), se registró en 232 mujeres (8.7%), de las cuales 109 recibieron una transfusión. Entre las pacientes hospitalizadas para el procedimiento, 83 (4.3%) necesitaron antibióticos.

Las complicaciones en el grupo insertado con un DIU fueron leves y escasas. Cuatro pacientes (2.3%) tuvieron una pérdida sanguínea mayor de 100 cc. (evaluación clínica), tres de ellas necesitaron transfusiones. Entre el grupo de 85 mujeres hospitalizadas por una o más noches se registraron dos casos de fiebre sin necesidad de antibióticos y un caso (1.2%) de fiebre tratada con antibióticos.

Una observación a las pacientes no incluidas en el Cuadro XII muestra que hubo 41 mujeres cuyos abortos fueron completados por medio de raspado digital, de estas el 29.3 por ciento presentaron complicaciones. Hubo un caso de retención de restos (2.4%) y dos casos de laceración cervical que requirieron sutura (4.9%). Al igual que con el grupo principal en el Cuadro XII, la hemorragia fue la complicación más frecuente: hubo diez casos de pérdida sanguínea por encima de los 100 cc. (24.4%), (evaluación clínica) de los cuales siete (17.1%) recibieron transfusión.

Otro grupo de 24 mujeres requirieron procedimientos múltiples o repetidos, así: 21 raspados repetidos, dos raspados seguidos por histerectomía y una histerotomía seguida por histerectomía.

También para este grupo, la hemorragia fue la complicación más frecuente (25.0%). Seis mujeres presentaron esta complicación y tres de ellas requirieron transfusión, todas las pacientes estuvieron hospitalizadas una o más noches, siete de ellas (29.2%) tuvieron fiebre que requirió la administración de antibióticos. En total, el 58.3 por ciento de las mujeres de este grupo presentaron complicaciones inmediatas.

Las 24 pacientes restantes fueron divididas en cuatro sub-grupos diferentes: el primero compuesto por una tratada con vacuum extractor, cuatro histerectomías y una histerotomía; el segundo compuesto por seis raspados sencillos y una histerectomía--cada uno con una tubectomía concurrente; el tercero compuesto por seis raspados sencillos y dos histerectomías--cada uno con cirugía concurrente y el cuarto compuesto de dos raspados repetidos con otra cirugía concurrente. También se reportó un caso adicional de un raspado repetido con inserción del DIU. Debido al hecho de que estos fueron casos poco comunes y por lo tanto un número muy reducido, no es sorprendente que el 79.2 por ciento (N=19) de las mujeres presentaran una o más complicaciones inmediatas.

Complicaciones al Seguimiento

Debido a la naturaleza de estos abortos, es sorprendente encontrar que la gran mayoría (84.4%) de estas pacientes volvió para control. La discusión de las complicaciones al control se limitará a los casos presentados en el Cuadro X.

Comparando a las pacientes a las cuales se les practicó un raspado sencillo y a las que se les practicó raspado sencillo y también fueron insertadas con un DIU, está claramente demostrado (Cuadro XIII) que las que aceptaron el DIU siempre tuvieron una tasa más baja de complicaciones en el seguimiento (el 4.2% comparado con el 8.8% para las pacientes del raspado sencillo). Esta diferencia es muy relativa ya que la mayoría de las complicaciones de seguimiento reportadas para el grupo de raspado sencillo pueden considerarse "quejas". Por ejemplo, hubo 50 casos de "dolor de cabeza" y 17 casos de dolor abdominal. Complicaciones tales como hemorragia con necesidad de raspado se observaron en 37 mujeres (1.8%) en el grupo principal y las tasas para fiebre, con administración de antibióticos fueron aproximadamente iguales para ambos grupos--el 3.4 por ciento entre las pacientes de raspado sencillo y el 4.2 por ciento entre las pacientes que aceptaron DIU.

Cuadro XIII

COMPLICACIONES TARDIAS, ASCOFAME ESTUDIO 100, COLOMBIA, 1974 - 1975*

Complicación	Dilatación y Curetaje Simple (N=2059)		Dilatación y Curetaje + IUD (N=172)		Total (N=2227)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hemorragia que requiere curetaje	37	1.8	1	0.6	38	1.7
Fiebre que requiere antibióticos	71	3.4	7	4.2	78	3.5
Infección pélvica	3	0.2	-	-	3	0.1
Tumor	1	0.1	-	-	1	0.0
Salpingitis	5	0.2	-	-	5	0.2
Shock	1	0.1	-	-	1	0.0
Endometriosis	3	0.2	-	-	3	0.1
Secreción vaginal	8	0.4	-	-	8	0.4
Dolor abdominal	17	0.8	-	-	17	0.8
Dolor de cabeza	50	2.4	-	-	50	2.3
Nausea	6	0.3	-	-	6	0.3
Dolor de espalda	1	0.1	-	-	1	0.0
Tromboflebitis	1	0.1	-	-	1	0.0
Hemorragia prolongada	3	0.2	-	-	3	0.1
Anemia	1	0.1	-	-	1	0.0
Retención de restos	4	0.2	-	-	4	0.2
MUJERES CON UNA O MAS COMPLICACIONES DE SEGUIMIENTO	181	8.8	7	4.2	187	8.4

*684 casos faltantes para seguimiento.

Vale la pena comentar la diferencia que existe entre las tasas de seguimiento de los dos grupos. Para el grupo de usuarias del DIU, la tasa de seguimiento fue del 97.7 por ciento, en el grupo de raspado sencillo, fue del 77.7 por ciento.

Hospitalización

El mayor costo relacionado con el aborto se debe a la hospitalización de la paciente la cual requiere servicios de enfermería, cama, alimentación, drogas, laboratorio, además de los gastos derivados del procedimiento quirúrgico correspondiente.

El Cuadro XIV contiene los datos de hospitalización para tres grupos de pacientes: aquellas que fueron tratadas con un raspado sencillo, aquellas que requirieron intervenciones múltiples y aquellas que fueron tratadas con raspado sencillo seguido por inserción del DIU. Para las pacientes de raspado sencillo

ascofame

Cuadro XIV

TIEMPO PROMEDIO DE HOSPITALIZACION (EN DIAS) PARA 1981 PACIENTES DE ABORTO, ASCOFAME ESTUDIO 100, COLOMBIA 1974 - 1975*

Procedimiento	Promedio de Permanencia	Número
Dilatación y curetaje simple:		
Sin complicaciones	1.5	1537
Con complicaciones	2.6	341
Dilatación y curetaje simple con inserción de dispositivo:		
Sin complicaciones	2.9	74
Con complicaciones	4.9	7
Procedimiento múltiple iniciado con dilatación y curetaje:		
Sin complicaciones	2.1	10
Con complicaciones	5.8	12

*Basados en un total de 2844 casos seleccionados para esos métodos.

que no tuvieron complicaciones, la hospitalización promedio es de 1.5 días. Para aquellas que presentaron complicaciones, la estadía media es de 2.6 días. La duración de la hospitalización aumenta con la inserción del DIU--2.9 días para aquellas que no tuvieron complicaciones y 4.6 días para aquellas con complicaciones. Finalmente, las mujeres que requirieron intervenciones múltiples tuvieron la estadía media más prolongada, siendo de 2.1 días para las que no tuvieron complicaciones y de 5.8 días para las que presentaron complicaciones.

IV. COMENTARIOS FINALES

Del análisis de los datos obtenidos en la investigación, vale la pena hacer entre otros los siguientes comentarios:

El desarrollo de amplios programas de información y prevención, continua siendo el aspecto más importante para el adecuado manejo de la problemática nacional del aborto.

Se evidencia en los datos una disminución en la edad promedio de las pacientes en comparación con la investigación de 1968, lo que indica la necesidad de incrementar los programas de información y prevención en los grupos más jóvenes de la población.

Es importante fortalecer los servicios de salud Materno Infantil con la incorporación de métodos rutinarios más eficaces para el diagnóstico precoz del embarazo, y poder disminuir los altos índices de morbilidad que conlleva la interrupción del embarazo avanzado.

Dentro de los programas de prevención se destaca la importancia de incrementar la inserción del DIU post-aborto.

Llama la atención las posibilidades que ofrece la simplificación del tratamiento quirúrgico hospitalario, particularmente la baja morbilidad demostrada en algunas zonas, con la utilización de la analgesia obstétrica, en comparación con la anestesia obstétrica tradicional. Estos resultados abren nuevos horizontes dentro de los propósitos de un manejo más racional del aborto incompleto.

RECONOCIMIENTO

Los autores desean agradecer los comentarios de Dr. Benjamin Viel y del Dr. Abdul Omran al leer este trabajo. Le agradecen también a Elena Tomaro su ayuda editorial.

