

Muerte materna por aborto inseguro como falla del primer nivel de atención

Dres. Fernanda Lozano*, Salomé Fernández†, Hugo Rodríguez Almada‡

Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República.
Montevideo, Uruguay

Como en otros países donde el aborto es ilegal, las complicaciones por el aborto inseguro son la principal causa de muerte materna en Uruguay^(1,2).

Esto motivó el desarrollo de un original programa sanitario llamado *Iniciativas sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo* (ISCAR), cuyo objetivo es reducir la mortalidad materna a través de la estrategia de informar a las usuarias sobre las alternativas al aborto y los riesgos inherentes a los diferentes métodos abortivos, además de favorecer la captación precoz de las mujeres que interrumpen la gestación. Se garantiza la confidencialidad de las consultas pre y posaborto, tal como corresponde a la ética profesional y a la normativa legal vigente⁽³⁾. Lo original de ISCAR es que promueve la intervención del sistema de

salud en beneficio de la mujer, en el actual marco legal, según el cual el aborto inducido es un delito en la mayoría de los casos. Este modelo uruguayo de intervención contra el aborto inseguro se complementó con las *Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal*, un instrumento que procura estimular que los abortos contemplados en la ley se practiquen de forma segura en los ámbitos institucionales habilitados por la autoridad sanitaria⁽⁴⁾.

Las ISCAR se implementan desde 2002 en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Desde agosto de 2004 forman parte de las políticas oficiales de salud, según lo dispuesto por la Ordenanza N° 369/2004 del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁽³⁾. Pese al tiempo transcurrido, su implementación a nivel nacional acusa deficiencias que se traducen en muertes maternas evitables.

Se reseñará un caso clínico con resultado de muerte materna, ocurrido a más dos años de regir la Ordenanza N° 369/2004 del MSP.

Caso clínico

Se trataba de una mujer de 43 años, procedente de un medio social y económico deficitario de la región metropolitana, con antecedentes gineco-obstétricos de cinco gestaciones (tres partos vaginales y dos abortos espontáneos), que tenía una pareja estable con la que mantenía relaciones sexuales con preservativo.

Consultó en una policlínica de atención primaria donde se diagnosticó la gravidez, tras lo cual la paciente manifestó su decisión de interrumpirla. Se le planteó la imposibilidad de esa alternativa sin ofrecer información adicional ni la derivación a la Policlínica de Asesoramiento del Hospital de la Mujer.

Basada en creencias folclóricas sobre propiedades abortivas, la mujer ingirió una asociación de estradiol con progestágenos (Lutogynestryl®) por tres días, seguida por infusiones de artemisa (*Artemisia vulgaris*) durante cinco días y posteriores infusiones de ruda (*Ruta*

Palabras clave: MORTALIDAD MATERNA -tendencias.
ABORTO INDUCIDO -mortalidad.
ABORTO INDUCIDO -métodos.
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
EDUCACIÓN DEL PACIENTE.
SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD.

Key words: MATERNAL MORTALITY -trends.
ABORTION, INDUCED -mortality.
ABORTION, INDUCED -methods.
PRIMARY HEALTH CARE.
PATIENT EDUCATION.
PREVENTIVE HEALTH SERVICES.

* Médica de Área de Montevideo. Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad-Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

† Asistente del Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Agregado de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Fernanda Lozano
Av. Rivera 2507 Ap. 2. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: fernandalozano@adinet.com.uy
Recibido: 1/10/07.
Aceptado: 1/10/07.

graveolens). Se desconoce si agregó métodos mecánicos.

Tres días más tarde instaló fiebre, dolor hipogástrico tipo cólico, vómitos y diarrea, lo que automedicó con ácido acetilsalicílico y azitromicina. Tras la persistencia del cuadro, consultó en el hospital local, donde los estudios de laboratorio mostraron hemólisis con caída del hematocrito, hiperpotasemia, hiperbilirrubinemia y elevación de las enzimas hepáticas. Fue derivada a un hospital de referencia de la capital, donde, tras ingresar al servicio de emergencia, se agravó rápidamente, presentando una disfunción orgánica múltiple, con toque respiratorio, cardiovascular, hematológico, hepático y renal. Se inició antibioticoterapia empírica y se realizó un legrado evacuador complementario, durante el cual no se advirtieron lesiones en el cuello uterino ni en los fondos de saco vaginales. En sala de cuidados intensivos instaló anuria, síndrome de distrés respiratorio severo, acidosis metabólica severa, insuficiencia hepatocítica y compromiso hemodinámico. Se intentó el salvataje quirúrgico mediante la histerectomía con anexectomía bilateral y ligadura de vena cava inferior, falleciendo en el acto operatorio.

El estudio anatómo-patológico del útero y anexos, y la autopsia médico-legal mostraron que la causa de muerte fue la sepsis posaborto.

Comentario

El caso revela una falla en el sistema de atención primaria que privó a la paciente de un asesoramiento adecuado. La falta de información determinó la pérdida de varias oportunidades de una intervención eficaz, que hubiera evitado un aborto en condiciones de muy alto riesgo y la muerte materna.

Esta falla del sistema sanitario se expresó en:

1. La falta de información que unida a la ausencia de apoyo social y psicológico, contribuyó a que la mujer no dispusiera de una alternativa al aborto.

2. En la consulta preaborto se perdió la oportunidad de desalentar el uso de métodos abortivos ineficaces (aso-

ciación de estradiol y progestágenos) y de muy alto riesgo (infusiones de yuyos emenagogos altamente tóxicos)⁽⁵⁾.

3. La ausencia de la indicación de una consulta posaborto precoz, sobre la base del derecho a la confidencialidad de toda información que se ventile en la relación clínica, seguramente obstaculizó la captación oportuna de la mujer, tras la ingestión de los yuyos abortivos.

Conclusiones

A pesar de la existencia de la Ordenanza N° 369/2004 del MSP, su falta de aplicación a nivel nacional permite que se siga registrando mortalidad materna evitable causada por complicaciones de abortos inseguros.

En la consulta preaborto debe enfatizarse el riesgo potencialmente letal de infusiones herbarias y desestimularse el uso de la medicina folclórica.

En el primer nivel de atención debe acentuarse la información acerca de los recursos disponibles y el marco ético-legal vigente, así como la educación y promoción de salud orientada al goce de los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva, asegurando un amplio acceso a medidas de planificación familiar.

Bibliografía

1. **Faúndes A, Barzelatto J.** El drama del aborto. En busca de un consenso. Bogotá: Tercer Mundo, 2005.
2. **Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons J, Cuadro J.** El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Rev Méd Uruguay* 2002; 18(1): 4-13.
3. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. (Ordenanza 369/2004). Montevideo: MSP, 2004.
4. **Rodríguez Almada H, Berro Rovira G.** Pautas para la práctica Institucional del aborto por indicación médico-legal. *Rev Méd Uruguay* 2006; 22(2): 157-61.
5. **Ciganda C, Laborde A.** Herbal infusions used for induced abortion. *J Toxicol Clin Toxicol* 2003; (3): 235-9.