

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# **Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos**

Dr. Jorge Neira Miranda  
Profesor Auxiliar  
Depto de Obstetricia y Ginecología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

## **Introducción**

En nuestro afán de estudiar desde una perspectiva multidisciplinaria el problema de los embarazos que conllevan riesgo de muerte para la madre antes que el feto alcance la madurez suficiente para sobrevivir fuera del útero, empezaremos analizando algunos aspectos clínicos epidemiológicos al respecto.

## **Etimología**

La palabra 'aborto' viene etimológicamente del latín abortus, participio del verbo aborior, que es una palabra compuesta por ab = de (indica separación) y orior = levantarse, salir, nacer.

## **Definición**

Se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos. Es así como se considera la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal de 500 gr (OMS), longitud céfalo nalgas de 25 cm. La viabilidad clínica es un concepto más amplio que involucra la capacidad de la medicina actual de prestar asistencia contra la prematuridad extrema, y está determinada por la madurez anatómico funcional del pulmón, o sea la capacidad de intercambio gaseoso pulmonar, que ocurre aproximadamente entre las 24 a 26 semanas de gestación.

## **Frecuencia**

Las pérdidas reproductivas pueden ser por causas espontáneas o provocadas. Al analizar las pérdidas reproductivas espontáneas, llama la atención la falta de evidencias científicas directas existentes entre el período transcurrido entre la concepción y la nidación (βHCG) estimándose una pérdida de alrededor del 50%. Entre la implantación y las 6 semanas de amenorrea, la tasa de pérdidas es de un tercio, lo cual es causado en su mayoría por alteraciones cromosómicas. Del total de embarazos con diagnóstico de certeza (ecografía), un 15% se pierde antes de las 20 semanas y de estos un 80% ocurre antes de las 12 semanas. En mujeres que no han tenido hijos, después de un primer aborto la probabilidad de un segundo aborto es de un 19%, si ha tenido dos abortos previos esta cifra aumenta a 35% y si han tenido tres abortos esta probabilidad asciende a 47%.

Al analizar la frecuencia de aborto provocado en Chile, la cifra evidentemente se desconoce, y la primera aproximación es la de Mariano Requena que en base a un cálculo estadístico estima 175 mil abortos procurados en 1987, una visión más directa del problema es el análisis

de la muerte materna por aborto en Chile, que demuestra una caída en los últimos nueve años de un 65,2%, llegando al año 1998 a una tasa de 2.9 por 100.000 nv. Esta caída es el resultado de múltiples factores: consulta precoz ante la presencia de complicaciones médicas, mejor tratamiento de estas en los centros hospitalarios, disminución de la tasa global de natalidad, realización del aborto por métodos más inocuos, etc.

Respecto a la condición legal del aborto provocado en nuestro país, el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), clasifica a los países del planeta en 6 grupos según su condición legal para manejar el aborto: 1. Totalmente prohibido (2 países, 0,4% de población mundial). 2. Para salvar la vida de la mujer (52 países, 24,9% de la población mundial). 3. Por razones de salud física (y para salvar la vida de la mujer; 20 países, 9,8% de la población mundial). 4. Por razones económicas (y también para salvar la vida de la mujer y por razones de salud física; 20 países, 3,4% de la población mundial). 5. Por razones socioeconómicas (y para salvar la vida de la mujer, así como por razones de salud física y mental: 6 países, 20,2% de la población mundial). 6.- Sin restricción alguna (49 países, 41,4% de la población mundial). Chile, El Salvador e Irlanda integran el primer grupo.

## **Clasificación**

Revisaremos tres clasificaciones en torno al aborto: 1. La OMS entrega su visión en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 2. La clasificación derivada de la práctica médica; y 3. Clasificación del aborto provocado según la finalidad y las circunstancias

### **1. Clasificación internacional de las enfermedades (OMS)**

632 Aborto retenido. Es una muerte fetal temprana, que no se expulsa

634 Aborto espontáneo.

0. Complicado con infecciones del tracto genital o pelvis (endometritis, parametritis, pelviperitonitis, salpingitis, salpingooforitis, sepsis, septicemia).
1. Complicado con hemorragia o alteraciones de la coagulación (afibrinogenemia, síndrome desfibrinación, hemólisis intravascular).
2. Complicado con daño de los órganos y tejidos pelvianos (laceración, desgarros o perforación de la vejiga, intestino, ligamento ancho, cuello uterino, tejido periuretral o útero).
3. Complicado con insuficiencia renal.
4. Complicado con alteraciones metabólicas y electrolíticas.
5. Complicado con shock hipovolémico o séptico.
6. Complicado con embolias (amnióticas, vascular periférica, pulmonar, piohemia, séptica o por sustancias cáusticas o jabonosas).
7. Complicado con otros eventos (paro cardíaco o anoxia cerebral).
8. Con complicaciones no especificadas.
9. Sin complicaciones.

635 Aborto inducido legalmente. Se incluye la misma clasificación con 4 dígitos descrita para 634

636 Aborto inducido ilegalmente que puede ser ilegal o criminal. Se incluye la misma clasificación con 4 dígitos descrita para 634

637 Aborto no especificado. Incluye los 4 dígitos ya descritos.

638 Intento de aborto fracasado

## **2. Clasificación clínica**

### **Según el origen**

-Aborto inducido provocado o voluntario. Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.

-Aborto espontáneo o involuntario. Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros.

### **Según las consecuencias**

-Aborto no complicado.

-Aborto complicado: Infección. Hemorragia.

### **Según su evolución**

-Amenaza de aborto o síntoma de aborto. Se caracteriza por dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No hay modificaciones del cuello uterino. - Aborto inminente o inevitable. Se caracteriza por ciertas condiciones obstétricas que condicionan la irreversibilidad del proceso o la necesidad de completar o terminar la expulsión del feto y anexos ovulares, tal como la infección ovular complicada, la metrorragia incoercible, la dilatación del cuello uterino acompañada de contracciones uterinas no controladas terapéuticamente.

-Aborto diferido o retenido. Es la muerte del embrión o feto que no es seguido de su expulsión.

### **Según su terminación**

- Aborto completo. Es cuando se expulsa la totalidad del producto de la concepción: el feto y sus anexos.

-Aborto incompleto. Es la expulsión incompleta del feto y sus anexos. También se denomina restos de aborto.

### **Según la condición jurídica**

- Ilegal. El aborto es prohibido, sin excepciones.
- Muy restrictivo. El aborto se permite solo para salvar la vida de la madre.
- Condicional. El aborto se permite por varias razones.
- Legal. A solicitud de la madre.

### **Según su frecuencia**

Aborto habitual o recurrente. Es cuando ocurren tres o más abortos espontáneos consecutivos.

### **Según su edad gestacional**

-Aborto bioquímico. Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional. -Aborto clínico. Es el que ocurre posterior a la identificación del saco gestacional. Se puede dividir en precoz: antes de las seis/ocho semanas de amenorrea y tardío cuando ocurre en el quinto mes.

### **Según hallazgos ecográficos**

-Huevo anembrionado. Consiste en la ausencia de un embrión con un saco gestacional de 20/30 mm de diámetro, su causa más importante es la alteración cromosómica (80%).

## **Clasificación del aborto provocado**

1. Libre: es el aborto realizado bajo el supuesto derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el solo hecho de no ser deseado.
2. Eugénico: cuando se predice con probabilidad o certeza que nacerá un feto con un defecto o enfermedad.
3. Por razones médicas o terapéutico: cuando se invocan razones de salud materna.
4. Mixto: se refiere a la llamada reducción fetal selectiva, que pretende eliminar en los embarazos múltiples algunos embriones para que los restantes tengan mejor posibilidad de sobrevivir.
5. Ético: cuando el embarazo es producto de una agresión sexual

## **Etiología del aborto espontáneo**

**Genéticas:** Es la causa más común 50 a 70% de los abortos espontáneos

- Trisomía autosómica por no disyunción o separación del cromosoma 21, 13,16, 18 ó 22.
- Triploidía, presentan 3n cromosomas (69), y su causa más frecuente es la doble fecundación de un óvulo.
- Monosomía del cromosoma X (45X)
- Tetraploidía, presentan 4n cromosomas (92), se produce por falla de la división citoplasmática

después de la división cromosómica de las células germinales. -Translocaciones o inversiones cromosómicas.

- Endocrinas:

- Fase lútea inadecuada implica un deficiente estímulo hormonal para la maduración endometrial y la nidación del blastocisto.

- Patología significativa tiroídea

- Diabetes mellitus no controlada

- Anatómicas

- Malformaciones uterinas acentuadas que resultan en irrigación inadecuada del endometrio.

- Incompetencia cervical por permitir el ascenso de microorganismos hacia el compartimiento ovular.

- Sinequias uterinas

- Placentación anormal

- Infecciones

- Inmunológicas

- Desconocidas

## **Mecanismos de aborto provocado**

### **I. Farmacológicos:**

Methotrexate: Es un un antifólico (impide la incorporación del ácido fólico en las bases nitrogenadas purinas del ADN) con más de cincuenta años usándose en el tratamiento de tumores, artritis y psoriasis. En la práctica obstétrica también se usa en el tratamiento médico del embarazo ectópico

Mifepristone (RU486), fue inventado en Francia en 1980, pero recién la FDA lo aprobó en septiembre del 2000 para su uso en Estados Unidos. Es un potente antiprogestínico que tiene una efectividad de 95% ingerido antes de las 7 semanas. Prostaglandinas: Usado en el tratamiento de las úlceras pépticas, es un potente contractor de la musculatura uterina y además dilata y reblandece el cuello uterino. Usado como complemento de las drogas anteriores tiene una efectividad sobre el 95% cuando se usa antes de las 7 semanas de amenorrea.

### **II. Quirúrgicos:**

Es practicado en el primer trimestre (90%) y en el segundo trimestre (9%) y las alternativas son variadas:

Dilatación cervical

Aspiración del contenido ovular

Curetaje

Solución salina hipertónica  
Maniobra de Krausse  
Sonda periovular Microcesárea/cesárea

## **Complicaciones**

### **I. Inmediatas (con riesgo de mortalidad):**

1. Perforación
2. Hemorragia

### **II. Precoces:**

Infección que puede ser localizada, propagada y en su grado máximo generalizada.

### **III. Tardías:**

1. PIP crónico
2. Infertilidad debido fundamentalmente a síndrome adherencial tubo peritoneal, por adherencias severas endometriales: Síndrome de Acherman o por necesidad de recurrir a histerectomía por el manejo del cuadro infeccioso descontrolado.

Analizando más específicamente las causas de aborto por salud materna nos encontramos con una variada gama de indicaciones: cualquier aborto procurado (B Viel), cualquier aborto provocado por un médico (OMS), cuando se puede agravar el pronóstico materno o cuando hay peligro vital materno en situaciones médicas complejas, como el síndrome hipertensivo del embarazo severo y precoz, embarazo ectópico con embrión vivo, infección ovular con feto vivo, etc. En ese escenario es donde surgen los dilemas para el clínico: ¿es lícito interrumpir el embarazo?, ¿es lícito dejar que se mueran ambos?, ¿se está provocando un aborto?, ¿se está cometiendo un delito? Esto es lo que se desarrollará con las ponencias de las otras disciplinas.

---

## **Bibliografía**

1. Aborto inducido en Chile, Mariano Requena Bichet
2. WHO International Classification of Diseases- 9th Revision Conference 1975. Génova 1978.
3. Anuarios INE 1990 a 1998.
4. The Center for Reproductive Law and Policy 2000