



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCREMENTO DE LA
MORBIMORTALIDAD EN MUJERES SOMETIDAS A UN ABORTO
INSEGURO EN ECUADOR

BOHORQUEZ DORADO DIANA ANAI
MÉDICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCREMENTO DE LA
MORBIMORTALIDAD EN MUJERES SOMETIDAS A UN ABORTO
INSEGURO EN ECUADOR**

**BOHORQUEZ DORADO DIANA ANAI
MÉDICA**

**MACHALA
2021**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCREMENTO DE LA MORBIMORTALIDAD EN
MUJERES SOMETIDAS A UN ABORTO INSEGURO EN ECUADOR

BOHORQUEZ DORADO DIANA ANAI
MÉDICA

ESPINOZA GUAMAN PEDRO SEBASTIAN

MACHALA, 23 DE AGOSTO DE 2021

MACHALA
23 de agosto de 2021

FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCREMENTO DE LA MORBIMORTALIDAD EN MUJERES SOMETIDAS A UN ABORTO INSEGURO EN ECUADOR

por DIANA ANAI BOHORQUEZ DORADO

Fecha de entrega: 12-ago-2021 08:47p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1630808295

Nombre del archivo: ALIDAD_EN_MUJERES_SOMETIDAS_A_UN_ABORTO_INSEGURO_EN_ECUADOR.docx
(492.48K)

Total de palabras: 4685

Total de caracteres: 24807

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, BOHORQUEZ DORADO DIANA ANAI, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCREMENTO DE LA MORBIMORTALIDAD EN MUJERES SOMETIDAS A UN ABORTO INSEGURO EN ECUADOR, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

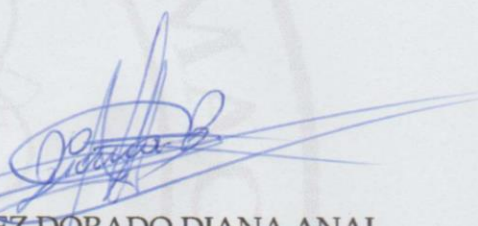
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 23 de agosto de 2021



BOHORQUEZ DORADO DIANA ANAI
0704463785

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado a: A Dios, promotor de mi sabiduría y salud que si no fuera así nada hubiera sido posible de lograr, a mi padre, a mi hermana, a mi madre, a mis amigos y familiares por su cariño, por su apoyo incondicional en todo momento, los quiero y gracias sin ustedes no fuera fácil realizar las cosas con éxito. A la facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, a mis distinguidos docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Machala, gracias por los conocimientos brindados y finalmente quiero dedicar este trabajo, a todos los estudiantes que se hayan cursado la carrera de medicina a nivel nacional y futuros colegas, éxitos siempre.

Atentamente

Md. Diana Anai Bohorquez Dorado

RESUMEN

Introducción: El aborto inseguro es una problemática en salud pública dentro de los países en desarrollo, que a pesar de los avances y actualizaciones científicas que permiten la realización de un aborto en condiciones de seguridad con normas y guías establecidas, el problema continúa; es por ello que en la siguiente revisión analizaremos los diversos factores que afectan el desarrollo de un aborto seguro que a su vez inciden en el incremento del índice de morbilidad y mortalidad en Ecuador, repercutiendo así de forma negativa en el bienestar físico y mental de la mujer a largo plazo. **Objetivo:** Determinar cuales son los factores que incrementan el índice de morbimortalidad en mujeres que se someten a un aborto inseguro en Ecuador **Método:** Estudio descriptivo con un método lógico deductivo a través del análisis y síntesis de diversos artículos científicos actualizados, guías de práctica clínica, metaanálisis recopilados de repositorios digitales con una vigencia estimada de los últimos 5 años, para lo cual se usó como base de datos: Google académico, UpToDate, Scielo y PubMed. **Conclusión:** El factor principal que incide en el incremento de la morbimortalidad de mujeres sometidas a un aborto en Ecuador es la ilegalidad misma del aborto, así como también diversos factores sociales relacionados a poca instrucción de las mujeres, la mala práctica médica, el estatus socioeconómico y el estigma social al que son expuestas.

Palabras claves: Factores de riesgo; Aborto Inseguro; Mortalidad Materna; penalización del aborto

ABSTRACT

Introduction: Unsafe abortion is a public health problem in developing countries, that despite scientific advances and updates that allow safe abortion with established norms and guidelines, the problem continues; That is why in the following review we will analyze the various factors that affect the development of a safe abortion, which in turn affect the increase in the morbidity and mortality rate in Ecuador, thus having a negative impact on the physical and mental well-being of the woman. long-term woman. **Objective:** To determine the factors that increase the morbidity and mortality rate of women who underwent an unsafe abortion in Ecuador **Method:** Descriptive study with a logical deductive method through the analysis and synthesis of various updated scientific articles, clinical practice guidelines, collected meta-analyzes of digital repositories with an estimated validity of the last 5 years, for which it was used as a database: academic Google, UpToDate, Scielo and PubMed. **Conclusion:** The main factor that affects the increase in morbidity and mortality in Ecuador is the illegality of abortion, as well as various social factors related to little education of women, medical malpractice, socioeconomic status and the social stigma to which they are exposed.

Keywords: Risk factors; Unsafe Abortion; Maternal Mortality; criminalization of abortion

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
DESARROLLO	6
Definición de aborto:	6
Epidemiología:	7
El impacto estadístico del aborto en relación a la mortalidad materna:	8
Clasificación del aborto según grado de seguridad:	10
Aborto inseguro y factor legal:	11
Análisis jurídico del delito de aborto en el Ecuador:	11
Implicaciones de la criminalización del aborto en Ecuador:	12
Clínicas clandestinas:	14
Técnicas empleadas para realizar un aborto inseguro:	14
Uso del misoprostol:	15
Complicaciones postabortos:	16
Aborto inseguro y el factor social:	17
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tasa de mortalidad materna en países donde el aborto a solicitud se encuentra penalizado y despenalizado. 2015.....	9
---	----------

INTRODUCCIÓN

Una problemática en salud pública dentro de los países en desarrollo es el aborto inseguro, que a pesar de los avances y actualizaciones científicas que permiten la realización de un aborto en condiciones de seguridad con normas y guías establecidas, el problema continúa y es una de las principales causas del incremento de la morbilidad y mortalidad en Ecuador, repercutiendo de forma negativa el bienestar físico y mental de la mujer a largo plazo.(1)

Existen varios factores que afectan el desarrollo de un aborto seguro, de entre los cuales uno de los principales son las leyes y políticas de restricción del aborto, así como también influyen la no disponibilidad o falta de servicios que brinden un aborto seguro, las condiciones socioeconómicas, la negligencia médica, la escasa información del tema y el estigma social al que se enfrenta la mujer.(1)

La organización mundial de la Salud (OMS) junto con el Instituto Guttmacher, una de las principales fuentes de información acerca de aborto, plantean que el restringir el acceso legal a la realización del aborto no disminuye la cuantía de procedimientos efectuados, ya que según datos estadísticos, las tasas de aborto realizado en países en donde el aborto es legal comparadas con las tasas de aborto realizado en países en donde el aborto es ilegal tienen valores similares.(2)

Diversos factores de servicio de salud, factores legales y factores sociales son los que coadyuvan a la permanencia de un alto índice de morbimortalidad por aborto inseguro en la región del Caribe y América Latina, es por ello que las mujeres que presentan embarazos no deseados toman la decisión de realizarse un aborto de forma clandestina resultando en la mayoría de los casos en alta morbimortalidad. En Ecuador existe una visible tendencia hacia el aborto provocado que se justifican entre los abortos con justificación médica y los abortos espontáneos.(3)

La validez de un aborto legal, accesible y seguro determina un buen estado en la salud de la mujer ya que no se expone a consecuencias negativas, por el hecho de que la práctica es realizada de forma correcta según leyes establecidas, por el contrario, la salud de las mujeres se ve deteriorada cuando el acceso legal no está permitido, sumado al tema de los aspectos culturales y religiosos, que impiden a las mujeres declarar las prácticas ilegales contribuyendo así a la omisión del aborto como factor desencadenante de los hechos que llevaron a la muerte.(3)

DESARROLLO

Definición de aborto:

El aborto se define como la interrupción ya sea espontánea o provocada de un embarazo que ocurre antes de las 20 semanas gestantes o a su vez cuando el embrión tenga un peso menor a 500 gramos, antes de que sea capaz de mantener una vida extrauterina de forma autónoma.(4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como: “un procedimiento para la interrupción de un embarazo que se realiza por una persona que no tiene la capacitación necesaria o en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos o en tal caso ambos”.(5)

Epidemiología:

Al año 140 millones de embarazos se producen a nivel mundial, de los mismos aproximadamente el 25% se interrumpen previo a que el embrión logre sobrevivir de forma autónoma, ya sea de manera espontánea o inducida .(6)

Anualmente desde el año 2015 hasta el año 2019 se produjeron alrededor de 121 millones de embarazos no deseados, de los cuales el 61% finalizaron en aborto, lo que se traduce en unos 72 millones de abortos anuales en el mundo.(7)

El aborto inseguro abarca un gran problema de salud pública con poca atención, que es responsable del 13% de mortalidad materna alrededor del mundo. El 97% de los abortos inseguros se dan en países en desarrollo. En el año 2000 la OMS dictaba que 1 de cada 10 gestaciones concluían en un aborto inseguro, resultando así en 1 aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos. Asimismo 69.000 mujeres mueren anualmente por complicaciones asociadas al aborto, siendo la tasa de mortalidad materna alta en países en desarrollo.(8)

La tasa media anual de abortos en mujeres entre 15 y 49 años en los países de ingresos medios fue de 44 abortos por cada 1000 mujeres, en contraste con 38 abortos por cada 1000 mujeres en países de bajos ingresos y 15 abortos por cada 1000 mujeres en países de altos ingresos. En relación a los porcentajes efectuados de embarazos no deseados que posteriormente terminaron en un aborto según la clasificación por ingresos en los países fue

la siguiente: El 43% en países de ingresos altos, un 66% en países de ingresos medios, y un 40% en países de ingresos bajos.(7)

En África, alrededor del 99% de los abortos son inseguros, lo que da como resultado en una muerte materna por cada 150 casos. Los abortos inseguros aún no han disminuido significativamente en África subsahariana y las tasas de mortalidad materna debido a abortos inseguros siguen siendo altas. Las muertes maternas relacionadas con el aborto inseguro en África subsahariana fueron 37 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, 12 muertes por cada 100.000 en el sur de Asia y 23 muertes por cada 100.000 en América Latina y el Caribe.(8)

Desde el año 2004 al 2014, se registraron 431,614 abortos entre ellos el aborto espontáneo y otros tipos de aborto y dentro de esos subregistros constaban los abortos inducidos en Ecuador. El resultado de la tasa media anual de abortos en general fue de 115 por cada 1.000 nacidos vivos. Obteniendo una tasa de muerte materna de 43 por 100.000 nacidos vivos. Las provincias con más población determinaban asimismo un alto número de casos de abortos, es así que Guayas reportó un total de 696,038 abortos en los últimos 11 años, seguido de Pichincha 487,300 casos de aborto, Manabí 266,300 abortos, Los Ríos 154,400 abortos.(9)

En efecto, según los porcentajes daban como resultado que un 84% de los abortos se atendieron en las instituciones del ministerio de salud pública, mientras tanto solo un 15% se manejaron en hospitales y clínicas privados con fines de lucro y sin fines de lucro. Dentro del ministerio de salud pública un 88% de los abortos reportados provinieron de hospitales del MSP, y un 12% en las demás instituciones, entre ellas hospitales universitarios, hospitales del ejército y la policía y otros servicios benéficos. Mientras que en el ámbito privado, el 87% se reportó desde centros con fines de lucro y solo un 13% en centros privados sin fines de lucro.(9)

El impacto estadístico del aborto en relación a la mortalidad materna:

Se considera la tasa de mortalidad materna como un indicador que detalla el nivel de desarrollo a nivel sanitario, económico y cultural de una nación. La tasa de mortalidad de un país desarrollado es en promedio de 21 por 100.000 nacidos vivos, en comparación con los países en desarrollo la cual en promedio es entre 440 y 1000 por cada 100.000 nacidos vivos.(10)

Tabla 1: Tasa de mortalidad materna en países donde el aborto a solicitud se encuentra penalizado y despenalizado(2015).(10)

ABORTO PENALIZADO			ABORTO DESPENALIZADO		
Países	Tasa MM	IDH	Países	Tasa MM	IDH
Costa Rica	25	0,794	Canadá	7	0,926
Argentina	52	0,825	Cuba	39	0,777
Bolivia	206	0,693	Puerto Rico	14	0,820
Brasil	44	0,759	Uruguay	15	0,804
Chile	22	0,843	Bélgica	7	0,916
Colombia	64	0,747	Dinamarca	6	0,929
Ecuador	64	0,752	España	5	0,891
Paraguay	132	0,702	Francia	8	0,901
Perú	68	0,750	Suecia	4	0,933
Venezuela	95	0,761	Suiza	5	0,944
Irlanda	8	0,938			
Malta	9	0,878			
Polonia	3	0,865			

MM: Mortalidad Materna

IDH: Índice de desarrollo humano

Fuente: CIA Worl Factbook: <https://www.indexmundi.com>

La comparativa entre los años 1990 donde el aborto era ilegal con el año 2008 donde el aborto es legal son notables, es así que la tasa de mortalidad materna por aborto inseguro en Europa fue de 5 por cada 100000 nacidos vivos en 1990, en comparación con 1 por cada 100000 en el 2008. En África no se ha establecido la legalidad del aborto por lo que esta tasa no tuvo mayor cambio positivo, ya que en 1990 fue de 100 por cada 100000 nacidos vivos, mientras que en el 2008 fue de 80 por cada 100000. En cuanto a América Latina y el Caribe tuvieron 30 muertes por aborto inseguro por cada 100000 nacidos vivos en 1990, en

comparativa con 10 muertes por aborto inseguro por 100000 nacidos vivos en 2008. Asia tuvo 50 muertes por cada 100000 nacidos vivos en 1990, en comparativa con 20 muertes por aborto inseguro por 100000 nacidos vivos en 2008. Una revisión sistemática de estudios durante 1990-2010 mostró una mediana de la tasa de complicaciones graves de 596 por 100 000 nacidos vivos.(10)

En un estudio comparativo realizado con Chile y Cuba donde se analizaba la muerte materna, estableciendo como hipótesis que Cuba con legalidad para el aborto tendría una menor mortalidad materna por aborto que Chile ya que el aborto era ilegal en un periodo de 15 años. Previamente en estos países se estimó que alrededor del 8% de las muertes maternas se relacionaban con abortos. Los resultados arrojaron que Cuba en el presente presentó una razón de mortalidad asociada al aborto mayor que Chile, aun existiendo penalización por el aborto inducido en Chile. No fue posible determinar la causa o razón por la que en Cuba mueren por aborto más mujeres en comparativa con Chile. Enfermedades maternas crónicas y de severidad que posterior al procedimiento se descompensan, como también interrupciones a edades gestacionales mayores de 12 semanas podrían ser, entre otras de las justificaciones.(11)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) analizó que las leyes restrictivas del aborto elevan el índice de mortalidad materna por aborto inseguro, en su contraparte la descriminalización la reduciría, sin aumento en sí de la tasa de abortos. La FIGO reconoce que junto con la despenalización del aborto reduce significativamente el índice de mortalidad materna.(12)

Clasificación del aborto según grado de seguridad:

Un reciente estudio que es realizado junto con la OMS incluye por primera vez subcategorías de aborto inseguro o peligroso, clasificándolos así en abortos menos seguros y abortos nada seguros. Esta nueva implementación permitirá mayor comprensión y matidez entre las diferencias en que abortan las mujeres que no les es posible acceder a servicios de abortos seguros por leyes establecidas.(13)

Desde el 2010 al 2014 el 55% de los abortos que se efectuaron de forma segura, siendo realizados por personal altamente capacitado según recomendaciones de la OMS; un 31% de los abortos fue categorizado como abortos menos seguros, estos fueron realizados por un

profesional capacitado pero el método utilizado no era el adecuado, es decir, poco seguro como el legrado uterino.(13)

Dentro del porcentaje restante, el 14% se atribuyó a los abortos nada seguros, los mismos que fueron realizados por personal no calificado y a su vez con métodos nada seguros y peligrosos, como por ejemplo la introducción de brebajes hiérvaes u objetos extraños. Las complicaciones derivadas de estos procedimientos abarcan en primer lugar las hemorragias, abortos incompletos, lesiones uterinas, cervicales y vaginales e infecciones.(13)

Aborto inseguro y factor legal:

Aunque anteriormente en Ecuador estaba penalizado el aborto por violación, a partir de abril del año 2021 la Corte Constitucional dio paso a la despenalización del aborto por violación, tras aceptar la acción de inconstitucionalidad presentada por las organizaciones de defensoría de derechos reproductivos y sexuales de las mujeres en el Código Orgánico Integral Penal del Ecuador cuya acción se describe en el artículo 150 que dicta lo siguiente:(14)

“Art. 150.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.”(15)

Sin embargo, en Ecuador el aborto no es legal, la mujer no tiene el derecho y la libertad de decidir sobre su cuerpo y practicarse un aborto, sus sanciones están establecidas en el Código Orgánico Integral Penal (COIP).

Análisis jurídico del delito de aborto en el Ecuador:

El debate jurídico político acerca del aborto es un tema que llama la atención, que se ha difundido hasta la actualidad, algunos dicen que servirá a los intereses del cabildeo político otros, que es para satisfacer los intereses del estado para contener la ola de superpoblación.

Desde el aspecto judicial el aborto es inconstitucional a primera audiencia pues nuestra estatuto es clara la cual indica que el Estado protegerá la vida desde el momento de la concepción, no obstante, el Código Orgánico Integral Penal admite que puedan radicar causas de confirmación muy restringidas sobre el aborto, es así que nuestra estatuto del 2008 nos garantiza en su art. 45 que los niños y niñas tendrán los derechos correspondientes a la edad, y que el estado proporcionará la protección de la vida desde la concepción.(16)

Respecto al análisis legal, encontramos que Ecuador ha tipificado el aborto como delito en sus diferentes circunstancias en el Código Orgánico Integral Penal, comienza a hacerlo a partir del aborto con muerte que es producto del principio de consunción, del cual su sentencia es de 7- 10 años y que si se hizo sin consentimiento precio de la mujer y que a su vez cause la muerte sería de 13 a 16 años de prisión. Según Código en su artículo 148 establece que el aborto no consensuado y que, si las técnicas utilizadas por la persona que provoca el aborto no han sido efectivas, se sancionará un intento que nos devuelva al artículo 39 que el intento como la ejecución que no se completa o el resultado no se verifica como un acto delictivo debido a circunstancias fuera del control del autor será castigado por dos tercios que corresponderían a lo previsto en cada tipo de infracción en que cae la tentativa.(15)

El art 149 nos define el aborto consentido que es el único que establece pena para la mujer que se practique el aborto por voluntad propia será una pena privativa de libertad de 6 meses a 2 años máximo. Pues desde que ha iniciado la formación de un nuevo ser humano, por la fecundación del óvulo, es innegable que se está en presencia de un individuo de especie humana que existe antes del nacimiento ya que este hecho solo cambia el medio en que se desarrolla la vida del nuevo ser. Es decir, no es posible pretender castigar a una persona que abortara con la misma pena privativa como a quien asesina a otra persona, porque si bien el régimen legal es el mismo, las circunstancias que lo rodean no lo son. Por lo tanto, según la dosimetría criminal, apenas se conforman con el acto criminal.(16)

Implicaciones de la criminalización del aborto en Ecuador:

El aborto es la segunda práctica ginecológica más frecuente en todo el mundo. En América Latina mismo es alarmante. De acuerdo al Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACAI), el Ecuador es la nación donde se realizan de forma muy frecuente abortos, siendo uno de los primeros países en América Latina. Alrededor de 95.000 mujeres

detienen sus embarazos por año. Debido a este índice, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) ha indicado que anualmente se producen 200 abortos legales, lo que da a entender que el sobrante de abortos es practicado de manera ilegal y, consecuentemente, con un alto grado de riesgo para la mujer. Además de la afectación física, también denotan daños psicológicos y emocionales que se crean por el proceso de culpabilidad que se incrementan a partir del rechazo social como una sanción moral que impone la sociedad ecuatoriana.(17)

Una condición de interseccionalidad se hace presente en los casos del aborto realizado de manera ilegal, es por eso que la ilegalidad del mismo aqueja con variación de intensidad a las mujeres en relación a la variabilidad de subjetividades, sus distintos rasgos que las hacen diferentes, el estado y condición de la calidad de vida que transcurre en espacio y tiempos establecidos

Las mujeres es edades comprendidas desde los 12 hasta los 18 años por lo general reciben con mayor impacto los efectos de penalización del aborto consentido, esto se debe a que les es prohibido desarrollar su autodeterminación, siendo este proceso impuesto por su responsable, ya que se dejan llevar por estatutos adulto céntricos y observan a los adolescentes como seres incapaces de generar buenas decisiones. Además de influir en el uso de una correcta anticoncepción por declararlos asexuados por un estado patriarcal. Las estadísticas revelan datos que corroboran esta aclaración, ya que 1 de cada 10 mujeres que fallecen es adolescente, y el porcentaje de hospitalización por un aborto provocado corresponde del 10 al 21% en adolescentes.(17)

A pesar de este marco constitucional de protección, la penalización del aborto consentido impide el paso a un servicio médica de calidad y calidez, y, en resultado, al desempeñar el derecho a una salud reproductiva. Es por esto que los organismos internacionales de protección de los derechos humanos recomiendan como primera instancia el despenalizar el aborto, convertirlo en un acceso legal, confiable y brindar atención oportuna a las mujeres expuestas con el fin de precautelar los derechos humanos, a su vez de disminuir en gran porcentaje el índice de morbilidad materna.(17)

Aunque el derecho internacional de los derechos humanos y la constitución ecuatoriana impiden cualquier acto que provoque daños y/o afecciones en la integridad psíquica, física y emocional de los seres humanos, el penalizar el aborto va en contra de estos derechos, exponiendo y vulnerabilizando a las mujeres.

Siendo así que penalizar el aborto demuestra un claro abuso de autoridad de derecho acerca del cuerpo y decisión de las mujeres, ya que castigan el no cumplimiento de un apartado sexual y de reproducción que establece movimientos políticos, procedimientos discursivos y simbólicos que exhortan a la mujer a cumplir cada uno de los estatutos establecidos por ellos; pretenden exigirle cumplir con el deber de ser madres.(17)

Clínicas clandestinas:

El aborto provocado o efectuado en centros privados como lo son clínicas en acompañamiento de médicos actualmente es uno de los principales destinos de las mujeres con embarazos no deseados. Un estudio realizado en una clínica clandestina evaluó el tipo de complicaciones tanto leves como severas que se producían posterior al aborto realizado en su institución. Dentro de las complicaciones leves se encontraron el sangrado abundante, irregularidades en el ciclo menstrual, dolor en región pélvica, reacción vagal y dentro del aspecto psicológico sentido de culpa, ansiedad y depresión.(18)

Las complicaciones más graves corresponden a las hemorragias vaginales, infecciones pélvicas, alza térmica, retención de tejidos embrionarios, asimismo como la perforación uterina. De este estudio la gran parte de las mujeres no tuvieron complicaciones. Sin embargo, el 3% desarrolló complicaciones leves y solo un 2% complicaciones severas. Las pacientes que cursan el primer trimestre de gestación eran aptas para el procedimiento con aspiración manual, a diferencia de las mujeres que cursan por encima de las 12 semanas de gestación se les aplicaba fármacos abortivos como las prostaglandinas cervicales y se les indicaba que posteriormente con sintomatología (sangrado) se dirijan a centros de atención médica del ministerio de salud pública.(18)

Técnicas empleadas para realizar un aborto inseguro:

La morbilidad es la consecuencia más temprana del aborto peligroso, más que la mortalidad, pero ambas están regidas por factores de riesgo similares. Dentro de la morbilidad incluye complicaciones como peritonitis, sepsis, lesiones en el tracto genital femenino y sangrado. Un alto porcentaje de entre el 20 al 50% de mujeres que se exponen a un aborto inseguro se hospitaliza posteriormente debido a complicaciones.(19)

Existen un sinnúmero de técnicas y procedimientos para realizar un aborto inseguro alrededor del mundo. Desde la inserción de objetos extraños, hasta los golpes emitidos por personal profesional y/o familiares en el abdomen inferior de la gestante para ocasionar abortos, lo que aumenta el incidencia de complicaciones.(20)

Insertar en la vagina o el cuello uterino un catéter u otro objeto extraño, como palitos de mandioca, tallos de perejil, raíces de árboles, sondas de metal, hierbas trituradas, semillas molidas, huesos de pollo, lápices, alambres, perchas, agujas de tejer, radios de bicicleta, botellas trituradas, potasio tabletas de permanganato o nitrato de potasio-salitre.(21)

Introducir líquidos en la vagina, como soluciones salinas, brebajes de hierbas concentrados preparados con agua o alcohol, jabón soluciones, detergente o lejía.(22) Beber alcohol, detergente, azulado para la ropa, suavizante de telas, lejía, ácido, alcoholes metilados, aceite de ricino, trementina, té elaborado con heces de ganado, tónicos sanguíneos, concentrados de plantas tradicionales o, en Sudáfrica, holandeses remedios productos a base de alcohol que contienen pequeñas cantidades de activo ingredientes.(23)

Ingerir productos farmacéuticos, como aspirina, analgésicos, medicamentos para la gripe, laxantes, cloroquina, nivaquine, quinina, panadol, ergometrina (ergot alcaloides), medicamentos hormonales orales u oxitocina inyectable. Manipular el abdomen, encontrando la masa del embrión a través de palpaciones en la parte externa y luego intentando desalojarla masajeando o golpeando el abdomen inferior.(24)

Participar en una actividad física extremas, traumáticas y/o dañina, como saltar de la parte superior de las escaleras o el techo, caer, levantar objetos pesados o hacer ejercicio excesivamente.(25)

Uso del misoprostol:

El uso de drogas abortivas es una de las técnicas más utilizadas para inducción del aborto en forma clandestina. El Misoprostol se ha establecido como la primera opción de medicamento para este uso. América Latina lo ha puesto en práctica desde hace más de 2 décadas.(26)

El Misoprostol es un fármaco que pertenece al grupo de las prostaglandinas efectuando una acción de maduración cervical, reblandecimiento del cuello uterino y por ende la dilatación del mismo, ya que disminuye la cantidad y calidad de las fibras de colágeno. Asimismo

produce la clínica característica que es el aumento de la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, lo que facilita la expulsión del embrión y/o feto.(26)

Ya que es un fármaco de alta eficacia y efectividad la OMS lo incluye en la lista de medicamentos básicos esenciales, pero a pesar de las restricciones en farmacias públicas, el acceso a este fármaco es muy común obteniéndose de forma ilegal con el uso de recetas falsificadas, y el uso indiscriminado por el poco conocimiento que obtienen de las dosis y la forma de aplicación, aumentando el índice de morbilidad.(27)

Un estudio realizado en el 2014 acerca del Misoprostol y el impacto que tuvo en la práctica clandestina arrojó que este fue de fácil acceso en sectores formales e informales, el mismo que era conseguido por familiares de la paciente en cuestión. Las dosis que aplicaban no coincidían con la directriz de la OMS, provocando abortos fallidos, incompletos, sangrado abundante y demás complicaciones ya habladas anteriormente.(28)

Complicaciones postabortos:

De entre las complicaciones poco frecuentes esta la endometritis producto de un aborto espontáneo, quirúrgico o inducido médicamente es inusual, esta ocurre en aproximadamente el 0,5% de los abortos quirúrgicos o solo con misoprostol. La infección es típicamente polimicrobiana, incluyendo la vagina y el intestino flora, Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis.(29)

La infección por clostridium, incluida la infección por las especies de Clostridium perfringens y C. sordellii, son particularmente peligrosas y se hacen evidentes después de un aborto espontáneo, inducido por medicamentos y quirúrgico. En un período de 10 años, 8 muertes por shock tóxico asociado con la infección por C. sordellii fueron reportados entre casi 2 millones de mujeres en Estados Unidos que se sometieron a un aborto con el uso de fármacos, en este caso el misoprostol.(30)

La infección puede provocar una necrosis uterina de espesor total (gangrena gaseosa) y un rápido deterioro y muerte. Debe darse la sospecha si en la tinción de Gram endometrial muestra bacilos grampositivos y las pacientes tienen clínica como taquicardia, leucocitosis dramática, hemólisis, hematuria o shock de rápido desarrollo y SDRA. Si el estado clínico del paciente empeora o bacterianos pueden causar necrosis uterina y requerir histerectomía para

el control de la fuente. La sepsis postaborto también puede ser causado por una lesión intestinal no reconocida.(31)

La atonía uterina, productos retenidos de la concepción, placentación anormal (placenta accreta, percreta o increta), malformación arteriovenosa, y los trastornos hemorrágicos pueden ser causas de hemorragia uterina. Una hemorragia grande puede provocar a la coagulación intravascular diseminada, las mismas que son desencadenadas por lesiones mecánicas en el útero, el cuello uterino o la vagina. Lesiones a el cuello uterino lateral y el útero son los más peligrosos y afectan a las ramas de la arteria uterina. Dado que estas lesiones pueden provocar hemorragias pélvicas, de ligamentos anchos y retroperitoneales potencialmente catastróficas, requieren una reparación quirúrgica experta.(32)

Las perforaciones del fondo uterino pequeñas pueden no resultar en una hemorragia clínicamente significativa y pueden no requiere reparación; sin embargo, cuando tales perforaciones son causadas por dispositivos de succión o fórceps, lesión en el intestino, la vejiga, el epiplón u otro las estructuras deben descartarse con exploraciones quirúrgicas. Daños catastróficos al útero o su vasculatura pueden requerir una histerectomía. Pacientes con hematometra postaborto, que generalmente no pone en peligro la vida, presente con calambres severos. (32)

Aborto inseguro y el factor social:

El aborto inseguro afecta la salud de millones de mujeres en el mundo, pero existe un mayor predominio en mujeres con limitada capacidad económica, poca instrucción o estudios, analfabetas, las que habitan en áreas rurales. El hecho de implementar el conocimiento en este grupo acerca de métodos anticonceptivos y legalizar el aborto disminuiría en si el índice de morbilidad, confirmado en si por estudios comparativos de un antes y después de la implementación de estas técnicas en otros países.(3)

La agrupación de muertes en grupos sociales con menor capacidad económica, con predominio de mujeres con educación escasa y de etnia negra, sustenta los argumentos que ubican a la muerte por aborto como una condición de inequidad en salud. Esta situación es indicativa de que, a pesar de la ilegalidad del aborto en Ecuador, existen demás factores que condicionan a las mujeres a la práctica de abortos inseguros. Dentro de estos factores

encontramos el contexto social tanto de trabajo y vida de las mujeres, ya que no son las condiciones necesarias por ende se encuentran en un espacio donde la atención sanitaria es deficiente y de mala calidad. La violencia de género, ha sido identificada en mujeres que abortan.(3)

El estatus socioeconómico emerge como uno de los factores que conforman este cuadro. Es importante recordar que, con anterioridad, las mujeres de etnia negra son más vulnerables a la hora de analizar el acceso a los servicios para satisfacer sus necesidades en el contexto de los derechos reproductivos y sexuales. Ante esto, no es de extrañar que entre ellos se encuentre la mayor prevalencia de embarazos no deseados, aumentando la probabilidad de que se realicen abortos inseguros.(33)

CONCLUSIONES

El factor principal que incide en el incremento de la morbilidad de mujeres sometidas a un aborto en Ecuador es la ilegalidad misma del aborto, así como también diversos factores sociales relacionados a un déficit en la instrucción de las mujeres, el estatus socioeconómico y el estigma social al que son expuestas.

La legislación restrictiva al aborto no disminuye de ninguna forma el índice de abortos, así como tampoco incide en el aumento de nacimientos. Las mujeres a pesar de estas leyes de restricción siguen realizándose abortos sea de forma menos segura, menos segura o nada segura, siendo esta última la de mayor incidencia en Ecuador, produciendo consecuencias desfavorables para la salud de la mujer en un ámbito psíquico y físico.

El retroceso legislativo que está dispuesto actualmente en la constitución del Ecuador no reduce el aborto, lo que si provoca es un tema tabú y de desinformación permitiendo así que las mujeres acepten técnicas inseguras para culminar su embarazo, conduciendo al aumento del índice de morbilidad materna en el país; Los tratados internacionales que informan sobre aborto inseguro enuncian que el despenalizar el aborto es la medida principal para reducción del mismo.

El nivel de instrucción se ve relacionado de forma directa con el incremento de la morbilidad de la mujer que se somete a un aborto inseguro, el hecho de no recibir una instrucción adecuada, con bases sólidas sobre el conocimiento básico la hace un blanco vulnerable para exponerse a estos riesgos inminentes.

El aborto inseguro se desarrolla con mayor incidencia en mujeres de recursos económicos limitados, es por ello que el estatus económico tiene gran importancia la morbilidad materna, ya que la falta de recursos la lleva a tomar decisiones que se ajusten a sus presupuestos, y estas opciones son las menos seguras y más peligrosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. ABORTION WORLDWIDE 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Organization World Health[Internet]. 2017. 1–68p. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
2. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008[Internet]. Ginebra: OMS. 2011. [citado 22 Jul 2021] Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/
3. Bergallo P, Jaramillo I, Vaggione JM. El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. In: Colección Derecho y política [Internet]. 2018. [citado 24 Jul 2021] Available from: <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/debatesddhh/article/view/659>
4. *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. Quito - Ecuador. Dirección Nacional de Normatización MSP (2013). [citado 24 Jul 2021] Available from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/SharedDocuments/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf
5. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston H, Johnson B, Gülmezoglu M, Temmerman M. From concept to measurement : Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ [Internet]. 2014;136333. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24700971/>
6. Mahdavi SA, Jafari A, Azimi K, Dehghanizadeh N, Barzegar A. Therapeutic abortion in Iran : an epidemiologic study of legal abortion in 2 years. BMC Res Notes [Internet]. 2020;1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05098-y>

7. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income , region , and the legal status of abortion : estimates from a comprehensive model for 1990 – 2019. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020;1152–61. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext)
8. Gebremedhin M, Semahegn A, Usmael T, Tesfaye G. Unsafe abortion and associated factors among reproductive aged women in Sub-Saharan Africa : a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. *Systematic Reviews*[Internet]; 2018. 1–5 p. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0775-9>
9. Ortiz E, Simbaña K, Gomez L, Stewart AM, Scott L, Cevallos G. Abortion , an increasing public health concern in Ecuador , a 10-year population-based analysis. *Pragmatic and Observational Research* [Internet]. 2017. 129–135 p. Available from: <https://www.dovepress.com/abortion-an-increasing-public-health-concern-in-ecuador-a-10-year-popu-peer-reviewed-fulltext-article-por>
10. Sandoval B, Vallejos E, Diaz C. El aborto como impacto en la mortalidad materna: ¿legalización o desarrollo humano? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2019.Vol. 84. 4–6 p. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100004
11. Donoso E, Vera C. Mayor mortalidad materna por aborto en Cuba que en Chile , 2000-2015. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018. Vol. 83. 240-249 p. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300240

12. Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. Vol. 131 Elsevier B.V.; 2017. 56–59 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.018>
13. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Ronald B, Johnson Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global , regional , and subregional classification of abortions by safety , 2010 – 14 : estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* [Internet]. 2017;390. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964589/>
14. CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR. CASO N° 34-19-IN Y ACUMULADOS. Quevedo K. El pleno de la corte constitucional del Ecuador en ejercicio de sus atribuciones constitucionales legales Art-149 Art-150. 28 Abril 2021;(34):1–101. Available from: <http://esacc.corteconstitucional.gob.ec>
15. CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL. República del Ecuador Asamblea Nacional. Registro Oficial:180. Febrero de 2021;1–297. [citado 24 Jul 2021] Available from: <https://www.defensa.gob.ec>
16. Muñoz S. Análisis jurídico del delito de aborto en el Ecuador ¿ problema jurídico-político o problema de sanidad ? [Tesis de pregrado]. Azuay: UDA Law Rev [Internet]. 2020; Available from: <http://revistas.uazuay.edu.ec/index.php/udalawreview/article/view/304/457>
17. Rodríguez EG. Implicaciones de la criminalización del aborto en Ecuador. *UASB-E Rev Derecho* [Internet]. 2018;(29):117–34. [citado 25 Jul 2021] Available from: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6281>
18. Strickler J, Angela H, Rodriguez K. El Aborto Clandestino en América Latina. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar* [Internet]. 2015. 1–27 p. Available from: <http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/174>
19. Grimes D, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua F, Shah I. Unsafe abortion : the preventable pandemic. *Sexual and Reproductive Health* 4

- [Internet]. 2016;368. Available from: <https://europepmc.org/article/med/17126724>
20. Organización mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guia tecnica y de politicas para sistemas de salud [Internet]. Ginebra: OMS. Vol (2). 2012 [citado 25 Jul 2021]. Available from: www.who.int/reproductivehealth
 21. Basinga P, Moore AM, Singh SD, Carlin EE, Birungi F, Ngabo F. Abortion Incidence and Postabortion Care in Rwanda. *Studies in Family Planning* [Internet]. Vol. 43. 2012. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23185868/>
 22. Prada E, Atuyambe LM, Blades NM, Bukonya JN, Orach CG, Bankole A. Incidence of Induced Abortion in Uganda , 2013 : New Estimates Since 2003. *PLoS One* [Internet]. 2016;1–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802338/>
 23. Jewkes RK, Gumedde T, Westaway MS, Dickson K, Brown H, Rees H. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa ? *BJOG: an Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2015;112(September):1236–42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6454783/>
 24. Belton S, Whittaker A. Kathy Pan , sticks and pummelling : Techniques used to induce abortion by Burmese women on the Thai border. *Social Science & Medicine* [Internet] 2007. Vol. 65. 1512–1523p. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17604893/>
 25. Sundaram A, Juarez F, Bankole A, Singh S. Factors Associated with Abortion-Seeking and Obtaining a Safe Abortion in Ghana. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2012;43(4):273–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23239247/>
 26. Harris L, Grossman D. Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;1029–40. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1908412>

27. Esteves MF, Silva R, Rodrigues NM, Batalha RB, Quiroga AC. O USO INADEQUADO DO MISOPROSTOL COMO ABORTIVO : UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Colloq Vitae* [Internet]. 2021;13(1):22–34. Available from: <https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/3766>
28. Pourette D, Mattern C, Ratovoson R, Raharimalala P. Complications with use of misoprostol for abortion in Madagascar: between ease of access and lack of information. *Contraception* [Internet]. 2018;97(2):116–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.005>
29. Storey A, White K, Treder K, Woodhams E, Bell S, Cannon R. First-Trimester Abortion Complications : Simulation Cases for OB / GYN Residents in Sepsis and Hemorrhage. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2020;1–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33094159/>
30. Fjerstad M, Trussell J, Siving I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of Serious Infection after Changes in Regimens for Medical Abortion. *N Engl J Med* [Internet]. 2019;145–51. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0809146>
31. Davis VJ. Induced Abortion Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2016;28(11):1014–27. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32296-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32296-4)
32. Uribe LJ, Ruiz CA, Zuleta JJ. Factores de riesgo para hemorragia postaborto , estudio de casos y controles. *Med UPB* [Internet]. 2017;30(0120–4874). Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159022489003.pdf>
33. Lozano L, Bohorquez AZ, Zambrano G. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. *Univ y Salud* [Internet]. 2016;364–72. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>

