



CARTA AL DIRECTOR

Ofrecer abortar como única opción ante el embarazo no deseado, una práctica pobre

Offering abortion as the only option for unwanted pregnancy, a poor practice

Sr. Director:

El embarazo no deseado es un motivo de consulta que se presenta con cierta frecuencia en atención primaria. Diferentes factores sociales y políticos han aumentado la presión que tienen las pacientes en esta situación y los médicos que las ven. El aborto es hoy en día en muchos casos la única salida que se ofrece a estas mujeres.

Aunque con ligeras oscilaciones, la cifra de abortos ha subido en España de modo consistente desde los 44.962 realizados en 1992 a los 111.482 de 2009¹. En más del 96% de los casos el motivo presentado para realizar el aborto fue un problema de salud materna¹, lo que llama la atención no habiendo ninguna evidencia epidemiológica de que algún problema de salud materna haya aumentado tanto en las últimas 2 décadas. Los problemas psiquiátricos están entre los más presentados, aunque tampoco exista evidencia de que el aborto mejore la salud mental de la mujer^{2,3}. Se ha planteado con preocupación que el aborto se haya convertido en otro método anticonceptivo más⁴. La realidad es que el aborto es una práctica realizada a demanda sin apenas valoración previa, lo que no tiene sentido en un contexto sanitario donde se busca hacer medicina basada en la evidencia y se debaten los miligramos de aspirina que deben pautarse para prevenir un episodio cardiovascular.

Tanto si se considera éticamente aceptable como si no, el aborto es una realidad negativa que no constituye una satisfacción para la paciente ni para el médico. Las cifras epidemiológicas tampoco describen un panorama positivo. Resulta muy pobre que sea el único recurso que se ofrece a una mujer con un embarazo no deseado.

El médico de familia debería ser capaz de valorar la situación médica, social y laboral de la paciente con embarazo no deseado, que puede encontrarse o no en los casos en que el aborto es legal. Una aproximación empática a estas pacientes debería permitir conversar sobre los posibles resultados

a corto y largo plazo de una decisión u otra: continuar el embarazo/abortar³. El médico de familia debería dar la primera información sobre las alternativas que ofrecen los servicios sociales. Y sobre todo debería ser capaz de ayudar a la paciente a dinamizar, conocer y utilizar sus propios recursos personales, psicológicos y familiares. No tiene sentido derivar a una paciente para que aborte sin haber preguntado si su pareja está enterada del embarazo, o sin investigar si su decisión se debe a una creencia errónea («Como estoy embarazada no voy a poder tomar la medicación del asma»).

Esta labor de atención integral a la paciente con embarazo no deseado debería estar recogida en guías clínicas igual que está la atención al paciente diabético o cardiopata, a quienes nunca se ofrece el tratamiento quirúrgico como única opción.

Bibliografía

1. Interrupciones voluntarias del embarazo. Serie 1992-2008. Base de datos electrónica. Instituto nacional de estadística [consultado 10/2/2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/a044/a021/&file=pcaxis>.
2. Gurpegui M, Jurado D. Complicaciones psiquiátricas del aborto. *Cuad Bioet.* 2009;20:381-92.
3. Casey PR. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24:491-502.
4. Steel D. We need to rethink my abortion law. *The Guardian.* Tuesday 6 July 2004.

Luis Ayerbe Garcia-Monzon^{a,*}, Salvador Pereira Sanz^b, Jesus Poveda De Agustín^c y Pedro Romero Peña^d

^a *Division of Health and Social Care Research, King's College London, Londres, Reino Unido*

^b *Centro de Salud Delicias, Madrid, España*

^c *Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

^d *Sociedad de Prevención de FREMAP, Burgos, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisayerbe@hotmail.com
(L. Ayerbe Garcia-Monzon).