

# Aborto seguro: guía técnica y política para los sistemas de salud

(Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012)

Desde la década de 1990 se ha observado una notable evolución de las evidencias en salud y tecnologías y en la fundamentación basada en los derechos humanos para la provisión de atención integral y segura del aborto. No obstante, se estima que aún se siguen realizando aproximadamente 22 millones de abortos inseguros por año, que causan la muerte de 47 mil mujeres y discapacidad en 5 millones de mujeres. Un gran número de estas muertes y discapacidades podría haber sido evitado mediante la provisión legal y segura de abortos inducidos. En la mayoría de los países desarrollados, el aborto es legal por la sola solicitud de la mujer o tomando en consideración criterios de tipo social y económico. Los servicios, además, son accesibles y se encuentran disponibles. En los países donde existen fuertes trabas legales para el aborto inducido y no hay provisión de esta práctica, el aborto seguro es frecuentemente un privilegio de los ricos. Las mujeres pobres quedan sin más opciones que recurrir a prestadores inseguros. Esta situación aumenta la morbilidad y mortalidad, de las que finalmente el sistema público de salud termina siendo responsable social y financieramente.

La OMS, ante la necesidad de disponer de las mejores prácticas basadas en la evidencia para la provisión de abortos seguros y resguardar tanto los derechos humanos como la salud de las mujeres, ha actualizado su publicación del año 2003, *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, y ha enunciado recomendaciones para la atención clínica. En este proceso se han seguido los estándares de la OMS para la formulación de guías técnicas, que incluyen:

identificación de preguntas y resultados prioritarios; recolección, evaluación y síntesis de la evidencia; formulación de recomendaciones; y planes para la difusión, implementación, evaluación del impacto y actualización. Para las recomendaciones clínicas presentadas en el capítulo 2, se prepararon perfiles de evidencias relativas a las preguntas prioritarias, basados en las revisiones sistemáticas más recientes. La mayor parte de ellas están incluidas en la Base Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Además, se revisaron y actualizaron los capítulos 1, 3 y 4 de la publicación del año 2003, con las recientes estimaciones globales sobre aborto inseguro, la nueva literatura acerca de la provisión de servicios, y los avances jurídicos en el campo de los derechos humanos tanto en el ámbito internacional como regional. Un panel internacional de expertos revisó y comentó las recomendaciones preliminares basadas en los perfiles de evidencia, mediante un proceso participativo con el fin de lograr consenso.

Los destinatarios de la guía son los funcionarios a cargo de la formulación de políticas, los administradores de programas y los prestadores de servicios de aborto. En general, la aplicación de estas recomendaciones se deberá ajustar a cada mujer, con énfasis en su situación clínica y el método específico de aborto que se use, respetando las preferencias manifestadas por cada mujer respecto de la atención.

A continuación, se sintetizan las recomendaciones presentadas en este documento. Los detalles de cómo se desarrollaron y aplicaron las escalas para evaluar las evidencias se encuentran en la sección Metodología (en el documento de la guía).

Los participantes en la consulta técnica (que colaboraron en la preparación de las recomendaciones finales en el año 2011) encontraron importantes déficits de conocimiento que debían ser resueltos mediante investigación primaria. En general, se resaltó la importancia de realizar investigaciones orientadas a la desmedicalización de la atención del aborto.

### **1. Métodos recomendados para aborto quirúrgico**

La aspiración al vacío es la técnica recomendada de aborto quirúrgico para embarazos de hasta 12-14 semanas de gestación. El procedimiento no debe ser completado rutinariamente con legrado. La dilatación y curetaje (D&C), si se practica todavía, debe ser sustituida por la aspiración al vacío.

### **2. Métodos recomendados para el aborto con medicamentos Mifepristona+ misoprostol**

El método recomendado para el aborto con medicamentos hasta las 9 semanas de gestación es la administración de 200mg de mifepristona por vía oral, seguida 24 a 48 horas más tarde por 800µg de misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

Para embarazos de entre 9 a 12 semanas, el método recomendado es la administración de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguidos 36 a 48 horas más tarde por 800µg de misoprostol, administrados vaginalmente. Las dosis siguientes de misoprostol hasta la expulsión de los restos, deben ser de 400µg por vía vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta un máximo de 4 dosis.

Para embarazos de entre 12 a 24 semanas, el método recomendado es la administración de 200mg de mifepristona por vía oral, seguida 36 a 48 horas más tarde de 800µg de misoprostol por vía vaginal, o 400µg de misoprostol por vía oral. Las dosis siguientes de misoprostol deben ser de 400µg por vía oral, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta un máximo de 4 dosis ulteriores.

Para embarazos con más de 24 semanas de edad gestacional, se debe reducir la dosis de misoprostol dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos proscribió la recomendación de dosis específicas.

### **Misoprostol solo**

Donde no se disponga de mifepristona, el método recomendado para el aborto con medicamentos es 800µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual para embarazos de hasta 12 semanas. La dosis puede ser repetida hasta 3 veces en intervalos de al menos 3 horas y no más de 12 horas.

Cuando no se disponga de mifepristona, para embarazos de más de 12 semanas, el tratamiento con medicamentos recomendado es la administración de 400µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada 3 horas, hasta un máximo de 5 dosis.

### **3. Métodos de aborto recomendados en embarazos de edad gestacional mayor a 12 semanas**

La dilatación y evacuación (D&E), así como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; solo misoprostol) son los recomendados para el aborto en embarazos de más de 12 semanas. Los centros de atención deberían ofrecer al menos uno, y de ser posible los dos, dependiendo de la experiencia y el entrenamiento del prestador.

### **4. Recomendaciones para la atención previa al aborto Preparación cervical**

Antes de la realización de un aborto quirúrgico, se recomienda la preparación cervical en todas las mujeres con embarazos de más de 12 a 14 semanas de edad gestacional. Esta preparación puede ser considerada para mujeres con embarazos de cualquier edad gestacional.

Todas las mujeres que requieran dilatación y evacuación (D&E) con embarazos de más de 14 semanas deben recibir preparación cervical previa al procedimiento.

#### **Ecografía**

No es necesario realizar una ecografía antes del aborto.

#### **Profilaxis con antibióticos**

Todas las mujeres a las que se les realizará un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos previamente o durante el perioperatorio.

No se recomienda el uso de rutina de antibióticos profilácticos en mujeres que optan por un aborto con medicamentos.

### **Manejo del dolor**

Debe ofrecerse de rutina, a todas las mujeres, medicación para el dolor (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroides) tanto en el aborto quirúrgico como con medicamentos.

El uso de anestesia general de rutina no es recomendado para la aspiración al vacío o para la dilatación y evacuación (D&E).

Nota: se debe ofrecer medicación para el dolor siempre y debe ser suministrada inmediatamente si la mujer la solicita, tanto en abortos quirúrgicos como con medicamentos. En la mayoría de los casos, son suficientes los analgésicos, la anestesia local y/o la sedación consciente acompañada de palabras tranquilizadoras, aunque la necesidad del manejo adecuado del dolor aumenta con la edad gestacional.

## **5. Recomendaciones para la atención posterior al aborto**

### **Anticoncepción**

La anticoncepción hormonal puede iniciarse al momento de realizar un aborto quirúrgico o cuando se administra la primera dosis en el caso de un aborto con medicamentos. El dispositivo intrauterino (DIU) puede insertarse una vez realizado el aborto con medicamentos y se haya confirmado que la mujer ya no se encuentra embarazada.

### **Seguimiento**

No hay ninguna necesidad clínica para un seguimiento de rutina tras un aborto quirúrgico sin complicaciones o un aborto con medicamentos en el que se suministre mifepristona seguida de misoprostol. Sin embargo, se debe asesorar a las mujeres respecto de la disponibilidad de servicios adicionales si los desearan o necesitaran.

### **Aborto incompleto**

Si el tamaño del útero al momento del tratamiento es equivalente a una edad gestacional de 13 semanas o menos, tanto la aspiración al vacío como el misoprostol son métodos recomendados para las mujeres con abortos incompletos.

Se recomienda la administración de una sola dosis de misoprostol sublingual (400µg) u oral (600µg).

## **6. Recomendaciones para los sistemas de salud**

Los servicios de aborto seguro deben ser de fácil acceso para todas las mujeres, de acuerdo con lo que establece la ley. Esto significa que los servicios deben estar disponibles en el primer nivel de atención con sistemas de derivación a los niveles de mayor nivel si se requiere.

Las acciones para el fortalecimiento de las políticas y los servicios de aborto deben basarse en las necesidades de salud y los derechos humanos de las mujeres, en la comprensión del sistema de provisión de servicios de salud y en el contexto social cultural y político más amplio.

Los estándares y recomendaciones nacionales para la atención del aborto seguro deben basarse en las evidencias y ser actualizados periódicamente. Además, deben incluir recomendaciones orientadas al acceso equitativo y con adecuada calidad de la atención.

Las nuevas políticas e intervenciones programáticas deben tener en cuenta las mejores prácticas basadas en la evidencia. Las intervenciones complejas sobre la provisión de servicios requieren de evidencia local respecto de la factibilidad y efectividad, la que debe ser obtenida mediante la realización de pruebas piloto a pequeña escala antes de invertir recursos y expandir la intervención.

Se debe asegurar en el entrenamiento de los prestadores de servicios de aborto de modo que adquieran las capacidades necesarias para proveer cuidados de calidad de acuerdo con los principios y estándares nacionales. Asegurar buena calidad de atención en aborto requiere supervisión constante, constatación de la calidad, monitoreo y evaluación.

El financiamiento de los servicios de aborto debe tener en cuenta los costos para el sistema de salud y asegurar que puedan ser recibidos por todas las mujeres que los necesiten. El costo de agregar la atención del aborto seguro a los servicios de salud existentes probablemente sea menor que los costos derivados de la atención de las complicaciones de abortos inseguros.

Una expansión de los servicios con buenos resultados requiere de planeamiento sistemático,

gerenciamiento, dirección y apoyo del proceso por el cual las intervenciones piloto se expanden e institucionalizan. También requiere de suficientes recursos humanos y financieros para apoyar el proceso.

### **7. Recomendaciones sobre aspectos legales, de políticas y derechos humanos.**

Las leyes y políticas relativas al aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres. Se deben suprimir las barreras legales y de políticas que dificultan el acceso oportuno a los servicios de aborto seguro.

Es necesario un contexto político y regulatorio favorable que asegure que toda mujer que reúna las condiciones legales, tenga acceso a un servicio de aborto de buena calidad. Las políticas deben dirigirse a proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de las mujeres, lograr resultados de salud positivos para ellas, proporcionar información y servicios de buena calidad en anticoncepción, y satisfacer las necesidades particulares de las mujeres pobres, las adolescentes, las víctimas de violación y las mujeres que tienen VIH.

#### **Difusión de la guía**

Además de la distribución de la versión impresa de la guía, se organizarán talleres regionales

sobre la aplicación del *Enfoque Estratégico de OMS para fortalecer las políticas y programas de salud reproductiva* en el tema del aborto inseguro. El objetivo de los talleres será el desarrollo de propuestas que la OMS y sus contrapartes puedan apoyar para utilizar la Guía de Aborto Seguro, de modo de fortalecer las políticas y los programas en el ámbito nacional. En los talleres se incluirán a equipos nacionales seleccionados previamente, a representantes de ministerios/departamentos de salud, a integrantes de equipos o servicios de salud y administradores de programas, así como representantes de ONG, asociaciones profesionales y organizaciones del sistema de Naciones Unidas.

*Este texto se basa en el Resumen Ejecutivo de la Guía. La traducción de este artículo al español fue realizada por el OSSyR (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina, HYPERLINK "<http://www.ossyr.org.ar>")*

*La Guía está disponible en español en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)*

*La preparación de esta guía contó con el apoyo de UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP).*